

NUMERO 3 ANNO 3
DICEMBRE 2022 - EDIZIONE ONLINE

ISSN 2785-6453

SANITÀ COMPLEMENTARE

Collana di approfondimento
della Rivista LavoroWelfare Online



Long Term Care: sviluppo e sostenibilità

A CURA DI



Long Term Care: sviluppo e sostenibilità

Indice

Introduzione	3
La sostenibilità economico-finanziaria del Long Term Care <i>Cesare Damiano, Paolo De Angelis</i>	5
La risposta di Emapi all'invecchiamento progressivo della popolazione <i>Nunzio Luciano</i>	8
Serve una legislazione adeguata a questo tempo <i>Stefano Cuzzilla</i>	12
Quanto e quale spazio per la sanità integrativa <i>Riccardo Cesari</i>	14
Fasi e lws: sanità integrativa su misura per i manger <i>Luca Del Vecchio</i>	21
Sanità complementare: serve un'unica autorità di controllo <i>Mario Padula</i>	24
Previdenza e sanità integrativa insieme per un modello di welfare sostenibile <i>Maurizio Agazzi</i>	28
Il Long Term Care: cosa possono fare i fondi pensione <i>Claudio Varani</i>	31
La telemedicina di MedEA: un modello win-win per tutti <i>Michele Liberatore</i>	34
Integrare Sanità e digital health in modelli virtuosi <i>Stefano Ronchi</i>	37
Le innovazioni Inps per la tutela dei fragili <i>Pasquale Tridico</i>	40

Il ruolo dell'Inail nel sistema di welfare complementare <i>Franco Bettoni</i>	45
Per un Servizio Sanitario pubblico e universale e un welfare contrattuale integrativo <i>Daniela Barbaresi, Jorge Torre</i>	48
Obiettivi comuni per un welfare efficiente <i>Annamaria Trovò</i>	51
Fondi sanitari integrativi: sinergici, semplici e solidali <i>Domenico Proietti</i>	54
Come realizzare un servizio sanitario di alta qualità <i>Dario Focarelli</i>	56

Aggiornato al
07/12/2022
Coordinamento editoriale: Luciana Dalu e Vittorio Liuzzi
Progetto grafico: Mattia Gabriele

Introduzione

È noto che il progressivo invecchiamento della popolazione è un nodo chiave delle politiche sociali. E sempre più lo sarà. Ecco, perciò, che la perdita di autosufficienza diventa un tassello sempre più rilevante per il sistema del Welfare nelle sue componenti pubbliche e private.

Di conseguenza, abbiamo deciso, con questo nuovo numero di Sanità Complementare, di accendere la luce sullo sviluppo e sulla sostenibilità della Long Term Care. Ossia, del sistema assicurativo che provvede a coprire le spese derivanti dall'impossibilità di svolgere autonomamente le normali funzioni della vita quotidiana.

Questo numero di Sanità Complementare si apre con un'analisi del rischio per la sostenibilità finanziaria della Long Term Care di Cesare Damiano e Paolo De Angelis. L'analisi del contesto, delle necessità sociali e degli orientamenti politici a livello europeo e dello stato dell'arte della Ltc, sono disegnati da Nunzio Luciano. Stefano Cuzilla illustra gli interventi di natura legislativa necessari a disciplinare meglio il settore della sanità complementare. Con ampiezza di dati, Riccardo Cesari approfondisce la struttura della spesa sanitaria in Italia. Luca Del Vecchio illustra lo sviluppo dell'hub di servizi socio-sanitari integrativi lws. Mario Padula spiega la necessità, per il sistema sanitario integrativo, di un'Autorità analoga a quanto rappresenta la Covip per la previdenza complementare.

Quanto sia indispensabile una strategia sostenibile e integrata che risponda alla domanda di salute e sicurezza e sostenga un modello di welfare pubblico universale è l'oggetto della riflessione di Maurizio Agazzi.

Claudio Varani definisce il ruolo che i fondi pensione possono e devono svolgere per lo sviluppo della sanità integrativa. Michele Liberatore racconta lo sviluppo del modello di medicina digitale realizzato da MedEA.

Stefano Ronchi analizza la criticità della gestione delle risorse finanziarie e la necessità di una partnership pubblico-privato come strumento di miglior efficienza del sistema. Nei rispettivi articoli, i Presidenti di Inps e Inail, Pasquale Tridico e Franco Bettoni, mettono a fuoco ruoli e attività dei due Istituti a supporto del sistema. Daniela Barbaresi e Jorge Torre, Annamaria Trovò e Domenico Proietti illustrano le posizioni delle organizzazioni dei lavoratori sullo sviluppo del sistema di welfare.

Alla necessaria uniformità della regolazione fiscale è dedicata l'analisi di Dario Focarelli.

Buona Lettura

La sostenibilità economico-finanziaria del Long Term Care

**Cesare Damiano è
Presidente dell'Associazione
Lavoro&Welfare**

**Paolo De Angelis è
Presidente dello
Studio di Consulenza
Attuariale e Finanziaria
De Angelis Savelli & Associati**

Il rischio del Long Term Care (Ltc) in ragione della sua evoluzione, in riferimento all'età degli assistiti, è assimilabile al rischio di premorienza, nel senso che - in linea generale - la probabilità dell'insorgenza di eventi che producano il verificarsi di situazioni di non autosufficienza cresce all'aumentare dell'età che, in alcune circostanze, è condizionata dagli stili di vita oltre che dalle condizioni ambientali.

Quindi, al pari delle coperture assicurative caso-morte tipiche delle assicurazioni private, il rischio Ltc può essere gestito, sotto il profilo assicurativo privato, nell'ambito di un sistema tecnico-finanziario di gestione basato sulla capitalizzazione individuale. Quindi, approfittando dell'opportunità economica recata dall'applicazione di un principio di "mutualità" tra rischi omogenei e - nel caso di collettività assicurabili costituite da diverse generazioni di individui non omogenei rispetto al rischio - anche sfruttando in senso tecnico, economico e finanziario il processo della "solidarietà" tra generazioni di rischi/individui disomogenei, almeno riguardo a età e sesso.

In quest'ultima fattispecie, ovvero nel caso della copertura del rischio Ltc estesa a collettività costituite da individui disomogenei rispetto al rischio, l'equilibrio del sistema assicurativo di tipo collettivo può essere garantito tramite l'adozione di un determinato sistema tecnico finanziario. Una gestione basata su un principio di capitalizzazione collettiva: in questo caso, la determinazione di un contributo "medio" uguale per tutti gli assistiti garantirebbe il rispetto di un sano principio di equilibrio tecnico, economico e finanziario di lungo periodo.

L'applicazione di un sistema finanziario di gestione della capitalizzazione collettiva, ovviamente,

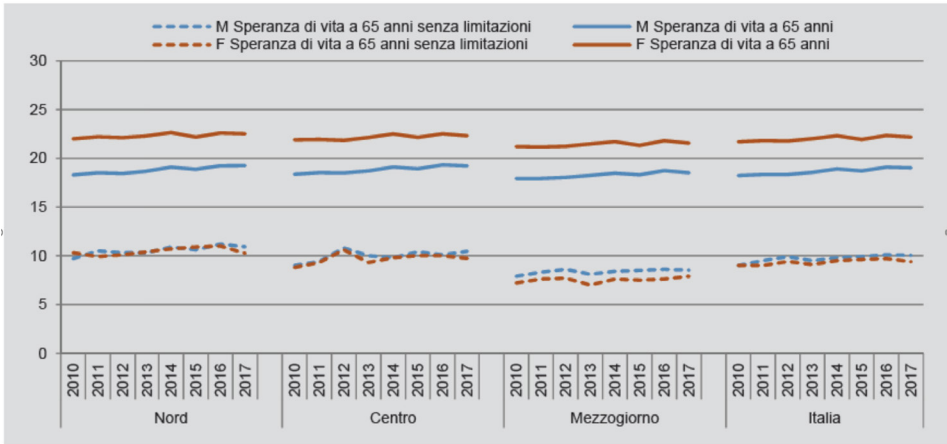
dà luogo alla costituzione di riserve tecniche, determinate nel tempo dalla differenza tra il contributo medio uguale per tutti ed il contributo individuale/premio individuale o premio naturale, caratteristico di ciascun profilo individuale di rischio; pertanto, l'applicazione di un tale sistema tecnico-finanziario di gestione crea meccanismi impliciti, nella collettività assicurata, di trasferimento di mutualità all'interno dei gruppi omogenei di individui e, contestualmente, di solidarietà tra gruppi disomogenei di individui. Detti processi di mutualità e solidarietà determinano condizioni contributive a carico degli assistiti certamente più favorevoli, sul piano economico, rispetto a quelle normalmente applicate nel mercato delle assicurazioni private. Tanto più se si considera che il premio applicato dalle compagnie di assicurazione sconta una componente riferibile al margine industriale atteso dall'azionista, oltre al costo implicito per la costituzione dei requisiti patrimoniali di solvibilità.

Se estendiamo il principio di mutualità sopra richiamato in uno con l'applicazione di un sistema finanziario di gestione della capitalizzazione al caso delle forme collettive bilaterali di copertura del rischio di non autosufficienza, la transizione da un modello di gestione del rischio di tipo riassicurativo ad un modello di ritenzione trova piena realizzazione nell'ambito di dimensioni della collettività assicurata opportunamente stratificata per età e stabile in numerosità nel tempo. Peraltro, l'applicazione del principio della capitalizzazione, condurrebbe a una più efficiente gestione del livello delle prestazioni Ltc. Esperienze italiane di modelli organizzativi in autoassicurazione del rischio Ltc confermano la validità del modello organizzativo (si veda ad esempio l'esperienza della Fondazione Ltc dei dipendenti del settore bancario).

È evidente che forme di tipo collettivo di copertura del rischio in modalità auto-assicurativa devono necessariamente richiedere una dimensione stabile (nel senso temporale) della platea degli assicurati partecipante alla mutualità generale; e una efficace distribuzione per classi di età per garantire la migliore applicazione del principio di solidarietà intergenerazionale. E, dunque, un avvio tempestivo del processo di accumulazione delle risorse, adeguato a garantire, nel tempo, condizioni di sostenibilità economico-finanziaria del veicolo.

D'altra parte, il principio di capitalizzazione richiede l'adozione di regole di ingresso nella forma collettiva coerenti con l'età di ingresso degli individui nel mercato del lavoro, al fine di realizzare il più efficiente processo di capitalizzazione. Quindi, l'età rappresenta un driver fondamentale per l'avvio di un processo collettivo di copertura del rischio Ltc, tenuto, peraltro, conto che, secondo una recente indagine dell'ISstat, a 65 anni la speranza di vita del cittadino italiano maschio è di circa 20 anni, ma di questi solo i primi 10 anni sono vissuti in condizioni di salute senza limitazione alcuna [Tav. 1]. E, d'altra parte, sul totale della popolazione con età superiore ai 65 anni, l'11% soffre di gravi difficoltà in almeno una attività di cura della persona [Tav. 2].

Tav. 1



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione italiana, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Tav.2

	Maschi			Femmine			Totale		
	65-74 anni	75 anni e più	Totale	65-74 anni	75 anni e più	Totale	65-74 anni	75 anni e più	Totale
Tipo di attività									
Farsi il bagno o la doccia	2,2	11,7	6,6	3,2	21,8	13,2	2,7	17,8	10,3
Sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia	1,7	8,7	5,0	2,4	14,7	9,0	2,1	12,3	7,3
Vestirsi e spogliarsi	1,7	8,9	5,0	2,0	15,1	9,1	1,9	12,6	7,3
Usare i servizi igienici	1,4	7,8	4,3	1,6	13,7	8,1	1,5	11,4	6,5
Mangiare da soli	1,1	4,1	2,5	1,0	7,3	4,4	1,1	6,0	3,6
Numero di attività									
Una	0,6	3,2	1,8	1,3	6,5	4,1	1,0	5,2	3,1
Due	0,3	1,3	0,8	0,6	2,1	1,4	0,5	1,8	1,1
Tre o più	1,6	8,2	4,7	1,9	14,4	8,7	1,8	12,0	6,9
Gravi difficoltà in almeno un'attività di cura della persona (ADL)	2,6	12,8	7,3	3,8	23,0	14,1	3,2	18,9	11,2

Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute (EHIS)

La risposta di Emapì all'invecchiamento progressivo della popolazione

Il lento e inesorabile fenomeno dell'invecchiamento progressivo della popolazione ha una portata dirompente sulle dinamiche economiche e sociali, e di conseguenza sulla previdenza e sull'assistenza.

Secondo analisi attuariali di lungo periodo **nel 2050, gli ultrasessantacinquenni nel nostro Paese rappresenteranno il 35,9% della popolazione** e proprio per questo si dovrà ripensare l'intero sistema previdenziale e di conseguenza implementare misure di Welfare adeguate volte a contrastare il fenomeno.

Il sempre minore numero di nascite, l'allungamento della vita media nonché i fenomeni migratori sono ormai elementi strutturali della nostra società con pesanti ricadute sia in termini economici – considerando **lo sforzo maggiore richiesto al Welfare e al servizio sanitario pubblico** – sia in termini sociali e assistenziali, fino alla minore capacità innovativa e di adattamento alle trasformazioni culturali, digitali e globali.

Il fenomeno si è ormai trasformato in un'emergenza e da molti anni anche la Commissione Europea ha lanciato l'allarme e rivolto diverse raccomandazioni a tutti i Paesi membri che, a più riprese, sono stati invitati a porre in essere riforme stringenti e strutturali sia in materia previdenziale per garantire pensioni adeguate, sostenibili e sicure, sia in materia assistenziale per assicurare la dignità dell'individuo e proteggere il futuro di tutti i cittadini.

Sulla base di queste premesse, nel giugno 2021, la Commissione europea congiuntamente al Social Protection Committee ha pubblicato due distinti Report dedicati all'adeguatezza del reddito

Nunzio Luciano
è Presidente Emapì

pensionistico e alla assistenza ai non autosufficienti (Long-Term Care) che - oltre a offrire un quadro generale sulla situazione attuale e i possibili/probabili sviluppi - sottolineano le sfide ancora aperte e scenari non ancora prevedibili.

Focus: Long-Term Care - Ltc

Dal Report Ltc¹ è possibile mappare lo “stato dell’arte”, estrapolare i dati circa la composizione della domanda attuale e futura di assistenza Ltc, ma soprattutto analizzare le criticità che emergono ovvero:

1. le carenze nell’accesso all’assistenza formale e nella copertura della social protection (con i relativi impatti sugli standard di vita delle persone anziane): occorre ripensare l’intero sistema pubblico Ltc che non avrebbe bisogno di troppe risorse aggiuntive ma di **un modo migliore di utilizzarle**;
2. la diversità di approcci per definire e misurare la qualità della Ltc e il problema della carenza di personale nel settore (solo 260.000 operatori sanitari professionali): in Italia non esistono standard nazionali e molti criteri di valutazione sono delegati alle Regioni o ai Comuni producendo un’estrema **eterogeneità dei criteri per l’accesso all’assistenza**;
3. il finanziamento dell’assistenza a lungo termine;
4. **l’assistenza “informale”** e contratti irregolari: 1.900.000 lavoratori informali, 800.000 lavoratori immigrati;
5. la diffusione limitata dei **servizi residenziali e domiciliari**.

Italia

Va fatto presente che l’Europa è il continente che detiene il primato dell’età media più alta e può essere considerata a tutti gli effetti una vera Ageing society anche se vivere più a lungo non significa necessariamente avere una qualità della vita migliore.

Il record assoluto rispetto al numero di persone **di età pari o superiore a 65/75 anni** - circa 14 milioni di cittadini), è detenuto dal nostro Paese in seconda posizione tra i Paesi Ocse dopo il Giappone.

Il sistema pubblico eroga le prestazioni mediante due distinti strumenti: l’assegno mensile e l’offerta di servizi.

¹ Social Protection Committee and European Commission, *Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society*, Publications Office of the European Union, 2021.

In particolare, per ciò che riguarda l'offerta di Ltc questa va ulteriormente suddivisa in **Ltc relativa all'assistenza sanitaria (gestita a livello regionale)** e **Ltc relativa all'assistenza sociale (gestita a livello comunale locale)** secondo un sistema di governance e disposizioni finanziarie diverse a seconda della tipologia.

Invece, per **l'assistenza domiciliare** (19,5% della spesa Ltc) E **residenziale** (28% della spesa Ltc) vengono investite risorse limitate.

Over 65

- **11%** beneficia dell'assegno mensile dell'Inps;
- **3,2%** può accedere alle strutture residenziali pubbliche;
- **4,7%** può beneficiare dell'assistenza domiciliare pubblica.

Conclusioni

Da quanto esposto emerge che la tematica non deve essere considerata solo dal punto di vista economico e di sostenibilità finanziaria. Occorre valutare, innanzitutto, l'impatto e analizzare con maggior attenzione le variabili e i fattori (demografici, culturali, sociali e previdenziali) che rischiano di compromettere l'intero sistema di Welfare già fortemente in difficoltà a causa della frammentazione e delle difformità che si registrano a livello centrale, regionale e locale.

È necessario riportare al centro l'individuo e conoscere i suoi bisogni assumendo un approccio tailor made al fine di costruire un'offerta che meglio si adatti alle sue esigenze, senza intaccare la sua quotidianità e dignità.

Bisogna sensibilizzare il legislatore e le Istituzioni per attivare azioni volte a redistribuire parte delle risorse al fine di proteggere le categorie più fragili e rafforzare i servizi domiciliari, residenziali e assistenziali per garantire l'accesso alle cure formali (pubbliche e private) soprattutto considerando che la quota di persone molto anziane - dagli ottant'anni in su - con necessità di Ltc è in forte aumento.

Emapi perché. Emapi per te

Negli ultimi decenni, in Italia non sono mai state effettivamente attuate riforme strutturali e per sopperire alle carenze delle infrastrutture pubbliche e alle inefficienze del sistema sanitario. Sempre più soggetti privati stanno occupando una fetta rilevante del settore di offerta di servizi e cura della persona mediante la sottoscrizione di coperture sanitarie integrative e assicurative rico-

nosciute quando un soggetto non è più in grado di svolgere - in maniera autosufficiente - le Attività di Vita Quotidiana (6 Adl - alimentarsi, lavarsi, vestirsi, utilizzare i servizi/pulirsi, muoversi, controllarsi).

Quasi tutte le compagnie che erogano prestazioni Ltc per definire lo stato di non autosufficienza, richiedono l'incapacità di svolgere almeno 4 delle attività enunciate. Mentre la copertura Ltc riconosciuta da Emapi prevede quali precondizioni l'incapacità di svolgere solo **3 delle 6 Adl** e viene erogata in forma collettiva a tutti gli iscritti all'Ente aderente. Il quale destina contributi capitari annuari e può scegliere in maniera discrezionale di inserire in copertura gli iscritti che - al momento di primo avvio del programma assistenziale - non abbiano compiuto 70 o 75 anni di età. Fermo restando che una volta entrati non vi sono limiti di età.

Inoltre, la copertura di Emapi riconosce in stato di non autosufficienza - indipendentemente dal fatto che vi sia l'incapacità di svolgere almeno 3 su 6 delle attività ordinarie della vita quotidiana - l'assicurato che sia affetto da una patologia nervosa o mentale dovuta a causa organica che abbia determinato la perdita delle capacità cognitive (quali ad esempio, il morbo di Parkinson o di Alzheimer) come pure la sindrome da Hiv o tentativi suicidari.

Al determinarsi di condizioni di non autosufficienza è prevista l'erogazione di una rendita mensile "vita natural durante" che varia a seconda della copertura scelta. Ovvero, la copertura base collettiva, la copertura supplementare aggiuntiva, a cui può essere aggiunta la copertura aggiuntiva volontaria a carico del singolo iscritto, variabile in relazione all'età e all'opzione di rendita prescelta.

Serve una legislazione adeguata a questo tempo

Gli ultimi anni hanno registrato una notevole complessità, anche e soprattutto sotto il profilo sanitario. Ci siamo improvvisamente ritrovati al centro di una pandemia mondiale, che ha sconvolto i tradizionali paradigmi che accompagnavano le nostre vite. Dopo la Cina, siamo stati tra i primissimi a sperimentare l'emergenza Covid, che ha portato da un giorno all'altro gli italiani a combattere un nemico invisibile, capace ancora oggi di condizionare la nostra quotidianità. La crisi pandemica e le relative misure restrittive hanno avuto impatti notevoli sulle dinamiche dei servizi sanitari.

Come riportato dall'Ocse, secondo un'indagine condotta a febbraio-marzo 2021, il 23% della popolazione italiana ha riferito di aver rinunciato a un esame medico o a un trattamento necessario durante i primi 12 mesi della pandemia. Questa percentuale offre un'immagine chiara delle difficoltà che il nostro Paese ha dovuto fronteggiare. L'emergenza Covid-19 ha però messo in luce anche le potenzialità della tecnologia al servizio di modelli di connected care, in cui le soluzioni digitali sono funzionali a percorsi di cura della popolazione, pensati in maniera tale che a viaggiare siano prevalentemente i dati, anziché i pazienti.

La condivisione dei dati apre a grandi opportunità di sviluppo e di creazione di valore, anche nell'ottica di stabilire un "linguaggio" e regole comuni tra assistenza sanitaria privata e pubblica. L'obiettivo ultimo potrà essere quello di creare una piattaforma operativa in cui possano confluire i dati, per restituire agli assistiti informazioni da utilizzare volontariamente con il proprio medico di fiducia.

Al fine di realizzare un modello completo, è fon-

Stefano Cuzzilla
è Presidente di Federmanager
e Cida

damentale considerare tutti gli attori coinvolti nella gestione dei dati dei pazienti, in una logica condivisa, in cui anche i fondi sanitari integrativi possano contribuire - con i loro servizi e i relativi dati generati - alla creazione di un ecosistema digitale aperto e interconnesso, al servizio di un progetto complessivo. Potenziare la sanità integrativa diventa, quindi, un'azione imprescindibile per raggiungere un equilibrio di sistema capace di creare un'integrazione effettiva ed efficace tra pubblico e privato.

La ripresa, che tutti siamo chiamati a sostenere, richiede uno scatto in avanti che parta anche da una semplificazione normativa in grado di rispondere alle evoluzioni tracciate dalla digitalizzazione e di agevolare l'iniziativa privata di qualità, garantendo controlli snelli, ma rigorosi. Sulla sanità si gioca una partita cruciale, da vincere per offrire, soprattutto alle giovani generazioni, un Paese finalmente moderno.

I servizi di medicina a distanza rappresentano una grande opportunità per riflettere sul futuro del sistema sanitario. Allo stato delle cose, il Pnrr prevede un investimento di 1 miliardo dedicato specificatamente alla telemedicina e auspichiamo che siano stabilite il prima possibile regole di gioco comuni a tutti gli attori.

Alle istituzioni, impegnate con un Piano di portata straordinaria, che prevede oltre 15 miliardi per la missione n. 6 del Pnrr dedicata alla "Salute", chiediamo interventi legislativi per disciplinare meglio il settore della sanità integrativa. In tale prospettiva, si avverte la necessità di provvedimenti che rivedano il quadro fiscale agevolandolo maggiormente e favorendo al contempo uno snellimento e una sburocratizzazione delle procedure. Misure così strutturate, incontreranno certamente il supporto della platea manageriale e saranno decisive per avviare davvero una fase nuova della sanità italiana.

Su diversi aspetti la sensibilità sta crescendo: si registra, ad esempio, attenzione a intervenire significativamente in progetti di data space, come il progetto Gaia X che prevede la partecipazione italiana al Consorzio Europeo per lo sviluppo di un'infrastruttura cloud comune.

Come manager, siamo ben consapevoli delle sfide che abbiamo di fronte e rispetto alle quali siamo pronti a mettere a disposizione del Paese un contributo rilevante in termini di competenze e capacità gestionali.

La tutela della salute deve essere in cima alle priorità della ripartenza. Ma è un tema che va affrontato senza approcci ideologici di parte, e rispetto al quale è strategico riconoscere l'importanza di valorizzare il sistema della sanità integrativa in affiancamento, o per meglio dire complementarità, rispetto a quello del Servizio Sanitario Nazionale.

Quanto e quale spazio per la sanità integrativa?

1. INTRODUZIONE

Da lungo tempo, in Italia come in altri Paesi europei, sono in atto due fenomeni demografici significativi: il processo di invecchiamento della popolazione (Fig. 1) e la riduzione della natalità (Fig. 2); a tali fenomeni si è accompagnato, sul lato socio-economico, sia un rallentamento del tasso reale di crescita del Pil (Fig. 3), sia un aumento della disoccupazione (Fig. 4).

Ne sono scaturite, in tutti i Paesi industrializzati, gravi preoccupazioni sul grado di tenuta del Welfare State, a cominciare dai sistemi pensionistici di base, finanziati con il criterio della ripartizione (pay-as-you-go), in cui la platea calante dei lavoratori attivi paga, coi contributi, una popolazione crescente di pensionati.

Di fronte a questi trend, a partire dagli anni 90, in molte economie avanzate, sono stati presi alcuni importanti provvedimenti, volti, da un lato, a ridurre il ruolo dei sistemi pensionistici pubblici e, dall'altro, a stimolare il ricorso a prestazioni di lunga durata a carattere socio-sanitario per gli anziani non autosufficienti (Long Term Care - Ltc).

In Italia, come già è stato fatto per il settore previdenziale, si rende necessaria anche nel settore socio-sanitario e dell'assistenza un'evoluzione che renda più sostenibile e incisivo l'intervento pubblico per le famiglie meno abbienti e nel contempo, per le altre fasce della popolazione, più diffuso il ricorso a forme assicurative che coprano, in particolare, i rischi della terza e quarta età.

Riccardo Cesari
è consigliere Ivass,
Istituto per la Vigilanza
sulle Assicurazioni

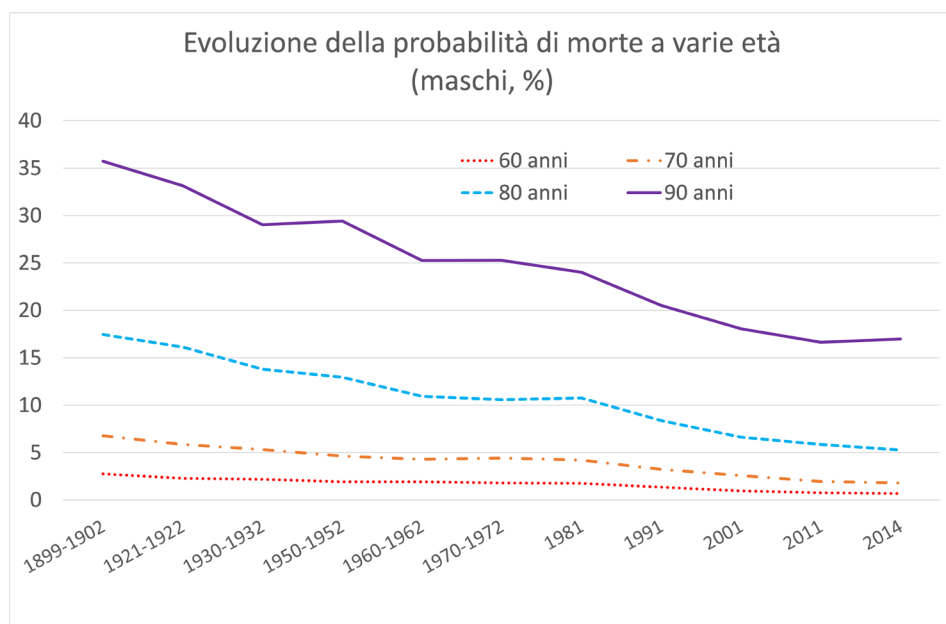


Fig.1

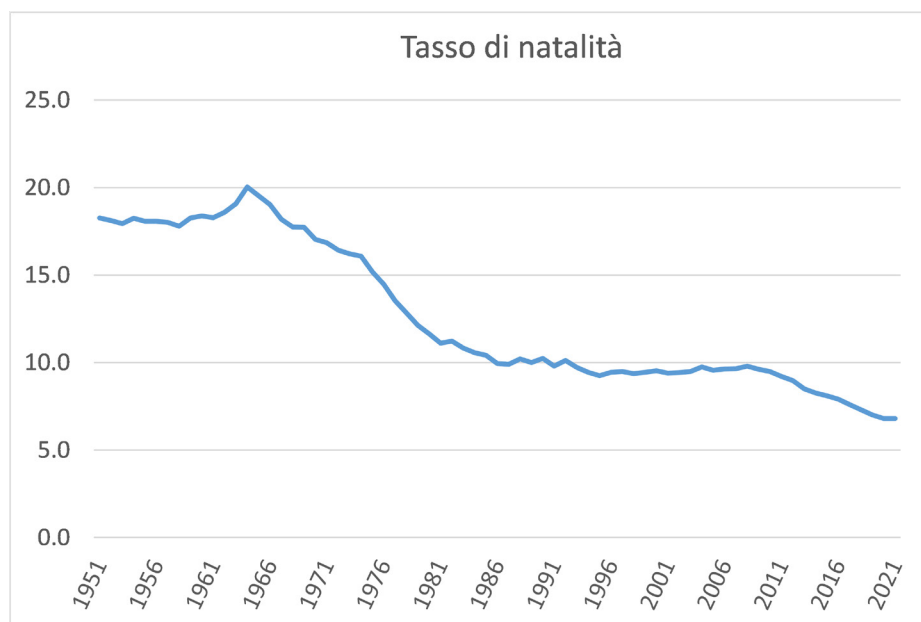


Fig. 2

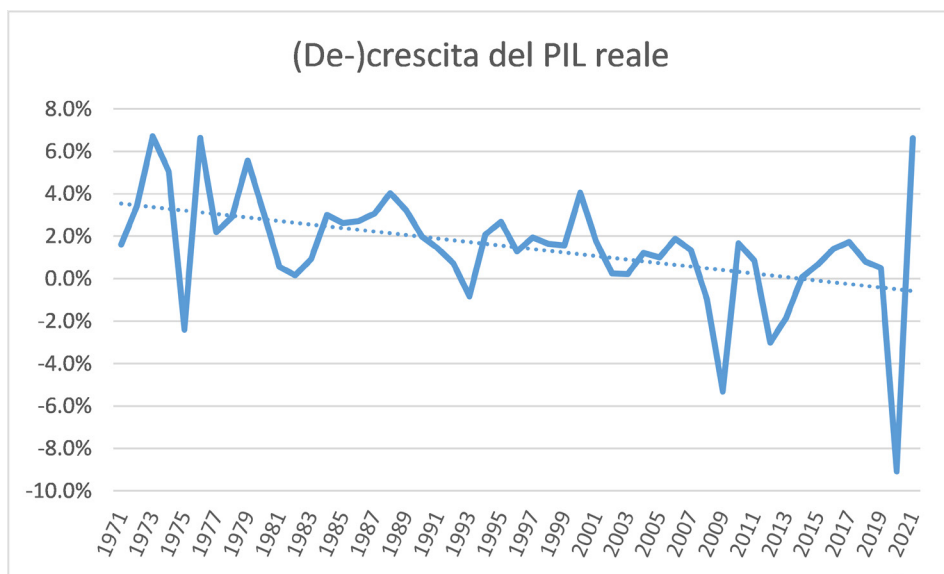


Fig.3

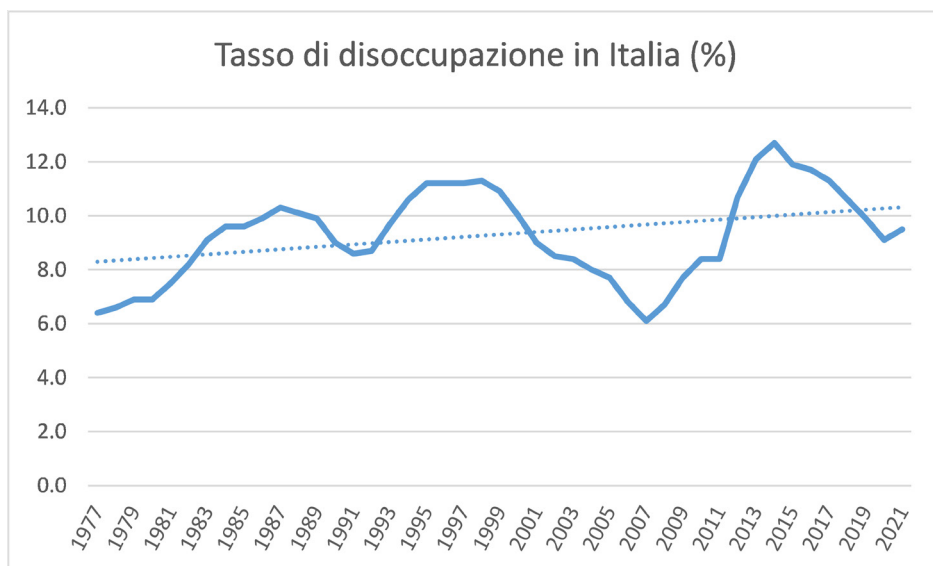


Fig.4

2. UN CONFRONTO TRA SANITÀ E PREVIDENZA

Scuola, Sanità e Previdenza sono le tre grandi aree di ogni sistema di welfare. In particolare, Sanità e Previdenza, in Italia, sembrano mostrare importanti affinità e tendenze strutturali comuni: un consolidato pilastro di base a partecipazione universale e un pilastro integrativo (di tipo individuale o collettivo) che

va ad aggiungersi alla copertura di base.

Nel caso italiano, le affinità finiscono qui, in quanto a fronte di uno sviluppo, anche regolamentare, della Previdenza che può dirsi in gran parte compiuto, la Sanità attende ancora una sistemazione adeguata ai diversi livelli della regolamentazione.

Infatti, l'evoluzione pluridecennale della spesa previdenziale di I Pilastro mostra molto chiaramente due fasi: una prima fase di forte crescita, fino alla metà degli anni 90, e una seconda fase, caratterizzata dalla riforma globale del sistema pensionistico, di crescita più moderata, affiancata dallo sviluppo dei fondi pensione (Fig. 5).

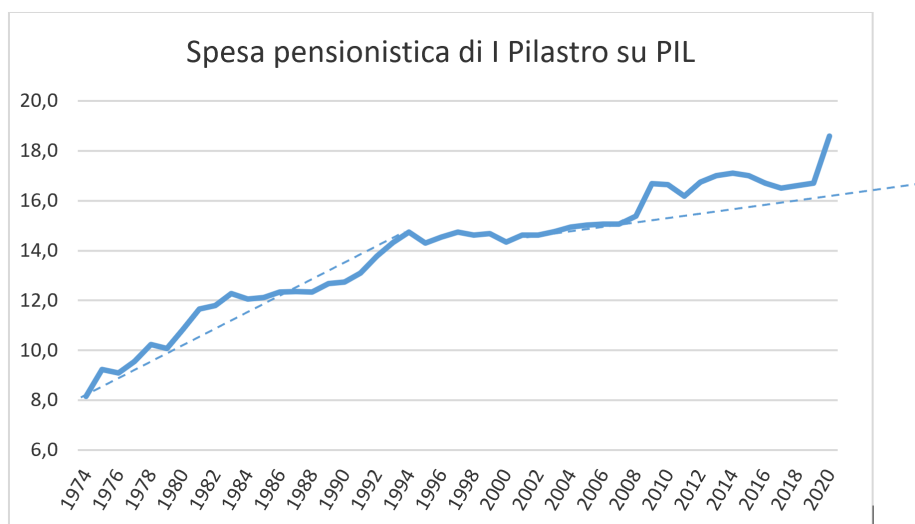


Fig. 5 - Fonte: Istat

La spesa sanitaria pubblica, oltre a collocarsi su livelli assai più contenuti (7.1% il valore di picco, nel 2009 dopo il 3.3% del 1960 e il 5.9% del 1980) ha visto una netta inversione di tendenza che l'ha portata, in quasi 10 anni, a scendere progressivamente fino al 6.5% del Pil, vale a dire a 115 miliardi di euro (Fig. 6).

Il rimbalzo del biennio 2020-2021 è legato alla crescita dovuta alla pandemia ma anche al calo consistente del Pil. Con riferimento al 2021, ai 127 miliardi di spesa pubblica vanno aggiunti 4.5 miliardi di spesa sanitaria intermediata (da fondi, mutue e imprese di assicurazione) e quasi 37 miliardi di spesa diretta delle famiglie (spesa out-of-pocket).

Nel complesso, l'intera spesa sanitaria italiana (167 miliardi di euro) copre quasi il 10% del Pil, di cui più di tre quarti pubblica.

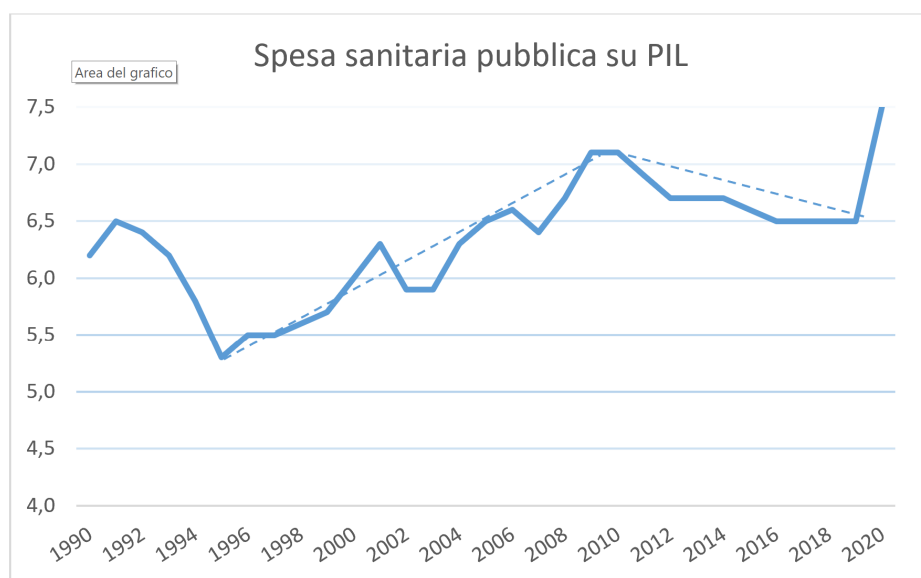


Fig. 6 - Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze

Tavola 1 – La spesa sanitaria in Italia 2014-2021

(milioni di euro)															
Anno	2014	2015	Var %	2016	Var %	2017	Var %	2018	Var %	2019	Var %	2020	Var %	2021	Var %
Spesa pubblica	109.712	110.008	0,3%	110.977	0,9%	112.185	1,1%	114.318	1,9%	115.710	1,2%	123.474	6,7%	126.857	2,7%
Spesa intermediaria	3.241	3.400	4,9%	3.388	-0,4%	3.697	9,1%	4.155	12,4%	4.294	3,3%	4.154	-3,3%	4.481	7,9%
Spesa out-of-pocket	32.353	33.799	4,5%	33.930	0,4%	35.989	6,1%	35.741	-0,7%	36.196	1,3%	33.899	-6,3%	36.517	7,7%
Totale	145.306	147.207	1,3%	148.295	0,7%	151.871	2,4%	154.214	1,5%	156.200	1,3%	161.527	3,4%	167.855	3,9%
Fonte: ISTAT - Sistema conti della sanità + RGS Monitoraggio spesa sanitaria 2021															

La spesa intermediata, costituita per oltre due terzi da fondi e società mutue sanitarie e per un terzo da polizze malattia intermedie direttamente dalle compagnie di assicurazione, sebbene si sia rivelata di gran lunga la più dinamica negli ultimi anni (+38%), presenta un valore assoluto e in percentuale col Pil molto contenuto (Tav. 2).

Quanto spazio c'è per un suo sviluppo ulteriore?

Tavola 2 – La spesa sanitaria in Italia 2014-2021 in % PIL e in composizione

Anno	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Var 21/14
Spesa pubblica/PIL	6.7%	6.6%	6.5%	6.5%	6.5%	6.4%	7.4%	7.1%	15.6%
Spesa intermediata/PIL	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.2%	0.3%	0.3%	38.3%
Spesa out-of-pocket/PIL	2.0%	2.0%	2.0%	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	12.9%
Totale/PIL	8.9%	8.9%	8.7%	8.7%	8.7%	8.7%	9.7%	9.4%	15.5%
Spesa pubblica	75.5%	74.7%	74.8%	73.9%	74.1%	74.1%	76.4%	75.6%	
Spesa intermediata	2.2%	2.3%	2.3%	2.4%	2.7%	2.7%	2.6%	2.7%	
Spesa out-of-pocket	22.3%	23.0%	22.9%	23.7%	23.2%	23.2%	21.0%	21.8%	
Totale	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Fonte: ISTAT - Sistema conti della sanità e PIL

3. QUANTO E QUALE SPAZIO PER LA SANITÀ INTEGRATIVA?

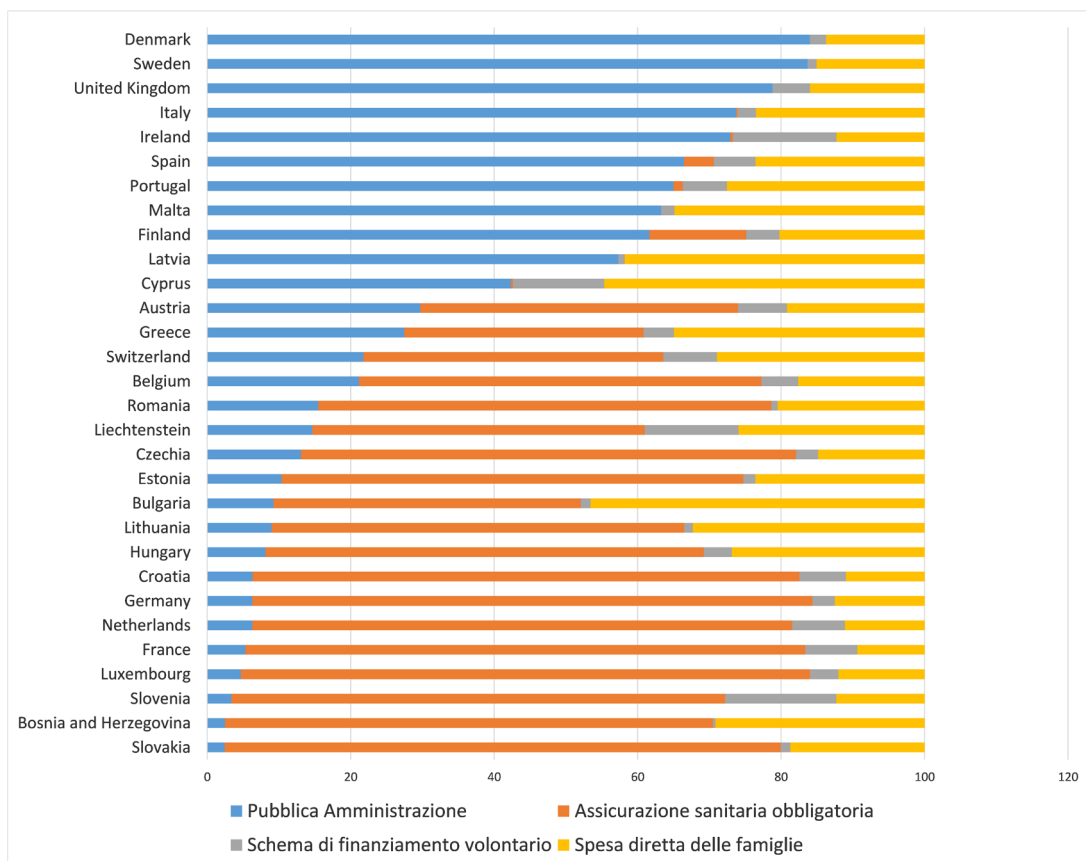
Guardando ai Paesi europei, si può provare a valutare, sia pure approssimativamente, le dimensioni di un moderno mercato della sanità integrativa.

Nella Fig. 7 sono illustrati i canali di finanziamento della sanità (pubblica e privata) in Europa nel 2019. La media degli “schemi volontari” integrativi è del 5%. , In Italia si può quindi immaginare, nell’arco dei prossimi anni, un raddoppio della quota della spesa intermediata, fino a raggiungere i 10 miliardi di euro, a fronte di una analoga riduzione della spesa out-of-pocket.

In parallelo con questa crescita quantitativa sarebbe, tuttavia, utile vedere anche uno sviluppo qualitativo del mercato, finalizzato a una effettiva parità di trattamento di tutti i soggetti della sanità integrativa (fondi sanitari, società di mutuo soccorso, casse assistenziali).

In particolare, sarebbe importante, anche ai fini di un’efficace tutela dei consumatori e di una maggiore concorrenza su basi paritarie, promuovere un censimento degli operatori e un riordino organico degli strumenti di vigilanza (requisiti di accesso, di esercizio, di solvibilità) per dare nuova spinta e fiducia al settore.

Fig. 7 - Spesa sanitaria per canale di finanziamento nel 2019



Fasi e Iws: sanità integrativa su misura per i manager

Luca Del Vecchio
è Vicepresidente Fasi
e Direttore Generale Iws Spa

La sanità complementare svolge, nel nostro Paese, un ruolo fondamentale nell'ambito degli strumenti di welfare integrativo a oggi esistenti. Infatti, da un lato soddisfa i bisogni sanitari crescenti dei lavoratori e delle loro famiglie; dall'altro, consente di "organizzare" la spesa sanitaria privata in modo più efficiente rispetto alla forma cash (out of pocket) contribuendo, allo stesso tempo, all'emersione della spesa sommersa.

Negli ultimi anni, la diffusione e l'azione sul mercato di fondi sanitari, grazie anche alla contrattazione collettiva, hanno reso disponibili a un numero sempre maggiore di cittadini (si tratta di quasi 15 milioni di lavoratori e famiglie) prestazioni socio-sanitarie di maggior qualità e ad un prezzo contrattato, integrando così il ruolo dello Stato. La bilateralità sanitaria rappresenta, quindi, un fondamentale tassello nell'ambito delle politiche sociali; e le parti firmatarie dei contratti svolgono un ruolo primario in tale contesto.

Sperimentazione di nuove soluzioni: la nascita di Iws Spa

In questo contesto Confindustria, Federmanager e Fasi - il Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa per i dirigenti industriali - hanno costituito, a metà del 2019, Iws Spa (Industria Welfare Salute), con l'obiettivo di creare un hub strategico e operativo al servizio del mercato del welfare integrativo e, in particolare, di quello socio-sanitario. Iws rappresenta così la messa a terra di nuovi modelli di relazioni industriali. Essa, infatti, è un soggetto a matrice non-assicurativa, ancorché di natura commerciale, i cui azionisti sono i rappresentanti dei fruitori delle tutele sanitarie ed assistenziali. Iws è espressione degli stakeholder finali - le imprese, i lavoratori e gli erogatori di

servizi sanitari - e opera come agente del cambiamento per migliorare l'offerta di tutele e servizi presenti sul mercato in relazione alle esigenze dei lavoratori e delle imprese.

L'innovazione per lo sviluppo dell'industria del welfare.

Questo know-how permette ad lws di ampliare costantemente l'offerta di servizi, di innovare i processi attraverso la tecnologia e di presidiare attivamente la scienza medica per aggiornare il proprio nomenclatore nel tempo. Tutto ciò consente non solo di generare vantaggi per gli assistiti e per le imprese ma anche di sviluppare un'efficace ed innovativa partnership con le strutture sanitarie e i professionisti convenzionati. Tale impostazione scaturisce dal riconoscimento del valore sociale della filiera della salute nella società italiana da parte dei nostri soci. Una delle innovazioni più importanti, relativa alla gestione dei processi di collaborazione con gli erogatori sanitari, riguarda la piattaforma realizzata con un primario player tecnologico che è in grado di rendere più veloce e "semplice" la liquidazione delle domande di rimborso, la presa in carico degli assistiti da parte degli erogatori, la gestione dei flussi informativi tra assistiti, erogatori ed lws stessa. L'innovazione passerà anche per l'implementazione di algoritmi di intelligenza artificiale - che contribuiscano all'automatizzazione dei processi - e per l'inserimento di nuove competenze professionali all'interno della società.

Il sistema Fasi-lws e la non-autosufficienza.

Sul tema della tutela della non autosufficienza lws collabora con il Fasi per fornire delle soluzioni atte a soddisfare una domanda elevata di coperture integrative al Ssn. Tra le soluzioni offerte, il progetto garantisce agli assistiti un ampio sistema di protezione. In particolare: le iniziative di teleassistenza, come il ParkinsonCare; una rendita vitalizia in caso di perdita permanente dell'autosufficienza; e, infine, la previsione di una diminuzione dei criteri di accesso alla tutela, per permetterne la fruizione da parte degli assistiti prima che la patologia degeneri maggiormente. Anche qui lws ha svolto un ruolo determinante, negoziando per conto di Fasi con il mondo assicurativo degli schemi di protezione non standardizzati ma progettati sartorialmente per la popolazione del Fasi stesso.

Una nuova prospettiva per la medicina a distanza (telemedicina).

La prevenzione è anche al centro della progettazione di servizi di medicina a distanza. A tale riguardo, il progetto di telemedicina lws-Fasi si fonderà su un modello di prevenzione attiva che mira a stimolare negli assistiti, sin dal momento in cui essi sono in uno stato di salute "sano", la cultura ad adottare comportamenti positivi. Il progetto intende valorizzare il concetto di automonitoraggio attivo, secondo principi multidisciplinari, spaziando dall'educazione alla corretta alimentazione e all'esercizio fisico, alla cura del sonno e dei disturbi post-covid. Nella piattaforma che si intende creare per implementare questi

servizi, potranno confluire le informazioni riguardanti il monitoraggio di tali ambiti, che saranno analizzate a beneficio degli assistiti sfruttando anche l'integrazione con il network sanitario di lws e avvalendosi di algoritmi per l'analisi predittiva. Gli assistiti potranno volontariamente rendere disponibili queste informazioni nel loro rapporto con il mondo medico. Si tratta di un progetto complesso il cui avvio è previsto a breve termine.

Dalla salute ad altre tutele contrattuali.

lws sta inoltre progettando nuovi servizi che vanno oltre il campo della sanità integrativa. La pandemia da Covid-19 ha reso evidente che la funzione manageriale è sottoposta ad un numero crescente di nuovi rischi e carichi di responsabilità. Pertanto, lws ha avuto l'incarico di individuare una proposta di copertura unica su base assicurativa multi-ramo delle tutele previste dagli articoli 12 (trattamento di infortunio e malattia da causa di servizio - copertura assicurativa) e 15 (responsabilità civile e/o penale connessa alla prestazione) del Ccnl per i dirigenti di imprese produttrici di beni e servizi. Si tratta di una sfida estremamente complessa che offrirebbe alle imprese nuove possibilità più efficienti ed efficaci rispetto agli attuali standard di mercato.

Un'operazione lungimirante.

A distanza di tre anni dalla nascita di lws è possibile affermare che l'operazione intrapresa da Confindustria, Federmanager e Fasi sia stata lungimirante e di successo. lws è stata capace di creare un ambiente commerciale in grado di attrarre l'interesse dei mondi assicurativo e dei broker, del digitale, medico e degli erogatori sanitari. Gli obiettivi di business non pregiudicano mai la finalità sociale dell'iniziativa che lws, in accordo con il Fasi, cerca di perseguire attraverso l'innovazione e l'efficienza.

Sanità complementare: serve un'unica autorità di controllo

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale, pur interessando con diverse velocità le diverse aree del pianeta. La quota della popolazione di età superiore a 65 anni crescerà dal 9,3% nel 2020 al 16% nel 2050 ¹. A queste tendenze globali l'Italia non fa eccezione. Nel nostro Paese, il tasso di dipendenza degli anziani (il rapporto tra la popolazione di età superiore a 65 anni e la popolazione di età compresa tra i 20 e i 64 anni) è già oggi tra i più alti, secondo solo a quello del Giappone ², e nel 2050 raggiungerà il 74%.

È in questo quadro che la questione del finanziamento della spesa degli anziani, una quota crescente della popolazione, morde. Se il reddito da lavoro può finanziare la spesa degli anziani che lavorano, per quanti sono usciti dal mercato del lavoro non restano che i trasferimenti pubblici ed i redditi da capitale; le cui agibilità dipendono, da un lato dai gradi di libertà esercitabili nell'ambito dei bilanci pubblici, dall'altro dal buon funzionamento dei mercati dei capitali.

Perciò, in molte economie sviluppate, e anche in Italia, si è agito anzitutto aumentando l'età di uscita dal mercato del lavoro. Ma non solo. In Italia, gli interventi normativi in materia pensionistica hanno inciso profondamente sull'assetto complessivo del sistema. Da un lato il sistema di base, pubblico e a contribuzione obbligatoria, pur continuando ad essere gestito con il sistema

Mario Padula
è Presidente Covip,
Commissione di Vigilanza
sui Fondi Pensione

¹ United Nations, *World Population Ageing 2020 Highlights, Living arrangements of older persons*, 2020.

² United Nations, Department of Economic and Social Affairs, *Population Division, World Population Prospects 2019*.

della ripartizione - per costruzione comunque esposto ai rischi demografici di cui l'invecchiamento della popolazione è chiara manifestazione - è stato reso più sostenibile, con l'adozione di meccanismi prestazionali fondati sul principio della contribuzione definita nozionale; la quale stabilisce una più stretta connessione tra contributi e prestazioni previdenziali. Dall'altro, al sistema di base si sono andati affiancando i cosiddetti pilastri complementari - privati e a contribuzione volontaria - gestiti con il sistema della capitalizzazione, che tipicamente prevede l'investimento dei contributi nei mercati dei capitali. I sistemi pensionistici a più pilastri sono presenti in molte economie sviluppate, anche in Europa, dove le differenze tra Paesi riguardano il peso dei diversi pilastri nell'assicurazione del rischio di longevità, oltre che i meccanismi di funzionamento e di finanziamento dei diversi pilastri.

Il modello multi-pilastro, tuttavia, non solo trova applicazione nel sistema previdenziale, ma anche in un settore contiguo a quello pensionistico, quello del sistema sanitario, parimenti investito dall'invecchiamento della popolazione, per l'incidenza che ha la spesa sanitaria nell'ultima parte del ciclo di vita. Nel nostro Paese operano i fondi sanitari integrativi al servizio sanitario nazionale. Enti, Casse e Società di mutuo soccorso che hanno esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, e le imprese di assicurazione, che offrono assicurazioni malattia e assicurazioni per rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana. Sono evidenti i punti di contatto con la previdenza complementare, in cui convivono schemi collettivi, di matrice contrattuale, e individuali: le cosiddette forme di mercato.

D'altronde, va ricordato che il sistema dei fondi sanitari integrativi ha origine nella legge n. 421/1992, contenente la delega al Governo per il riordino della disciplina in materia sanitaria, attuata con il d.lgs. n. 502/1992, come modificato con d.lgs. n. 517/1993. La stessa legge n. 421, peraltro, disponeva altresì la delega per il riordino del sistema previdenziale, con lo scopo - tra l'altro - di favorire la costituzione di forme di previdenza complementari. Di fatto, il legislatore dei primi anni 90 intercettava le necessarie istanze di riordino del sistema di welfare, ponendo le basi per un sistema complementare di respiro nazionale. Il quale, appositamente regolato e supportato da importanti agevolazioni fiscali, favorisse lo sviluppo di un'iniziativa privata in grado di mobilitare risorse dal mondo produttivo e concorrere al miglioramento delle tutele sociali sotto il profilo dell'equità e della sostenibilità, a supporto di un intervento fino ad allora sostanzialmente pubblico, oramai aggravato da una tendenza demografica inequivocabile.

Quelle istanze sono oggi più che mai attuali. A fronte, tuttavia, di uno sviluppo importante del settore delle pensioni complementari, reso possibile, oltre che da una attenzione seria e responsabile delle parti sociali, da interventi di sollecitazione e stimolo dell'Unione Europea e da una azione di vigilanza specialistica. Nel campo della sanità integrativa permangono in effetti aspetti di minore linearità e di minore efficienza.

Sussiste infatti una eterogeneità degli operatori (fondi integrativi, Enti, Casse e Società di mutuo soccorso, imprese di assicurazione); ma anche una eterogeneità nelle agevolazioni fiscali (dalla deducibilità delle contribuzioni per i fondi sanitari e gli altri enti, alla detraibilità dei premi per le polizze) e una eterogeneità delle regole di riferimento (dal d.lgs. n. 502/1992 e relativa disciplina attuativa, alle norme proprie del settore assicurativo, scontando anche una differente portata delle previsioni regolamentari, che intervengono in materia di fonti istitutive, modalità gestionali, prestazioni, controlli, nel caso dei fondi integrativi, e di prestazione e regime fiscale, nel caso di Enti, Casse e Società di mutuo soccorso).

Il quadro regolamentare che ne deriva è di forte frammentazione, determinandosi così la necessità di delineare un assetto armonizzato, che non solo è condizione necessaria per un esercizio pieno dei controlli, ma anche è fondamentale per uno sviluppo ordinato del sistema. In questa prospettiva, appare essenziale incardinare la supervisione, connotata da caratteri di vigilanza sociale, per la funzione sociale che la sanità complementare svolge, su un'unica autorità di controllo.

A tale autorità andrebbero attribuiti compiti di:

- autorizzazione all'esercizio dell'attività, potestà regolamentari, di controllo sulla gestione, di verifica del rispetto della soglia delle risorse vincolate per l'accesso ai benefici fiscali previsti a normativa vigente, di approvazione degli statuti e dei regolamenti dei fondi;
- di trasparenza, anche mediante l'elaborazione di schemi-tipo di documenti; di ispezione e di irrogazione di sanzioni amministrative, oltre al compito di tenere un apposito Albo dei Fondi sanitari.

L'individuazione di un'unica autorità di controllo, come avviene per la previdenza complementare - mettendo utilmente a frutto l'esperienza maturata in quel settore - contribuirebbe a realizzare un quadro regolamentare organico, con l'obiettivo di accrescere l'affidabilità nel sistema e di rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse complessivamente destinate dal sistema produttivo. In questa prospettiva, è altresì determinante innalzare i livelli di trasparenza. Un sistema più trasparente è non solo più affidabile ma anche più accessibile.

Più trasparenza significa aumentare la confrontabilità tra gli schemi disponibili, che pure molto differiscono quanto a prestazioni erogabili - i fondi integrativi erogano soltanto prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza, mentre Enti, Casse, Società di mutuo soccorso e imprese di assicurazione possono erogare anche trattamenti sostitutivi di quelli erogati dal Ssn - e talvolta, come detto, rispetto al regime fiscale, e, per questa via, fare in modo che la pressione competitiva sui prezzi possa efficacemente dispiegarsi.

In conclusione, è utile evidenziare che anche in un Paese come l'Italia, in cui la gran parte della spesa sanitaria è pubblica, la dimensione non trascurabile della spesa sanitaria privata (nel 2021, 21,8% della spesa sanitaria totale³) determina, non solo in prospettiva, la necessità di rispondere ad una domanda di regolamentazione che emerge da un settore, quello della sanità complementare, cui l'invecchiamento della popolazione, in un contesto di elevato debito pubblico, attribuirà un ruolo sempre più significativo.

3 Istat, *Sistema dei conti della sanità*, ed. Luglio 2022.

Previdenza e sanità integrativa insieme per un modello di welfare sostenibile

Appare evidente che quello che ci attende sarà un tempo di sacrifici, dove ogni componente della contrattazione e della tutela dei lavoratori dovrà svolgere al meglio delle sue competenze il proprio ruolo per difendere la salute e il tenore di vita dei lavoratori.

L'inflazione, sconosciuta ai più giovani, e i rincari dovuti anche alla situazione bellica in corso rischiano di rendere ancora più precarie le condizioni di vita dei lavoratori e delle loro famiglie. Se due anni di pandemia hanno messo in secondo piano l'attenzione per la prevenzione e la cura della salute dei cittadini - in particolare di quelli più deboli - il periodo che ci troviamo ad affrontare rischia di porre i lavoratori di fronte al dilemma povertà/cura, con conseguenze pericolose per le condizioni di vita di migliaia di famiglie.

Appare allora naturale, per chi si occupa del secondo pilastro contrattuale, porre in campo tutte le strategie che consentano di tutelare al meglio i lavoratori che si affidano agli strumenti contrattuali di previdenza e assistenza di quel pilastro. Solo una strategia sostenibile e integrata può, da un lato, offrire risposte alla domanda di salute e sicurezza e, dall'altro, sostenere un modello di welfare pubblico universale.

Del resto, previdenza complementare e sanità integrativa contrattuale sono nate proprio per integrare le risposte del welfare pubblico, sostenendo allo stesso tempo il valore universalistico e solidaristico di tale sistema.

Ne discende che, nel rispetto delle reciproche autonomie, non ha senso che il sistema previdenziale e quello sanitario contrattuali non si par-

Maurizio Agazzi
è direttore generale di Cometa,
Fondo Nazionale
Pensione Complementare
per i lavoratori
dell'industria metalmeccanica

lino e non collaborino nel realizzare risposte efficaci, economiche e valide sul piano della tutela per i lavoratori ed i loro familiari.

In questo senso, devono, ad esempio, dialogare l'istituto delle anticipazioni sanitarie dei fondi pensione con le prestazioni erogate dalla sanità integrativa contrattuale.

Così come investimenti della previdenza integrativa e prestazioni sanitarie di primo e secondo pilastro possono trovare quelle sinergie essenziali al mantenimento di risposte efficaci per i lavoratori.

Se il rendimento di un fondo pensione contrattuale non va misurato solo ed esclusivamente con un numero finanziario, per quanto fondamentale, ecco allora che, attraverso una scelta di investimenti che guardino a una tutela complessiva in termini di opportunità e di servizi per i lavoratori-cittadini, i fondi possono contribuire anche ad una migliore tutela della salute. Ciò, attraverso investimenti che promuovano la ricerca sanitaria e la cura della salute.

Silver economy, diagnostica digitale, ospedali efficienti sono settori nei quali i fondi pensione possono investire trovando un'occasione formidabile di rendimento finanziario e sociale a vantaggio dei propri iscritti che sono pure fruitori dei servizi erogati dalla sanità pubblica e contrattuale.

Del resto anche il progressivo invecchiamento della popolazione italiana, in un'ottica sociale e di sostenibilità, può e deve rivelarsi un'opportunità di investimento per il Paese, con ricadute proficue per l'occupazione, il settore dei servizi - anche sanitari, così come per il mondo della finanza in genere.

L'innalzamento della longevità peraltro non può non interrogare - così come interroga da sempre i fondi pensione - anche i fondi sanitari che devono, se vogliono affermare la loro strategicità, progettare quali prestazioni erogare non solo ai familiari dei lavoratori attivi, ma anche su quali prestazioni erogare ai lavoratori in quiescenza.

Così come previdenza e sanità integrativa devono interrogarsi su quali tutele erogare ai lavoratori espulsi temporaneamente dal mondo del lavoro o che sono inseriti nello stesso in forma precaria o a tempo determinato.

È necessario allora che i due strumenti si parlino attraverso le Parti istitutive e che - tramite le stesse - contrattino con le Istituzioni percorsi di investimento strategico e di sostegno nella direzione del mantenimento e miglioramento di uno Stato sociale essenziale per la tutela dei cittadini.

Un piano di rilancio strategico dello Stato sociale consentirà ai fondi di svolgere al meglio il proprio ruolo sussidiario allo stesso e di orientare prestazioni ed investimenti a suo sostegno.

Tutti i soggetti interessati, nella stessa logica, dovranno assumere il proprio ruolo: Istituzioni, Parti Sociali e i Fondi stessi. È necessario che, al più presto, fondi sanitari e previdenziali contrattuali mettano in campo iniziative comuni di educazione alla salute e alla previdenza. E che orientino i lavoratori nelle scelte necessarie alla difesa del loro tenore di vita e della propria buona salute avendo, ad esempio, particolare attenzione all'istituto delle anticipazioni sanitarie; appare evidente che due mondi separati non creino che nuova povertà,

sia nel senso della riduzione dell'ammontare della pensione, in caso di reiterate richieste di anticipazioni prelevate dal proprio conto previdenziale, sia per la sofferenza dei fondi sanitari derivata da un ricorso disordinato alle prestazioni assicurate.

Una gestione coordinata permette di governare meglio l'istituto delle anticipazioni - utilizzato dagli iscritti laddove operi un Fondo Sanitario di categoria - per spese sanitarie richiesta al fondo pensione in complementarietà alle eventuali prestazioni sanitarie non coperte dal Fondo stesso. Si può permettere, in questo modo, l'espansione dei piani di welfare familiare; estendendo ai suoi componenti l'accesso alle prestazioni non coperte dal fondo sanitario.

L'utilizzo del medesimo network di reti sanitarie convenzionate consente inoltre di avere un risparmio - per le spese non coperte dal fondo sanitario - che crea una maggiore tutela del capitale previdenziale interessato in forma minore all'anticipazione.

Un sistema integrato guidato dallo spirito con cui i due strumenti contrattuali sono stati voluti dalle Parti permetterà inoltre di sostenere lo spirito, integrativo e non sostitutivo del sistema sanitario pubblico, necessario alla tutela universalistica della salute.

Il Long Term Care: cosa possono fare i fondi pensione

Claudio Varani
è Vicepresidente
di Fondo Telemaco

Il tema del Long term care è strettamente connesso alla non autosufficienza e per affrontarlo adeguatamente occorre definire puntualmente cosa si intende con questo termine, poiché si tratta di un argomento di indubbia ampiezza e complessità.

Ad oggi, pur non esistendo una determinazione univoca, possiamo far riferimento a quanto precisato in letteratura¹: “La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all’età che allo stato di salute dell’individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le normali azioni della vita quotidiana ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un’abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l’igiene e la sicurezza dell’ambiente e dell’individuo e una rete sociale protettiva”.

La materia è quindi ricca per numero di elementi in gioco (età, stato di salute, capacità di produrre adeguato reddito ecc.), per pluralità di soggetti coinvolti (pubblici, privati, locali, regionali e nazionali), per tipologia di servizi offerti (erogazioni monetarie e/o fornitura di prestazioni) e per varietà di norme fiscali applicabili.

L’assenza di una definizione certa e riconosciuta, la multidimensionalità del problema e le conseguenti disomogenee modalità di rilevazione complicano le fasi di analisi e rendono incerti elementi importanti quali, ad esempio, il numero di non autosufficienti che, tuttavia, ai nostri fini, possiamo far coincidere con il dato del Censis che

¹ L.Beltrametti, I. Mastrobuono, R. Paladini, *L’assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale. Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del Cnel*, 2000.

si attesta intorno ai 3,5 milioni.

La medesima difficoltà è riferibile all'ammontare della spesa complessiva a supporto della non autosufficienza in quanto le prestazioni finanziate sono un concetto ampio in cui si includono attività fortemente diversificate tra loro (assistenza domiciliare e residenzialità, indennità di accompagnamento ecc.), rendendo la spesa variabile tra il dato Censis che riferisce essere nell'intorno dei 30 miliardi e quello della Ragioneria generale dello Stato pari a 13 miliardi. Non vi è invece dubbio su un dato: il numero di non autosufficienti, soprattutto anziani, è destinato ad aumentare nel tempo, in quanto l'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo. Parimenti non vi è alcun dubbio che le risorse disponibili per la non autosufficienza sono impiegate senza una strategia precisa che ricomprende erogazioni di indennità di accompagnamento, prestazioni di invalidità, assistenza residenziale, semi residenziale e domiciliare, permessi retribuiti, fondo nazionale per la non autosufficienza, strumenti tutti diversi che impegnano risorse pubbliche importanti e sono erogati da soggetti diversi senza una regia unica.

Ciò che ne consegue, in sintesi, è una popolazione con durata di vita media elevata ma con una qualità della stessa non soddisfacente - malgrado le ingenti somme destinate alla non autosufficienza - in quanto la strategia di risposta risulta essere profondamente inadeguata per mancanza di progettualità, di processi strutturati e di servizi offerti.

L'impossibilità di aumentare ulteriormente le risorse pubbliche a disposizione impone una collaborazione tra pubblico e privato, soprattutto considerando che la spesa sanitaria privata - intesa come out of pocket, fondi sanitari e assicurazioni - è molto alta.

Sulla base di quanto analizzato risulta intuitivo che, per il futuro, al fine di garantire un sistema in equilibrio, anche nel lungo periodo, in grado di fornire servizi qualitativamente elevati, è necessario realizzare strumenti che sostengano la dimensione collettiva quali le polizze di gruppo, fondi sanitari e fondi pensione.

Tali strumenti, tuttavia, riscuotono scarso successo tra i giovani che percepiscono lontano da sé il rischio della condizione di non autosufficienza; occorre però segnalare che l'acquisizione della copertura in tarda età comporta il pagamento di premi più elevati e pertanto abbinare la garanzia Ltc alla previdenza consentirebbe di abbassare l'età di inizio copertura ed il relativo costo, facendo destinare così solo una piccola parte di pensione alla copertura del rischio.

Vi è ancora un altro aspetto che farebbe propendere per l'utilizzo di fondi pensione: in analogia alla prestazione pensionistica, l'erogazione della copertura avverrebbe per un lungo periodo.

Un modello attuariale coerente garantirebbe una rendita vitalizia il cui importo dipende dallo stato di salute del pensionato: se autosufficiente, un importo pari alla rendita pensionistica, se non autosufficiente un importo maggiorato.

È quindi evidente che il finanziamento della copertura per non-autosufficienza attraverso il fondo pensione è particolarmente adatto anche rispetto ai fon-

di sanitari che, invece, sono più concentrati nel proporre coperture di breve o medio periodo anche in funzione delle convenzioni che normalmente questi soggetti stipulano con le compagnie di assicurazione.

Potemmo infine chiederci: quanti fondi pensione prevedono la copertura Ltc? La risposta ci viene data da un'indagine Mefop del 2010 che ha esaminato 194 fondi pensione e da cui emerge che 44 di essi (il 23%) offre una copertura Ltc, generalmente con periodo di copertura che comincia al momento del pensionamento mentre sono rari i fondi che prevedono la copertura durante la fase di accumulo; Fondo Telemaco è tra quei fondi che prevede una rendita vitalizia raddoppiata in caso di perdita di autosufficienza.

Quali soluzioni per il futuro, dunque? Definito lo strumento dei fondi pensione come il più adatto per quanto detto precedentemente, è necessario specificare che, se si vuole recuperare l'enorme ritardo accumulato nel tempo sul tema Ltc, sarebbe opportuno immaginare sistemi a ripartizione rispetto alle attuali forme Ltc a capitalizzazione individuale, in quanto immediatamente "fruibili" e con costi nettamente inferiori, ampliando possibilmente la copertura all'intera vita.

In conclusione, maggiore sarà la base di contribuenti/partecipanti coinvolta nell'iniziativa a livello generale, minore sarà il costo medio sostenuto, supportato anche da una soluzione che delineerebbe, finalmente, un quadro che scongiura la sovrapposizione tra coperture di uguale natura offerte da soggetti differenti.

La telemedicina di MedEA: un modello *win-win* per tutti

La telemedicina è ormai argomento frequente all'interno del dibattito pubblico, e dopo l'infuusta circostanza della pandemia anche le istituzioni e gli organi preposti hanno accelerato i processi di regolamentazione del settore.

Vi sono ancora molti aspetti che dovranno essere meglio disciplinati, e la recente (maggio 2021) entrata in vigore del Regolamento (Ue) 2017/745 sui dispositivi medici ha imposto un miglioramento dei requisiti necessari per operare in questo settore.

Volgendo uno sguardo al passato, la storia più recente ci illustra le diverse esperienze che si sono susseguite nel tempo in questo ambito; e al contempo evidenzia come la maggior parte delle iniziative pre-pandemia siano state caratterizzate, e di conseguenza limitate, dal fatto che i progetti siano stati molto spesso parametrati sulla base di un budget predefinito (ad esempio all'interno di un bando di ricerca), e che una volta esaurita la disponibilità finanziaria, questa circostanza abbia determinato la fine dell'iniziativa progettuale.

E, a ben vedere, sovente le iniziative sono state legate a uno specifico campo di riferimento coincidente con una singola patologia o una singola branca medica.

Pochissime sono state le iniziative connotate da un approccio imprenditoriale e trasversale, e altrettante poche hanno poi assunto una dimensione aziendale, proponendo magari un modello di business sostenibile e duraturo nel tempo.

Una declinazione di questa ultima variante si è avuta con il presentarsi sul mercato, in piena emergenza pandemica, di aziende che hanno messo al centro della loro offerta la televisita.

Michele Liberatore
è Affairs specialist
di MedEA Srl Digital Health

Questo strumento, ad eccezione di alcune sue applicazioni come, ad esempio, l'ambito sociale e quello psicologico, rischia di non avere l'elemento dell'incisività nella pratica quotidiana, se non inserito all'interno di un più complesso processo di presa in carico del paziente e posto all'interno di un ben definito setting assistenziale.

Insomma, per dirla in breve, la televisita fine a stessa, *one shot*, rischia di non avere molto senso.

In realtà, negli ultimi anni, non sono mancate proposte più specializzate sul mercato: alcuni operatori hanno dimostrato di essere in grado di erogare prestazioni di diagnostica specialistica attraverso dispositivi medici all'interno di spazi fisici (farmacie, studi professionali, ambulatori); altri si sono spinti fino alle prestazioni domiciliari.

Cosa ci dobbiamo aspettare dal futuro? In un lasso di tempo non così lungo, saremo in grado di osservare offerte integrate che partiranno da un concetto olistico di piattaforma, in cui in maniera integrata, si potrà garantire la presa in carico del paziente declinata nei setting, e in cui si troveranno una serie di servizi che includeranno la televisita, il diario clinico del paziente, la raccolta di dati sanitari (diagnostica specialistica e monitoraggio di parametri vitali in tempo reale tramite dispositivi wearable) e l'interscambio di informazioni con gli eventuali centri sanitari di riferimento, nonché l'invio di dati al Fascicolo Sanitario Elettronico.

In questo contesto, dunque, possiamo provare a individuare le necessità dei soggetti che, a vario titolo, contribuiscono all'erogazione delle prestazioni in favore dei cittadini e che si trovano, nella catena del processo, in una posizione di prossimità rispetto al paziente nell'erogazione delle prestazioni, siano essi all'interno del Ssn (come i soggetti privati accreditati) o siano essi complementari rispetto al SSN stesso (fondi di sanità integrativa, assicurazioni, mutue).

Le necessità di cui sopra devono rispondere alle logiche attuali, ma soprattutto a quelle future. È importante, dunque, identificare i bisogni degli operatori, disegnando i modelli organizzativi e le soluzioni cercando di considerare poche parole chiave: digitale, sicuro, domiciliare, efficiente, flessibile.

E proprio su questi concetti che MedEA ¹, azienda che opera nel settore della sanità digitale ha fondato la sua vision e il proprio modello: una vera e propria "clinica digitale polispecialistica", in grado di erogare prestazioni di diagnostica specialistica in ogni momento ed in ogni luogo, grazie a dispositivi innovativi che viaggiano su piattaforme digitali e applicazioni mobile assistite da algoritmi di intelligenza artificiale.

MedEA, attraverso uno studio approfondito del mondo della sanità integrativa e con il supporto di dati reali di un primario fondo autogestito, è riuscita a definire un modello operativo sostenibile, flessibile e scalabile, parametrando

1 www.medeatelemedicina.com

i costi di realizzazione al volume delle prestazioni che il fondo si prefigge di erogare in favore dei propri iscritti. Il tutto in regime domiciliare.

In pochi passi il paziente, attraverso una app scaricabile sul proprio smartphone, può prenotare il proprio esame di diagnostica in regime domiciliare che verrà eseguito da un infermiere professionale, ed in poco tempo riceverà direttamente sull'app l'esito dell'esame firmato da un medico specialista. Le prestazioni spaziano dalla cardiologia alla pneumologia, fino alla dermatologia.

Si apre dunque uno scenario nuovo nel mondo dei fondi sanitari, i quali ora possono utilizzare una modalità in più per esercitare al meglio la loro funzione istituzionale di complementarità rispetto al Ssn. Il tutto in modo da essere strumento di abbattimento delle liste di attesa e della spesa pubblica. Uno scenario win-win per tutti.

Integrare Sanità e digital health in modelli virtuosi

Stefano Ronchi
è Partner di Valore srl

Lo scenario italiano della Salute, Sanità e Benessere è lo specchio del sistema produttivo italiano: tanta eccellenza frammentata in cui ogni attore opera in modo individuale senza abbracciare una visione di sistema complessivo.

Osserviamo, infatti, da un lato il mondo della sanità tradizionale, il Ssn alle prese con criticità e vincoli di risorse umane ancorché economiche: mancano medici di base, infermieri e assistenti sociali.

Il bilancio dello Stato pone vincoli nella revisione ed ampliamento dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) e nel rafforzare i percorsi formativi necessari a coprire la carenza dei medici e l'aggiornamento delle loro competenze.

Gli stakeholder della sanità territoriale di prossimità, che dovrebbero prendere in carico i fragili e gli anziani, spingono affinché lo Stato determini un migliore quadro normativo ed allochi maggiori risorse.

Il sistema farmaceutico italiano evidenzia i limiti di una politica che non ha incentivato la ricerca e lo sviluppo.

Da un altro lato, c'è il sistema delle startup e delle imprese innovative del sistema della digital health, ricco di aziende e progetti sperimentali: basta guardare i portafogli di incubatori universitari, delle principali società di asset management nazionali e di Cdp Venture¹.

¹ Cdp Venture Capital Sgr-Fondo Nazionale Innovazione, gestito da Cassa Depositi e Prestiti, è uno strumento rivolto alle micro, piccole e medie imprese per consentire loro di accedere a risorse finanziarie per l'innovazione.

Possiamo dividere questo parterre in tre cluster: le soluzioni che svolgono attività di booking e gestione di dati amministrativi/sanitari di base con un primo profilo di gestione di cartella sanitaria, che generalmente offrono servizi di video-consulto; quelle che gestiscono alcune patologie e il relativo dato sanitario; quelle che hanno sviluppato device innovativi o applicazioni che vogliono sostituire (le cosiddette digital therapeutics) o che supportano le terapie farmacologiche.

Ognuna ha l'ambizione di "scalare", spinta dall'investitore di riferimento a diventare l'unicorno, come se crescere velocemente e aggregarsi su filiere di servizi comuni non fosse altrettanto importante!

Poi c'è il lato che potremmo denominare health&insurance dei fondi sanitari e delle assicurazioni che raccolgono risorse importanti del risparmio nazionale: i primi un po' sottovalutati nel loro ruolo complementare e integrativo al Ssn, che copre una importante fetta della spesa out-of-pocket, le seconde ancora alle prese con la revisione dei modelli assicurativi che vivono un momento di ripensamento dall'interno.

E infine, il mondo del wellness che viene considerato laterale, quando sport, benessere e una importante educazione alimentare sono il presupposto non solo di una primaria prevenzione, ma anche un complementare sostegno a terapie di patologie, anche gravi e oncologiche, come ha ricordato Nerio Alessandri² in un recente convegno ricordando cosa sia la Wellness Valley³ in Italia e, in particolare, in Romagna.

In questo quadro frammentato manca l'attenzione all'organizzazione e ai processi, insomma al "chi fa cosa" e al "come e quando"; una regia che dovrebbe spettare in primis allo Stato, ma anche alle rappresentanze associative delle più importanti categorie che operano nel settore della Sanità.

Il rischio concreto che si corre è che le risorse del Pnrr finiscano per essere concentrate su investimenti immobiliari perché sembra mancare la capacità da parte degli Enti decentrati dello Stato di "mettere a terra" le progettualità collegate alle aree di spesa identificate all'interno del piano stesso.

L'auspicio è che, al di là delle singole soluzioni, si incentivino quei modelli virtuosi di collaborazione all'interno della stessa filiera e, meglio ancora, se in un'ottica di partenariato pubblico-privato, per mettere a fattor comune le migliori pratiche e le migliori soluzioni.

La Sanità italiana non è nuova a questo tipo di dinamiche, e se guardiamo in

2 Nerio Alessandri è presidente e fondatore di Technogym e presidente della Wellness Foundation.

3 Dal sito web Technogym: "la Wellness Valley è l'iniziativa che vuole fare della Romagna il primo distretto internazionale di competenze nel Benessere e nella Qualità della vita delle persone partendo dalla valorizzazione del patrimonio umano, sociale, storico, artistico, naturale ed enogastronomico del territorio".

particolare alla Sanità territoriale, ci sono esempi concreti di come, in passato, il capitale privato è intervenuto per supplire a carenze progettuali che originariamente dovevano competere alle aziende sanitarie locali. Si pensi a tal proposito alle Rsa o alla tanto richiesta Adi che solo recentemente è stata istituzionalizzata con interventi normativi da parte del governo centrale e di alcune regioni più attive di altre.

È proprio nella sanità territoriale che la digital health potrebbe, anzi dovrebbe, svolgere un ruolo strategico importante per essere strumento di efficienza per abbattere i costi, ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle cure, e per permettere anche nei contesti rurali una migliore presa in carico del paziente, che sia esso fragile o cronico.

Le innovazioni Inps per la tutela dei fragili

Il futuro dell'assistenza sanitaria, pubblica o privata, non può prescindere dall'accelerazione dei cambiamenti tecnologici e nella formazione di competenze digitali che ormai da tempo investe positivamente il progresso della medicina e, in stretta connessione, si riverbera sull'universo dell'assistenza.

All'interno di questo ampio contesto, il tema della non autosufficienza e dell'utilizzo di nuove soluzioni gestionali e informatiche in ambito sanitario, tra le quali oggi si impone prepotentemente la telemedicina, appartengono di diritto alle competenze distintive dell'Inps, che in più di 120 anni di storia ha assunto un ruolo centrale nel welfare del nostro Paese e dimostrato capacità di innovazione tecnologica, ponendosi spesso all'avanguardia rispetto alle altre amministrazioni pubbliche. Attraverso la propria Area medico legale, l'Istituto garantisce la gestione sanitaria di settori del welfare, quali l'invalidità previdenziale (contributiva), l'incapacità temporanea al lavoro (malattia) e l'invalidità assistenziale (invalidità civile, handicap e disabilità). Tutti processi che nella loro totalità sono eseguiti, da tempo, con applicazioni informatiche e processi digitali, sin dalla presentazione delle specifiche istanze telematiche da parte dei cittadini, patronati ed operatori sanitari esterni.

L'impatto della pandemia sulla società e l'economia italiane ha provocato conseguenze drammatiche, fortemente attutite da provvedimenti governativi di sostegno e assistenza veicolati dall'Inps, con un coinvolgimento e uno sforzo enorme da parte delle strutture su tutto il territorio nazionale che ha permesso di dare continuità alle prestazioni "ordinarie" (su una media di 42 milioni di utenti) e straordinarie (su ulteriori 15

Pasquale Tridico
è Presidente Inps

milioni di utenti “nuovi”). In ambito prettamente sanitario, la fase emergenziale, dichiarata conclusa solo il 31 marzo scorso, ha messo in evidenza l’impegno del personale sanitario. Ma ha anche a nudo le insufficienze strutturali del Ssn, fondamentalmente dovute ad almeno un decennio di definanziamento. Inoltre, ha provocato una generale riduzione dell’attività clinica di screening e di follow up sia per le patologie cronico-degenerative, sia per quelle neoplastiche.

Anche l’attività medico-legale ambulatoriale dell’Inps ha subito un forte rallentamento, soprattutto per le limitazioni imposte alle visite dirette dopo la chiusura delle sedi durante il lockdown. Limitazioni che hanno avuto come conseguenza dapprima il blocco e poi, nella successiva “fase 2”, una ripresa lenta dell’attività ambulatoriale a causa del rispetto dei protocolli. Automatica conseguenza è stata il significativo incremento delle giacenze negli adempimenti istituzionali del settore assistenziale (invalidità civile, handicap, cecità, sordità e disabilità). Per contrastare il fenomeno, fin dall’inizio della pandemia l’Inps ha dato indicazioni di procedere, laddove possibile, con valutazioni su atti anche in attività di smart working. La metodologia operativa su atti documentali sanitari probanti è infatti ben applicabile alla valutazione dell’invalidità civile, che è di stretta pertinenza medico-legale e che, in casi selezionati, può fare a meno degli elementi acquisibili solo con la visita diretta dell’interessato. L’attività su atti è stata riconosciuta e regolarizzata a livello normativo nel settembre 2020 (art. 29-ter L. 11/09/20 n. 120).

Oltre a ciò, l’Istituto ha introdotto modifiche - principalmente per snellire il processo di assegnazione delle prestazioni dell’invalidità civile - attraverso procedure e automazioni che, oltre a semplificare accesso, valutazione e liquidazione delle prestazioni, hanno portato, nel 2021, a un deciso smaltimento dell’arretrato. Per garantire l’acquisizione di documentazione sanitaria che abbia caratteristiche di sicurezza almeno sulla provenienza, nella seconda metà del 2022 è stata introdotta un’ulteriore innovazione attraverso il sito web dell’Istituto con un apposito servizio di “Allegazione documentazione sanitaria invalidità civile” che permette ai cittadini, ai patronati e ai medici certificatori di inoltrare telematicamente la documentazione sanitaria per l’eventuale definizione agli atti, dopo un processo adeguato a garantire l’osservanza di una serie di regole indispensabili circa l’identificazione, la sicurezza e le prescrizioni del Gdpr.

Grazie a tali provvedimenti, dopo le fasi di visita e di accertamento sanitario, che prevedono ancora, nella maggior parte delle Regioni, un duplice passaggio presso le Asl e l’Inps, la fase concessoria interna all’Istituto si è ridotta - in media tra tutte le Regioni - da 32 a 26 giorni. I tempi risultano in media inferiori dove l’Inps ha stipulato una convenzione con le Regioni per l’accertamento medico-legale di prima istanza (ad esempio Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Lazio, Campania, Basilicata) che, attraverso un accentramento di competenze, ha generalmente realizzato un più efficace iter del processo di valutazione della disabilità.

Proprio su questo tema, sarà di grande interesse l’attuazione della riforma contenuta nella legge “Delega al Governo in materia di disabilità” (L. 22/12/2021 n. 227) prevista all’interno della Missione 5 del Pnrr, che consentirà al Governo,

attraverso appositi decreti legislativi, la revisione e il riordino di tutte le norme vigenti in materia di disabilità. Ciò, secondo precisi criteri ed indicazioni che fanno chiaro riferimento alle Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dall'Italia nel 2009. Tra i punti qualificanti vi sono indubbiamente la revisione, il riordino e la semplificazione della normativa di settore e l'introduzione di un nuovo sistema unificato per i procedimenti di accertamento valutativo della disabilità, in cui si prevede una valutazione di base più una successiva valutazione multi-dimensionale, fondata sull'approccio bio-psico-sociale, al fine della realizzazione del progetto di vita indipendente, personalizzato e partecipato che garantisca i diritti di vita fondamentali della persona disabile. Altrettanto importante la previsione di un unico soggetto pubblico a cui sarà affidata la competenza sulle procedure finalizzate all'accertamento di base della disabilità e quindi alle conseguenti prestazioni economiche. Un ruolo che l'Inps, a buon diritto, si candida a ricoprire avendo già dimostrato di saper realizzare strumenti di semplificazione dei processi di accertamento che hanno garantito efficacia, omogeneità di trattamento e piena accessibilità alle prestazioni su tutto il territorio nazionale.

Inoltre, l'Inps gestisce parte delle risorse del Fondo Gestione Unitaria Prestazioni Creditizie e Sociali, a cui tuttavia sono iscritti solo i dipendenti e pensionati pubblici, per il sostegno della disabilità e della non autosufficienza attraverso il progetto Home Care Premium, rivolto all'assistenza domiciliare di soggetti non autosufficienti. Tale programma prevede sostanzialmente una forma di intervento mista attraverso: 1) l'erogazione di contributi economici mensili, cosiddette prestazioni prevalenti, in favore di soggetti non autosufficienti - sia maggiorenni che minorenni - disabili in condizione di non autosufficienza, finalizzati al rimborso di spese sostenute per l'assunzione di un assistente domiciliare; 2) servizi socio-assistenziali alla persona - cosiddette prestazioni integrative a sostegno della domiciliarità - (ad esempio, operatori socio-sanitari, psicologi, educatori professionali, logopedisti, fisioterapisti e altri operatori professionali, trasporto, ausili, centri diurni ecc.), in partenariato con gli Ambiti Territoriali Sociali (Ats); oppure, in caso di inerzia degli stessi, con altri Enti pubblici che hanno competenza a rendere servizi socio-assistenziali alla persona e che hanno stipulato una convenzione con l'Inps. Si può vedere una forte similitudine di tali interventi assistenziali proprio con lo "Schema di disegno di legge recante deleghe in materia di politiche in favore delle persone anziane" approvato dal Governo Draghi nella sua ultima seduta del 10 ottobre scorso.

In tema di innovazione e digitalizzazione, il Pnrr prevede anche un forte impulso all'informatizzazione dei processi, che dovrà promuovere necessariamente la realizzazione di piattaforme informatiche nella Pubblica Amministrazione. Piattaforme interoperabili, anche per favorire lo sviluppo di servizi di cure domiciliari integrate con prestazioni di telemedicina da remoto. Quest'ultima - come inquadrata dal Decreto 29 aprile 2022 del Ministero della Salute sulle Linee guida organizzative per il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" - è un complemento alle prestazioni tradizionali. Il quale prevede più soluzioni in relazione alle diverse esigenze di interazione con il paziente

(tele-visita, tele-monitoraggio, tele-assistenza) e di collaborazione tra operatori sanitari sul territorio (tele-collaborazione, tele-consulto) in funzione delle diverse patologie, dei percorsi e dei modelli assistenziali e delle tipologie dei pazienti.

Sulla base di tali indicazioni, abbiamo avviato in Inps lo studio di modalità di accertamento dello stato di handicap mediante televisita, considerando che nel caso dell'eventuale valutazione su atti dell'handicap ci troviamo di fronte a delle difficoltà applicative, costituite dalla stessa natura della valutazione, che non è solo di competenza medica ma anzi è di tipo interdisciplinare e si basa su informazioni che sono ottenibili solo attraverso il colloquio diretto con l'interessato o con i suoi familiari. Ai fini della formulazione del giudizio di handicap e della "situazione" di gravità dello stesso valutati su una serie di aspetti, le indispensabili informazioni ottenute in ambito Inps sono riportate in una scheda, parte integrante del verbale di handicap informatizzato, e che consente di delineare il profilo di funzionamento, incentrato sulle limitazioni dell'attività e le restrizioni della partecipazione, nonché sui fattori ambientali, sul quale, come da prassi, si baserà anche il successivo giudizio finale.

La procedura allo studio dell'Inps limita la casistica degli accertamenti effettuati per handicap al completamento delle visite domiciliari (persona intrasportabile) e al completamento di accertamenti su atti, attività che - di norma eseguita durante una visita ambulatoriale da parte di una equipe polispecialistica e anche da figure professionali non mediche - può essere assimilata ad una prestazione di televisita.

La proposta ha il vantaggio di non esigere l'acquisto di nuovo software o hardware, né un particolare impegno nella formazione del personale o supporto nei confronti dei medici e dei richiedenti, con l'idea che si utilizzino strumenti di condivisione e piattaforme di dialogo oggi ampiamente diffusi, gratuiti e adeguati agli standard di sicurezza per questo genere di impiego. Per la definizione di tutte le tipologie di verbale handicap, ovvero primo accertamento, aggravamento e revisione, la Commissione Inps continuerà ad utilizzare l'applicativo "Invalidità Civile in Convenzione" (Cic).

L'acquisizione del profilo di funzionamento del soggetto richiedente il riconoscimento dell'handicap, ottenuto dalla Commissione medica tramite modalità di telemedicina, sarà del tutto aderente al dettato normativo (L. 104/92) e compatibile col principio di collegialità delle valutazioni medico-legali. Dunque, tale nuova modalità di acquisizione potrà essere sperimentata presso tutte le U.O. Medico-Legali dell'Inps, anche se in una prima fase sarà necessariamente circoscritta ai richiedenti che hanno disponibilità e familiarità con gli strumenti informatici, o che possono avvalersi di un supporto familiare in tal senso.

Quest'ultimo punto - le differenti capacità di accesso degli utenti - è comunque una priorità per Inps ed è alla base della strategia di innovazione e comunicazione dell'Istituto attuata in questi anni, basata sul criterio della multicanalità o omnicanalità, per offrire un sistema diversificato e alternativo di accesso alle prestazioni e di dialogo con l'Istituto. Dallo sportello sul territorio al patronato o Caf, dal sito web alle app, dai simulatori ai consulenti digitali, dai video tuto-

rial alle chatbox, l'evoluzione della tecnologia è incorporata nei servizi Inps e messa a disposizione di tutti, offrendo il canale che l'utente ritiene più adatto e semplificando il più possibile gli oneri documentali.

E la leva digitale è la stessa che ha fatto finalmente decollare anche il certificato oncologico introduttivo, che attua modalità uniformi e semplici per le procedure di accertamento delle disabilità oncologiche. Il protocollo siglato lo scorso anno tra Inps e Agenas prevede che il certificato possa essere emesso direttamente e immediatamente da chi fa la diagnosi e consentire ai malati oncologici di vedere riconosciuto il diritto alla prestazione di invalidità, senza ulteriori accertamenti in tutto il territorio nazionale. Un valore soprattutto per alleviare le problematiche dei pazienti in questa delicata situazione. Sempre nell'ambito sanitario, tale innovazione potrebbe avere una straordinaria evoluzione creando l'accesso ai dati del fascicolo elettronico sanitario, sempre sotto la massima sicurezza e garanzia della privacy.

In conclusione, i veloci cambiamenti e le esigenze dei cittadini richiedono che anche nel welfare pubblico e nella sanità ci si adegui a nuovi standard di servizio e di legittime aspettative di efficienza. La necessità di potenziare la prevenzione per la salute, l'invecchiamento della popolazione e la necessità di un sistema di assistenza "integrato" richiedono un grande sforzo di collaborazione tra i soggetti pubblici e, parallelamente, una partnership virtuosa con il mondo privato, che può contare su maggiori investimenti e ricerca. In questo contesto, l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale rimane centrale per garantire una funzione nazionale, aggiornata e super partes nella valutazione dei diritti alle prestazioni assistenziali.

Il ruolo dell'Inail nel sistema di welfare complementare

Franco Bettoni
è Presidente Inail

Negli ultimi anni l'Inail - sebbene abbia conservato i tradizionali compiti di protezione sociale svolti nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali - ha vissuto un'evoluzione delle proprie funzioni, contribuendo allo sviluppo del welfare integrativo a favore di infortunati sul lavoro e tecnopatici.

L'Istituto si è da sempre connotato come un ente assicuratore a vocazione sanitaria, al di là dell'originario ruolo di erogatore di prestazioni di natura economica.

L'attività sanitaria oggi, infatti, si snoda in tutta l'ampia articolazione dei numerosi filoni di intervento: ricerca, prevenzione, assicurazione, riabilitazione e reinserimento.

La disciplina di tutela sanitaria dell'Inail è stata significativamente trasformata dalla riforma introdotta dalla legge 833 del 1978 che, come noto, ha istituito il Servizio sanitario nazionale.

La Costituzione (art. 38), nell'ambito del complessivo sistema di sicurezza sociale, riserva agli infortunati sul lavoro e ai tecnopatici una tutela differenziata e privilegiata rispetto alla generalità dei cittadini.

Le disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, raccolte nel Testo Unico del 1965, si incaricavano di specificare che la tutela sanitaria differenziata e privilegiata dell'assicurato è garantita dall'Inail attraverso l'erogazione delle cure necessarie - mediche, chirurgiche, protesiche e riabilitative - per il recupero della capacità lavorativa, sia durante l'inabilità temporanea, sia

dopo la guarigione clinica.

Nel 1978, con la riforma sanitaria, viene conferita al Servizio sanitario nazionale la competenza generale per l'assistenza ai cittadini, anche con riferimento ai soggetti in precedenza presi in carico dall'Inail.

Con successive statuizioni legislative, si è assistito a un'inversione di tendenza, con l'attribuzione in via definitiva all'Istituto della competenza in materia di accertamenti medico-legali e del compito di erogare le prestazioni di cura finalizzate al ripristino della capacità lavorativa del lavoratore.

La missione istituzionale dell'Ente si è poi ulteriormente evoluta con il decreto legislativo n. 38 del 2000, che ha introdotto la nozione di danno biologico, inteso come danno alla salute, e l'estensione della tutela agli infortuni in itinere.

Nel 2008, il Testo Unico sulla Sicurezza (D. Lgs 81, come modificato dal D. Lgs. 106/09) ha riconosciuto un ruolo più incisivo all'Inail in tema di prestazioni sanitarie e riabilitative, da espletare mediante interventi diretti e indiretti.

Di fondamentale importanza è stata la ricerca di un rapporto sinergico con i Servizi Sanitari Regionali, avviata con l'Accordo Quadro del 2 febbraio 2012, che ha definito gli ambiti nei quali possono essere sviluppate collaborazioni tra le Regioni e l'Istituto in favore dei lavoratori infortunati o affetti da malattia professionale.

Grazie alle convenzioni stipulate con le Regioni e ai numerosi accordi con strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nel 2021 l'Istituto ha erogato oltre 495mila prestazioni integrative riabilitative a favore di circa 15.000 assistiti.

In tale contesto, l'Inail diventa protagonista nel sistema di welfare integrativo, facendosi promotore di strategie decisive per la sua implementazione attraverso la realizzazione di diverse esperienze, come per esempio i progetti di reinserimento socio-lavorativo delle persone con disabilità da lavoro, elaborati da équipe multidisciplinari (medici, assistenti socio-educativi, amministrativi, professionisti tecnici come ingegneri, architetti, chimici, biologi ecc.), le cui ampie competenze sono fondamentali per far fronte a tutte le necessità dell'infortunato.

La pandemia, così inattesa, complessa e alla quale si dovevano dare risposte immediate, ha confermato l'importanza di garantire i cosiddetti livelli integrativi di assistenza, valorizzando ancor di più l'efficace azione dell'Inail che ha fornito da subito il proprio apporto nel periodo emergenziale per il contenimento della diffusione del contagio.

Uno degli interventi più innovativi è stato il progetto di riabilitazione di tipo multi-assiale, che permette cioè di prendere in carico ogni caso sulla base delle specifiche esigenze terapeutiche post Covid-19, che possono interessare l'aspetto respiratorio, cardiologico, muscolare e neurologico, fornendo così ai lavoratori la dovuta assistenza con tempestività.

L'Istituto, operando così in sinergia con il Servizio sanitario nazionale, ha potuto integrare il livello delle prestazioni, oltre ad alleviare la pressione dell'utenza sulle strutture sanitarie.

L'Inail continuerà nel futuro a potenziare la propria impronta sociale con l'obiettivo di concorrere all'attuazione di migliori prospettive di sviluppo, soprattutto a favore delle persone fragili affinché la sanità complementare sia costantemente orientata alla qualità della vita e alla universalità delle tutele.

Per un Servizio sanitario pubblico e universale e un welfare contrattuale integrativo

L'emergenza pandemica ha segnato in modo profondo e drammatico la vita delle persone e delle nostre comunità. Ha causato sofferenze e morti, prodotto danni economici e sociali enormi - a livello globale e ancor più nel nostro Paese - per le dimensioni del fenomeno e per le debolezze strutturali del nostro sistema di welfare e della nostra economia.

Per ripartire è necessario investire sulla costruzione di un rinnovato e più solido sistema di welfare pubblico - accompagnato da politiche di promozione e di coesione sociale e sostenuto da servizi pubblici forti - a partire dal rilancio del Servizio Sanitario Nazionale e dall'integrazione con il sociale.

La pandemia ha ricordato a tutti il valore fondamentale del sistema sanitario pubblico e universale: sistema da difendere, rafforzare, sviluppare, promuovere e finanziare adeguatamente a tutela del diritto alla salute dei cittadini e per rispondere ai loro bisogni. Salute, intesa nella sua globalità di benessere fisico, psichico e sociale, che abbia al centro l'autonomia delle persone, e sia cardine per un giusto modello sociale e di sviluppo.

Veniamo da anni di impoverimento dei sistemi sociali e sanitari, colpiti dai tagli di politiche di austerità che hanno ostacolato le innovazioni necessarie, provocato una drammatica carenza di personale, blocco del turnover e mancato riconoscimento del lavoro; che hanno mortificato le legittime aspettative di migliaia di professionisti e portato ad un sovraccarico difficile da sopportare per servizi e operatori, acuitosi durante l'emergenza Covid-19, oltre ad aver ridotto diritti e tutele ai cittadini.

Daniela Barbaresi
è Segretaria confederale Cgil

Jorge Torre è
Responsabile sanità integrativa
Cgil

Nel periodo 2012-2019, varie manovre finanziarie hanno sottratto al Servizio sanitario nazionale 37 miliardi di euro. E la combinazione devastante dei tagli alle risorse e dei tetti alla spesa sul personale, solo in minima parte derogati, ha delineato lo scenario attuale: liste d'attesa che si allungano, pronto soccorso sempre più affollati, assistenza territoriale inadeguata.

La necessità di affrontare la pandemia, da cui però non siamo ancora usciti, ha determinato un cambio di rotta, con un incremento importate delle risorse per gli anni 2020-2022 finalizzate al contrasto della pandemia. Ma, per il prossimo triennio, nella Ndef si prevede di nuovo un progressivo definanziamento del Fondo Sanitario Nazionale, fino ad arrivare non solo ai livelli pre-pandemici, ma a scendere al 6,1% del Pil, addirittura sotto la soglia del 6,5% che secondo l'Oms mette a rischio la Sanità pubblica. Spesa che già oggi è tra le più basse d'Europa, sia in termini assoluti che in rapporto al Pil.

La necessità di garantire al servizio sanitario pubblico il finanziamento adeguato a rispondere ai bisogni di salute delle persone, allineando l'Italia a Paesi europei come Francia e Germania, è il primo punto per rilanciare la sanità pubblica, a garanzia del diritto universale alla salute e alle prestazioni sociali. Dunque, è necessario adeguare le risorse ai bisogni di salute delle persone e delle comunità - e non il contrario - con servizi che si attivano in base alle risorse disponibili.

Perciò, è necessario un forte investimento in termini di risorse economiche, umane e organizzative nell'assistenza territoriale, in un'adeguata rete ospedaliera, nella prevenzione; va data piena e concreta attuazione alle misure previste dal Pnrr; va contrastato il fenomeno della mobilità passiva e data risposta agli inaccettabili tempi d'attesa che finiscono per favorire il ricorso a prestazioni private che peraltro hanno costi che non tutti possono permettersi di pagare.

Servono scelte radicali e concrete per un sistema di welfare forte, pubblico e universale che garantisca la salute e il benessere di tutte e tutti.

In questo scenario, siamo convinti della necessità che il welfare contrattuale - inteso come piani di welfare e fondi sanitari integrativi - sia orientato a un rapporto più stretto con la rete dei servizi pubblici territoriali, da esercitare in una dimensione sinergica e integrativa - e non sostitutiva - al servizio universale, con una funzione di sostegno al welfare pubblico e, quindi, solidaristica rispetto alla comunità.

Riteniamo che vadano ridotte, inoltre, le forme di defiscalizzazione e decontribuzione destinate a prestazioni non propriamente di welfare e che vada valorizzata e incentivata la contrattazione e, in questo modo, la consapevolezza e la partecipazione dei lavoratori.

Per quanto riguarda i fondi, va costruito un sistema di sorveglianza e controllo per le diverse forme di sanità integrativa oltre a rendere obbligatoria la registrazione all'anagrafe nazionale finalizzata ad accedere alla defiscalizzazione.

Un Sistema, dunque, di sorveglianza e di regolazione, con competenze specifiche ben diverse da quelle della previdenza complementare. Servono regole uniformi e comuni a livello nazionale che portino a linguaggi e nomenclatori unici e alla garanzia di trasparenza rispetto alle prestazioni ed alla gestione.

I fondi sono circa 300, con più di 15 milioni di persone iscritte a diverse forme di sanità integrativa. Ora si deve avviare un percorso per riportare questo insieme di strumenti dentro ad un modello che garantisca il diritto universale alla salute a tutti; che impedisca, o comunque limiti, la richiesta di prestazioni inappropriate; che renda i fondi effettivamente sinergici ed integrativi rispetto al sistema pubblico.

Servono certezze rispetto alla raccolta ed all'utilizzo dei dati sanitari. Ed è necessaria la condivisione dei dati tra i diversi sistemi e tra pubblico e privato al fine di ridurre sprechi e inefficienze. Non possiamo più permetterci la moltiplicazione degli esami perché non c'è condivisione delle informazioni. Al tempo stesso servono garanzie per i cittadini, non burocrazia.

La prevenzione non deve essere il modo per alimentare prestazioni inappropriate, ma deve rispettare le procedure e le indicazioni ministeriali in modo da prevenire effettivamente situazioni più gravi.

Serve un lavoro sinergico ed integrativo tra il sistema pubblico, che deve far e la sua parte e recuperare un ruolo importante, e chi ha responsabilità sui diversi strumenti di sanità integrativa, in modo da costruire un nuovo modello. Un nuovo modello di regole che parta comunque dal presupposto che la difesa, il potenziamento e lo sviluppo della sanità pubblica sono la garanzia del diritto universale alla salute e alle prestazioni sociali. E che tutti gli altri strumenti, sviluppati negli anni, devono avere una funzione sinergica ed integrativa

Obiettivi comuni per un welfare efficiente

Annamaria Trovò
è Responsabile promozione e
gestione bilateralità Cisl

Gli eventi sanitari degli ultimi anni hanno messo in evidenza importanza e valore di un servizio sanitario pubblico a disposizione di tutti i cittadini, realmente universalistico sia a livello sociale sia a livello territoriale.

Nel contempo, tuttavia, gli stessi eventi hanno palesato, oltre che l'importanza, anche i limiti della nostra sanità, rivelando profonde differenze nei livelli dei servizi e nella disponibilità degli stessi.

Inoltre hanno reso ancora più visibili i limiti finanziari, i ritardi nell'uso di alcune tecnologie disponibili e l'assenza di una capillare ed efficiente medicina di territorio.

Ma è proprio dalla straordinaria gravità dell'esperienza vissuta tra il 2020 e il 2021 che possiamo apprendere importanti lezioni e progettare un futuro meglio organizzato per il welfare sanitario sulla base di alcuni riferimenti solidi.

La prima certezza confermata è che il sistema sanitario pubblico rappresenta uno straordinario e fondamentale strumento; un indicatore di civiltà che richiede, sempre, e non solo in emergenza, investimenti, progettualità e innovazione.

Per troppo tempo la sanità è stata vista principalmente come un costo piuttosto che come un investimento e, mentre le basi demografiche della popolazione sono mutate: la speranza di vita si è prolungata e i bisogni sanitari diversificati e aumentati. Eppure, si è perseguito prioritariamente l'obiettivo del rientro della spesa.

Vale in tal senso la pena di ricordare che nel 2021, al picco della spesa per l'emergenza del Covid, la spesa sanitaria valeva circa 127 miliardi di euro, pari al 7,3% del Prodotto interno lordo (Pil), mentre nel 2019 proprio per le politiche di rientro e stabilizzazione la spesa era pari a 115 miliardi, il 6,4% del Pil.

La seconda evidenza da non sottovalutare è che, indipendentemente da quanto previsto dalla normativa sui Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, oggi il servizio stesso non arriva dappertutto e non arriva a offrire tutto a tutti, e non solo in ragione di liste d'attesa estremamente differenziate a livello territoriale.

Va inoltre sottolineato che la spesa sanitaria privata nel nostro Paese ha una dimensione alquanto rilevante; parliamo di una spesa da tempo in aumento, arrivata a valere quasi 40 miliardi di euro l'anno a carico delle famiglie e solo in minima parte intermediata da fondi sanitari e o assicurazioni.

Per queste ragioni nel corso degli ultimi 15 anni, pur confermando la centrale importanza del servizio sanitario nazionale, la contrattazione collettiva ha istituito forme di sanità integrativa di secondo pilastro rese disponibili a milioni di persone, in larga maggioranza lavoratori dipendenti, talvolta con estensione al nucleo familiare e in qualche raro caso estendibile all'età della pensione.

Il mondo del lavoro ha dimostrato interesse ed apprezzamento verso questa tipologia di tutele, immediatamente percepibili e fruibili con effetti positivi sulla salute oltre che sul reddito personale.

I Fondi sanitari integrativi costituiti attraverso la contrattazione collettiva sono associazioni senza fine di lucro che tutelano collettività e si basano sul principio della mutualità senza esclusioni né penalizzazioni relative alle condizioni di salute o malattie pregresse degli iscritti; in tal senso sono strumenti preziosi per avere più prevenzione, più salute, meno malattie gravi e croniche e ridurre in tal senso i costi sociali oltre che individuali.

I Fondi sanitari integrativi, che già offrono servizi e rimborsi a 12 milioni di italiani e intermediano parte della spesa sanitaria privata sono un partner e non un concorrente del prezioso Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universalistico che deve potere mantenere le promesse che fa in un contesto nel quale le tendenze demografiche da una parte, e le innovazioni della medicina e della diagnostica dall'altra, fanno legittimamente aumentare le speranze di cura e contemporaneamente influenzano la spesa sanitaria.

I fondi sanitari integrativi rappresentano pertanto un eccellente secondo pilastro sanitario a disposizione degli iscritti e della collettività; il reciproco riconoscimento degli attori in campo è dunque condizione perché si raggiunga una migliore efficienza del sistema.

Così pure una buona cornice normativa, necessaria ma ancora assente, è determinante per una effettiva integrazione tra i due pilastri nell'obiettivo di utilizzare al meglio tutte le risorse e gli strumenti disponibili.

In tal senso, a titolo esemplificativo, è utile rappresentare ciò che i Fondi integrativi possono realizzare per la prevenzione attraverso campagne mirate correlate con i rischi professionali della specifica platea degli iscritti e col territorio

di riferimento, così come hanno valore e vanno diffuse le esperienze di cura e monitoraggio domiciliare telematico per le malattie croniche già presenti nei piani sanitari di molti Fondi, o ancora la telemedicina applicata alle visite mediche attraverso i video consulti, o le prestazioni mirate a sostenere la non autosufficienza attraverso l' integrazione tra prestazioni sanitarie e sostegno economico.

Riguardo alla non autosufficienza, sappiamo che il trend demografico evidenzia il rischio crescente di fragilità di una popolazione sempre più anziana in nuclei famigliari atomizzati, priva di aiuti se non a prezzo di mercato proibitivi per la gran parte dei pensionati.

Per queste ragioni occorre certamente un intervento legislativo improntato a dare risposte di natura pubblica al tema e allo stesso tempo l'assunzione di responsabilità della contrattazione collettiva finalizzata alla costruzione di risposte collettive e mutualistiche per la tutela della non autosufficienza come già fatto sulle tematiche previdenziali e sanitarie.

Solo soluzioni collettive e mutualistiche consentono l'abbattimento dei costi pro capite, l'eliminazione di forme di anti-selezione del rischio da parte dei gestori, la possibilità di fornire servizi e coperture significativi, a basso costo, a chi ne ha più bisogno nel momento in cui il bisogno si concretizza.

Su questi obiettivi il legislatore, le Istituzioni, gli erogatori dei servizi, le Parti sociali dovrebbero intraprendere percorsi comuni e collaborare affinché, sia tramite l'ammodernamento della normativa, sia grazie ad una migliore integrazione tra gli strumenti e sul territorio, migliorino i servizi e l'efficienza complessiva del sistema.

Fondi sanitari integrativi: sinergici, semplici e solidali

Il ruolo dei fondi sanitari può essere riassunto in tre aggettivi: sinergici, semplici e solidali.

Sinergici, perché, il ruolo dei fondi sanitari nel sostegno ai lavoratori non è antagonista al primo pilastro, ma bensì di supporto, di integrazione e complementarità. I fondi devono lavorare in sinergia con le strutture pubbliche e con le loro risorse garantire agli iscritti una tutela completa. Lo sviluppo della cultura della prevenzione, per esempio, è una di quelle virtuose sinergie che i fondi stanno implementando in supporto al sistema sanitario nazionale.

Il tema della prevenzione si lega saldamente anche con la seconda parola chiave: semplici. Molte volte lavoratori e familiari non accedono alle cure o non ricorrono a percorsi di prevenzione perché non conoscono questa possibilità; o perché trovano complicato, difficile o, addirittura, distante da loro la possibilità di accesso a questi importantissimi presidi. Ma soprattutto, a volte, non si genera nel cittadino neanche quella “domanda” di prestazione, perché ospedali e cliniche sono visti solo come il luogo delle cure. Nel processo di semplificazione che i fondi sanitari stanno implementando, oltre alla facilità di accesso alle proprie prestazioni, stanno essi stessi assumendo il ruolo di divulgatori di una sana cultura della prevenzione. Molti fondi stanno opportunamente predisponendo percorsi formativi e informativi volti a rendere consapevoli i lavoratori di quanto siano utili i percorsi di prevenzione e di sicurezza sul lavoro e, in ottica futura, potrebbero predisporre corsi utili alla comprensione e al corretto utilizzo della telemedicina dal lato del paziente. Ad oggi, i risultati ottenuti segnano una tendenza, crescente in questi anni, a riprova della grande

Domenico Proietti
è Segretario
confederale Uil

efficienza e della capacità che hanno i fondi come i sanitari di porsi al fianco degli iscritti e dei familiari in modo chiaro e diretto.

Percorsi efficienti di prevenzione e di formazione delle persone, che semplificano il lavoro del Servizio Sanitario Nazionale, rendendo più consapevoli i potenziali pazienti, prevenendo l'aggravio di patologie e aiutando gli stessi a capire quando e come rivolgersi al Ssn. Insomma, una forma di sinergia indiretta. Solidali rappresenta infine, il core business dei fondi. I quali fanno della solidarietà tra i lavoratori e le loro famiglie la chiave di volta sulla quale fondare il proprio servizio alle persone.

I grandi numeri che può raggiungere un fondo di categoria rendono sempre più efficiente il fondo stesso, che con una platea diversificata può agire da collettore tra le persone, mettendo in campo un'offerta sempre più completa e forte per i propri iscritti.

Ora, la prossima riforma del Ssn chiama i fondi ad una nuova evoluzione, la medicina territoriale sarà la chiave del futuro primo pilastro e i fondi dovranno farsi trovare pronti ad interagire virtuosamente con questo nuovo sistema. La strada potrebbe essere quella già intrapresa da alcuni fondi: incominciare a erogare prestazioni direttamente in house, o magari immaginando servi differenziati a livello regionale. Ma anche dal punto di vista dell'offerta si potrebbero integrare percorsi di Ltc e di aiuto alla non autosufficienza.

Queste sono solo ipotesi. Le parti sociali, con lungimiranza, stanno già guardando al sistema sanitario che verrà. E nella logica di collaborazione che sempre ci accompagna, siamo pronti al confronto con le Istituzioni per capire come rafforzare la nostra offerta di tutele in una sempre più forte sinergia e complementarietà con il Ssn.

Come realizzare un servizio sanitario di alta qualità

La pandemia ha confermato, ove ce ne fosse stato bisogno, il ruolo cruciale del nostro sistema sanitario universale, che è stato sottoposto a uno stress di eccezionale gravità.

Si pensi che prima del Covid, nel 2019, il livello del fabbisogno sanitario era stato pari a 115,7 miliardi, con incrementi previsti per i successivi due anni pari, rispettivamente, a 2 e a 1,5 miliardi. Invece, secondo le previsioni della NadeF (la nota di aggiornamento al documento di economia e finanza) del settembre 2022, la spesa sanitaria del 2023 dovrebbe attestarsi sui 134 miliardi (il 7,1% del Pil, dal 6,5% del 2019).

Nelle previsioni del Governo, a legislazione costante, la spesa pubblica tenderà a diminuire in valore assoluto nel triennio 2023-25, per tornare alla fine del triennio al 6,1% del Pil, con il venir meno degli oneri connessi alla gestione dell'emergenza epidemiologica.

Dario Focarelli
è Direttore Generale
Ania

TAVOLA III.1a: CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (in milioni)

	2021	2022	2023	2024	2025
Totale spese correnti	877.996	946.917	947.546	958.951	976.806
di cui: Spesa sanitaria	127.834	133.998	131.724	128.708	129.428

TAVOLA III.1b: CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (in percentuale del PIL)

	2021	2022	2023	2024	2025
Totale spese correnti	49,3	49,9	47,9	46,5	45,7
di cui: Spesa sanitaria	7,2	7,1	6,7	6,2	6,1

Fonte: NadeF, Settembre 2022

Va poi considerato che poco meno di 20 miliardi sono destinati dal Pnrr alla sanità. il Piano si concentra su due comparti: quello rivolto alle reti di

prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, con un investimento di 7 miliardi, e quello legato a innovazione, ricerca e digitalizzazione del Ssn, con 8,63 miliardi.

Si tratta di investimenti importanti e necessari, soprattutto nell'ottica di un rinnovamento tecnologico. Stando all'Agenda Digitale, infatti, il nostro parco di macchinari è datato, l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico è ancora a macchia di leopardo e i medici di famiglia usano poco gli strumenti di telemedicina che invece, secondo uno studio recentemente condotto in tutta Europa da Deloitte, dovrebbe essere un comparto che necessita di rilevanti investimenti. È del tutto evidente, quindi, che l'obiettivo dei prossimi anni non possa che essere quello di potenziare il sistema pubblico, dotandolo di risorse adeguate. Non è affatto scontato che le risorse oggi identificate siano sufficienti, a maggior ragione se si guarda al lungo periodo e all'impatto dell'invecchiamento della popolazione - temo stimato per difetto -, sintetizzato nelle previsioni della Ragioneria Generale dello Stato (si veda la tavola seguente)

TAVOLA R1: PREVISIONE DELLA SPESA PUBBLICA AGE-RELATED (PENSIONI, SANITÀ, LTC, SCUOLA) IN PERCENTUALE DEL PIL - SCENARIO BASELINE EPC-WGA 2021													
	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
Pensioni	14,7	15,6	16,9	16,4	16,9	17,5	17,3	16,8	15,7	14,6	13,8	13,4	13,4
Sanità	6,9	6,6	7,4	6,1	6,3	6,6	6,8	7,0	7,2	7,3	7,3	7,2	7,2
- di cui componente LTC	0,7	0,7	0,7	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0
LTC - comp. socio-assistenziale	1,1	1,1	1,2	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5	1,4
Istruzione	3,9	3,6	4,0	3,6	3,5	3,4	3,4	3,4	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4
Totale	26,6	26,9	29,5	27,0	27,8	28,6	28,6	28,4	27,8	26,8	26,0	25,5	25,4

Fonte: NadeF, Settembre 2022

Ma occorre potenziare anche il pilastro integrativo della sanità, come testimonia l'elevato ammontare di spesa sanitaria privata delle famiglie, già oggi pari a circa 40 miliardi, di cui 34 spesi direttamente nel momento della necessità. Lo sviluppo della protezione sanitaria privata deve perseguire - attraverso adeguate ed efficienti partnership di finanziamento - l'obiettivo di ottimizzare le sinergie tra spesa pubblica e spesa privata. Si potrebbe così conseguire quell'effetto leva indispensabile per offrire cure migliori e per evitare il concreto rischio di impossibilità di cura per le famiglie meno abbienti.

La sanità integrativa accompagna la vita del Paese fin quasi dalla sua costituzione, quando nel 1886 furono regolamentate le prime società operaie di mutuo soccorso. Il numero di italiani che usufruiscono a vario titolo di una forma di assistenza integrativa è, secondo Itinerari Previdenziali (struttura di ricerca, formazione e informazione nell'ambito dei sistemi di protezione sociale, ndr), pari a quasi 14 milioni (dato 2020). Si tratta di cifre stimate, così come non è noto il numero di fondi sanitari iscritti all'Anagrafe tenuta dal Ministero della Salute, strumento che comunque non configura un sistema autorizzatorio né implica una vigilanza sui fondi sanitari integrativi che vi sono iscritti.

L'attenzione che deve essere prestata a un ambito così importante come quello della salute rende necessario intervenire, in primo luogo a tutela degli assistiti, con un disegno ordinato di regole su trasparenza, governance, requisiti patrimoniali, tenuta dei bilanci e organica vigilanza. In analogia a quanto già fatto per la previdenza complementare, serve un "campo di gioco" con regole uniformi.

Regole uniformi servono anche in materia fiscale. I benefici fiscali andrebbero riconosciuti a tutti i lavoratori, non solo a quelli dipendenti, e a tutte le forme che erogano, con specifici vincoli minimi, prestazioni integrative (cure riabilitative, odontoiatria, perdita di autosufficienza), sostitutive per la quota a carico dell'assistito (ticket e prestazioni intramoenia) e altre spese sostitutive che le liste di attesa rendono di fatto "complementari", come le visite specialistiche e la diagnostica.

Per diventare davvero un pilastro della salute degli italiani, è però anche necessario che il variegato mondo della sanità integrativa si interroghi su come passare da una logica basata sul rimborso della prestazione alla presa in carico di cittadini e pazienti lungo l'intero percorso della salute. Si tratta di un obiettivo ambizioso che dovrebbe essere caratterizzato: da un più efficiente utilizzo delle strutture pubbliche, ad esempio sfruttando importanti sinergie nell'intramoenia; dalla durata pluriennale dei contratti di copertura; dall'offerta di nuove forme di erogazione dei servizi; da importanti investimenti nelle nuove tecnologie e nella digitalizzazione.

Le indagini demoscopiche indicano chiaramente che un servizio sanitario di alta qualità è in cima ai desideri dei cittadini: sta al sistema pubblico e alle diverse forme di sanità integrativa trovare le modalità più efficienti per unire le forze e soddisfare al meglio questo desiderio.

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE ALL'ASSOCIAZIONE LAVORO & WELFARE

SOCIO

Si diventa soci ordinari versando 50€
(100€ e oltre per i soci sostenitori) sul

Conto Corrente Postale n. **001025145325**
Intestato a Associazione Lavoro&Welfare

oppure attraverso bonifico bancario codice
IBAN **IT81W0760103200001025145325**

On-line tramite il sito **www.lavorowelfare.it**
oppure contattando la sede nazionale.

Il versamento dà diritto anche
all'abbonamento alla rivista
"LAVOROWELFARE" e alla partecipazione
gratuita ai corsi di formazione.

RINNOVI

Per i soci che intendono rinnovare l'iscrizione
per il 2023 è sufficiente un versamento a
partire da 25,00 € secondo le modalità
indicate sopra.

ADERENTE

L'iscrizione come aderente
(5€ minimo) è possibile contattando la
sede nazionale o le sedi territoriali.

RINNOVI

Per gli aderenti che intendono rinnovare
l'iscrizione per il 2023 è sufficiente un
versamento a partire da 5,00 €, secondo
le modalità indicate sopra.

IMPORTANTE

Le diverse modalità di socio o di
aderente all'Associazione, sono regolate
dallo Statuto e dal Regolamento
consultabili anche sul sito
www.lavorowelfare.it

Iscriviti e rinnova anche online
www.lavorowelfare.it

2023

*Il lavoro
prima
di tutto*

Associazione
Nazionale

LAVORO&WELFARE



2023

*Il lavoro
prima
di tutto*

Associazione
Nazionale

LAVORO&WELFARE



**NOVITA' ISCRIVITI O RINNOVA
ONLINE IN TUTTA SICUREZZA**

 **PayPal**

 **VISA**

 **MasterCard**

 **Maestro**

 **AMERICAN EXPRESS**

CAMPAGNA DI TESSERAMENTO 2023

SANITÀ COMPLEMENTARE

La Rivista online
di Lavoro&Welfare
realizzata dallo
Studio Labores
di Cesare Damiano
e dallo Studio
De Angelis Savelli & Associati.



*In una rivista, tutto quel
che c'è da sapere
sul nuovo orizzonte di
evoluzione del welfare
integrativo.*

**PER ESSERE INFORMATI SULLE
PROSSIME INIZIATIVE
CONTATTACI ALL'INDIRIZZO MAIL
LAVOROWELFARE@GMAIL.COM**