



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

COMUNICAZIONE N. 44

AI PRESIDENTI DEGLI OMCEO

AI PRESIDENTI DELLE CAM

AI PRESIDENTI DELLE CAO

Oggetto: Relazione audizione FNOMCeO su “INDAGINE CONOSCITIVA SULLE FORME INTEGRATIVE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA SANITARIA NEL QUADRO DELL'EFFICACIA COMPLESSIVA DEI SISTEMI DI WELFARE E DI TUTELA DELLA SALUTE”.

Cari Presidenti,

Si trasmette per opportuna conoscenza la relazione relativa all'audizione tenuta da questa Federazione in data 13 aprile 2023 presso la 10^a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica, concernente la materia indicata in oggetto, invitando gli Ordini, nell'ambito della propria competenza territoriale, a darne la massima diffusione in considerazione della rilevanza della fattispecie trattata.

Cordiali saluti

IL PRESIDENTE
Filippo Anelli



FILIPPO ANELLI
13.04.2023
08:12:25
GMT+00:00

All. n. 1

MF/CDL

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. 445/2000 e del D.Lgs 82/2005



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

AUDIZIONE FNOMCeO

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE FORME INTEGRATIVE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA SANITARIA NEL QUADRO DELL'EFFICACIA COMPLESSIVA DEI SISTEMI DI WELFARE E DI TUTELA DELLA SALUTE

**Senato della Repubblica – 10^a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro
pubblico e privato, previdenza sociale**

13 aprile 2023

Illustre Presidente, Illustri Componenti della Commissione,

questa Federazione, Ente pubblico esponente della professione medica e odontoiatrica, che agisce quale organo sussidiario dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale rileva l'importanza dell'ambito oggetto di disciplina della materia in titolo.

La FNOMCeO ritiene di condividere alcune riflessioni sulla fattispecie in discussione, partendo dal presupposto che le professioni medica e odontoiatrica hanno nella tutela della salute individuale e collettiva il proprio fondamentale e principale obiettivo.

Occorre premettere che i Fondi di Assistenza Sanitaria tra cui il **FASI** (Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi) e il **FASDAC** (Fondo di Assistenza Sanitaria per i Dirigenti delle Aziende Commerciali, di Trasporto e Spedizione) sono associazioni non riconosciute che operano nell'ambito di cui all'art. 46 della Legge 833/78 istitutiva del Servizio

Sanitario Nazionale (“La mutualità volontaria è libera”) e che hanno origine dalla contrattazione collettiva e rientrano tra gli enti aventi esclusivamente fine assistenziale di cui all’art. 51, 2 comma, lettera a), del DPR 917/1986 e sono iscritti all’Anagrafe dei Fondi Sanitari. L’origine contrattuale di questa forma di welfare fa sì che, sia i lavoratori che i datori di lavoro, vi destinino una parte del trattamento salariale e del costo del lavoro.

I Fondi Sanitari sono enti organismi no profit alimentati esclusivamente dalla contribuzione degli iscritti. Essi svolgono la loro attività al fianco del Servizio Sanitario Nazionale, adottando al proprio interno gli stessi principi di mutualità e solidarietà di quest’ultimo. Tra le caratteristiche fondamentali di questi Fondi, vi sono: l’assenza di fini di lucro; l’assenza di meccanismi di selezione del rischio, l’utente viene assistito indipendentemente dal suo stato di salute, prescindendo dall’età e da eventuali malattie pregresse; l’assenza della facoltà di recesso, i Fondi sanitari integrativi non operano secondo i tradizionali principi delle assicurazioni private per cui non effettuano, per tutto il periodo di iscrizione dell’assistito, il confronto tra contributi incassati ed erogazioni effettuate, mantenendo sempre l’assistenza; l’assenza di periodi di comporto, l’assistito ed il suo nucleo familiare sono coperti sin dalla data di iscrizione.

I Fondi Sanitari di origine negoziale stanno assumendo ad oggi un ruolo sempre più “sociale” rispetto a quello originario, ciò fa sì che la logica con cui operano sia sempre più una logica di “integrazione di sistema” e non più in ottica di mera complementarietà al Servizio Sanitario Nazionale, intervenendo in termini sostitutivi laddove il sistema pubblico non riesce a garantire le prestazioni nei tempi richiesti dall’assistito.

Tuttavia occorre evidenziare il venir meno della iniziale distinzione d’essere fra

Fondi integrativi del SSN (ex Fondi DOC) ex art. 9 d.lgs 502/92 e successive modifiche, potenzialmente aperti a tutti i cittadini per erogare prestazioni integrative al SSN (per il 90% prestazioni odontoiatriche) e per rimborsare prestazioni già ricomprese nei LEA per la sola quota a carico dell'assistito, e gli Enti, Casse, Fondi Sanitari, Fondi “*chiusi*” con esclusiva attività assistenziale e sostitutiva ai quali possono aderire solo i lavoratori e, a volte, i loro familiari, nati dalla contrattazione nazionale, locale o aziendale avvenuta tra le parti sindacali e datoriali. La differenza tra i primi e i secondi era fondamentalmente legata al loro specifico grado di integrazione, complementarietà e sostituzione rispetto al SSN, cui faceva capo la conseguente logica di agevolazione fiscale rispettivamente consentita.

Con le modifiche di legge apportate dai decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009 il piano di intervento sanitario fra le due categorie di Fondi si è integrato per quanto riguarda le prestazioni odontoiatriche, ma sono rimasti presenti problemi sostanziali sia in ordine ad un diverso trattamento fiscale permanente fra le due opzioni, sia riguardo alla condizione che obbliga i Fondi DOC a rivolgersi al sistema di strutture “*pubbliche e private accreditate*” come condizione essenziale per il mantenimento delle prerogative fiscali di tali Enti: elemento che però in odontoiatria non ha concreto riscontro non esistendo l'accreditamento istituzionale per le strutture odontoiatriche, se non in qualche singola provincia italiana e per sole poche unità di strutture.

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SANITA' INTEGRATIVA

1) l'opportunità di rimodulare il perimetro di operatività delle forme sanitarie

integrative valutando un possibile ruolo di tali enti nel campo delle prestazioni complementari al Servizio Sanitario Nazionale (in particolare, diagnosi precoce, prevenzione e specialistica), che rappresentano oggi una componente molto rilevante della c.d. spesa sanitaria “Out of Pocket” la cui crescente rilevanza rischia di minare i fondamentali del nostro sistema sanitario in termini di uguaglianza, equità ed universalismo delle cure;

La FNOMCeO è favorevole, sempre nell’ottica di supporto e di potenziamento del SSN, ad un processo di riforma della sanità indirizzato verso la previsione di un quadro regolativo comune a tutti gli operatori del settore, indipendentemente dalla natura pubblica, privata o mutualistica. Riteniamo che il principio costituzionale di libertà nella organizzazione dell’assistenza privata debba essere interpretato quale orientamento di apertura alla integrazione tra pubblico e privato nell’erogazione delle prestazioni di assistenza, proprio nella convinzione che solo una cooperazione armonica tra società civile e settore pubblico possa consentire l’elevazione delle condizioni materiali di benessere dei cittadini.

In questo contesto, i Fondi Sanitari Integrativi non possono e non devono agire da attori isolati, ma è necessaria una maggiore integrazione sistemica: gli operatori della sanità integrativa devono agire all’interno del sistema salute in modo coordinato e sinergico con gli operatori pubblici e privati. È quindi necessario non solo avvalersi del PNRR come occasione di rinnovamento di tutto il sistema salute nel suo complesso, ma anche, più nello specifico, allargare la platea degli attori coinvolti in prima linea alla tutela della salute, come i Fondi sanitari. L’obiettivo è quello di garantire la tutela della salute ad un numero sempre maggiore di persone e a soggetti sempre più anziani: per raggiungerlo si può anche sviluppare un modello di sanità integrativa che sia di reale sostegno al sistema pubblico, che pur mantenendo un ruolo centrale in termini di universalità del servizio a tutti i cittadini, possa essere supportato allo stesso tempo nelle aree più critiche, quali assistenza domiciliare, cronicità, non autosufficienza e

prevenzione e promozione della salute e stili di vita. Solo un nuovo modello di sanità integrativa fondato sul principio di mutualità potrà essere in grado di garantire maggiore equità fra i cittadini e più elevati livelli di tutela sanitaria per tutti. La mutualità volontaria è libera ma a condizione che non costituisca una lesione ai diritti all'universalità delle persone. La “*sanità integrativa*” deve recuperare quella caratteristica di complementarietà che le attribuiva l'essere destinataria di agevolazioni fiscali e quindi, garantire supporto al SSN per l'obiettivo primario della sostenibilità e dell'efficienza dello stesso.

La “*sanità integrativa*” dovrebbe pertanto offrire un supporto programmato, coordinato e monitorato alla presenza del SSN sul territorio, una maggiore capillarità e un deciso avanzamento tecnologico, con una particolare attenzione alla digitalizzazione e alla telemedicina e inoltre potrebbe estendere forme di copertura assistenziale a settori che oggi risultano esclusi.

2) la promozione dell'adesione ai c.d. “network convenzionati” da parte dei medici, al fine di consentire ai cittadini che si trovano nella necessità o scelgono di rivolgersi alla libera professione o alla sanità privata di poter fare intermediare la spesa dalla propria forma sanitaria integrativa di riferimento (fondo sanitario, compagnia assicurativa o società di mutuo soccorso), ferme restando le necessarie tutele per i professionisti da parte dei gestori di tali strumenti sia in termini di solvibilità che di pieno rispetto dei protocolli operativi;

Le polizze di assicurazione di assistenza sanitaria integrativa offerte quale benefit di welfare aziendale, che consentono ai lavoratori beneficiari di usufruire delle prestazioni sanitarie esclusivamente “in via diretta”, cioè ricorrendo ai medici convenzionati con tali compagnie assicurative, o limitino indirettamente tale facoltà applicando a coloro che vi optino trattamenti penalizzanti, devono ritenersi apertamente lesive del diritto di libera scelta del medico o della struttura sanitaria

di fiducia da parte del paziente tutelato nell'ordinamento nazionale dall'art. 32 Cost. e garantito nell'ordinamento euro-unitario dal combinato disposto degli artt. 168 TFUE, 6 TUE e 35 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'UE.

Le intese tra le società datrici di lavoro e le compagnie assicurative nonché tra queste e i professionisti medici lesive del diritto di libera scelta del medico da parte del paziente, laddove precludano o limitino la possibilità del lavoratore/paziente di avvalersi delle prestazioni sanitarie di un medico di fiducia quale beneficio di welfare aziendale, devono ritenersi nulle nella parte in cui escludano o - con l'applicare quantum o modalità di rimborso penalizzanti - limitino la possibilità del lavoratore/paziente di optare per l'assistenza "indiretta", in quanto non rispondono in modo necessario e proporzionale ad alcun interesse pubblico generale idoneo a legittimare la compressione del diritto di scelta del paziente di avvalersi del medico di propria fiducia.

Inoltre, riguardo il settore degli studi professionali si rileva che i negoziati tra le parti sociali finalizzati al rinnovo della contrattazione collettiva dimostrano la crescente attenzione per ulteriori forme di tutela, anche per i familiari del lavoratore. È ancora una volta essenziale rispettare e valorizzare l'autonomia delle parti sociali e dell'iniziativa privata in questa direzione, e non imporre regole uniformi indipendenti dalle esigenze e dalle concrete possibilità dei settori di riferimento. Pertanto, un intervento regolativo in questa direzione dovrebbe essere formulato in termini generali, rimettendo ai soggetti privati la concreta modalità applicativa, attraverso piani calati sulle esigenze del settore.

3) l'opportunità di definire dei "Livelli Integrativi di Assistenza" che garantiscano un'operatività delle forme sanitarie integrative prevalentemente improntata all'area integrativa e, in subordine, complementare al Servizio Sanitario Nazionale e che identifichino gli standard qualitativi che devono essere rispettati nell'erogazione delle prestazioni da parte di tali enti;

Data l'attuale condizione di sofferenza organizzativa del SSN nel soddisfare la domanda di prestazioni è limitativo considerare i Fondi come enti che debbano prevalentemente rimborsare prestazioni non offerte dal SSN e quindi non incluse nei LEA. L'applicazione del mero concetto di integratività avrebbe come unica conseguenza quella di incrementare la spesa privata dei cittadini (out-of-pocket) che, per superare le lunghe liste di attesa o la mancata offerta di servizi, si vedrebbero comunque costretti a rivolgersi al mercato della sanità privata per accedere a prestazioni "sostitutive" a quelle del SSN.

Pertanto, sarebbe dannoso contrarre ulteriormente l'intervento dei Fondi Sanitari nel fornire prestazioni rientranti nei LEA perché ne aumenterebbe la domanda a fronte di una offerta pubblica già oggi insufficiente. **Occorre dunque parlare piuttosto di una vera e propria "integrazione di sistema" tra il mondo del Servizio Sanitario Nazionale (Primo Pilastro) e il mondo dei Fondi Sanitari (Secondo Pilastro) in logica di sussidiarietà. L'integratività deve essere ammessa, ma non può essere falsificata in sostitutività. Non possiamo non manifestare perplessità in merito al fatto che la "sanità integrativa" si è sviluppata ben oltre il limite della funzione integrativa con il SSN, offrendo non solo le prestazioni non inserite nei LEA (ovvero tradizionalmente le prestazioni odontoiatriche o di assistenza domiciliare e ben poche altre di minore valore), ma pacchetti o elenchi di prestazioni spesso sovrapponibili a quelle erogate dal SSN, svolgendo di fatto una funzione, a questo, meramente "sostitutiva". Riteniamo invece che la Sanità Integrativa debba supportare ed integrare le «aree di debolezza» della Sanità Pubblica.**

L'utilizzo degli incentivi fiscali a beneficio di Enti che, operanti con gli stessi principi del Servizio Sanitario Nazionale rendono il "Bene Salute" più equo e fruibile di quanto non sia oggi, rappresenta la possibile soluzione al problema.

Il valore sociale dei fondi sanitari contrattuali è un elemento che si ritiene vada ulteriormente valorizzato dal decisore politico in quanto potrebbe rappresentare il

miglior alleato del Servizio Sanitario Nazionale.

Occorre ricercare il miglior equilibrio tra coesione sociale e competitività di mercato che vede il suo dispiegarsi nelle relazioni sindacali di cui la contrattazione collettiva è lo strumento principale. Secondo una visione prospettica la sanità integrativa può costituire una soluzione ad un sistema in cui il solo interlocutore pubblico non potrà, per gli evidenti problemi di costi e di bilancio pubblico, dare tutte le risposte.

4) la possibilità di impiego, anche su base territoriale, delle forme sanitarie integrative per il recupero e/o il contenimento delle liste di attesa;

Riteniamo che sia opportuno che i fondi sanitari non si limitino a sfruttare a proprio vantaggio le debolezze del pubblico, ponendosi in competizione, bensì lo aiutino a lavorare meglio, soprattutto nei momenti di difficoltà. Tutti dobbiamo sentire la responsabilità di agire sempre in favore di un servizio sanitario pubblico forte, anche la stessa sanità integrativa, perché in assenza di un servizio pubblico la sanità privata dovrebbe farsi carico di tutte le prestazioni, incluse quelle particolarmente dispendiose, con assai dubbie possibilità di successo.

La FNOMCeO sostiene la sanità integrativa nella misura in cui costituisca fattore determinante nella risoluzione del problema delle liste di attesa.

5) la possibilità di un coinvolgimento delle forme sanitarie integrative nelle campagne di salute pubblica nel campo della diagnosi precoce e della prevenzione con l'obiettivo di ampliare il numero di cittadini coinvolti;

La salute pubblica, la prevenzione e, più precisamente, quella secondaria della diagnosi precoce sono elementi particolarmente sensibili, fanno parte dei LEA, pertanto sono strutturali del SSN. In tal senso, risultando difficile comprendere un positivo e fattivo coinvolgimento della sanità integrativa ribadiamo che la complementarietà è un valore importante soprattutto se tende a completare il

processo di tutele pubbliche.

RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Riteniamo che quello della sanità integrativa sia un tema complesso e anche molto sentito dalle professioni medica e odontoiatrica. Per avere una corretta visione della questione è necessario distinguere tra le prestazioni che devono essere garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, e che sono i Livelli essenziali di assistenza, e le prestazioni che sono invece di pertinenza della sanità privata e che sono appunto prestazioni integrative. Si tratta di prestazioni diverse: per la sanità integrativa si parla appunto di prestazioni che “integrano” e non di prestazioni essenziali. In altri termini, la sanità integrativa non deve entrare in concorrenza con quella pubblica, ma deve bensì integrarla. L'obiettivo è anche determinare un nuovo sistema di regole che garantisca l'intermediazione della spesa privata. Ciò significa individuare un soggetto terzo, che non può essere il mercato, da frapporre tra il cittadino utente ed il sistema di sanità integrativa, al fine di regolare tale rapporto, con regole chiare anche su tariffe e prestazioni.

In relazione specificatamente alla professione odontoiatrica si evidenzia la funzione che i fondi integrativi possono svolgere quali strumenti complementari nelle terapie e nella prevenzione odontoiatrica, rappresentando una opportunità ed una risposta al problema della sostenibilità del costo della terapia odontoiatrica per il singolo cittadino.

Attualmente, la sanità integrativa rappresenta una spesa di 4,3 miliardi di euro a fronte di una spesa previsionale del Servizio Sanitario Nazionale per il 2022 di circa 124 miliardi di euro. La spesa diretta delle famiglie è di quasi 38 miliardi. Dunque, oggi, si può sicuramente parlare di sanità integrativa, dopo però aver reso più efficiente la sanità pubblica. Quella integrativa, infatti, può essere utile nel momento in cui integra il SSN, ma diventa una cosa negativa se finisce per sostituirsi al Servizio sanitario pubblico, come

di fatto purtroppo sta già accadendo in alcune realtà. Pertanto, questa Federazione ribadisce che non c'è alcuna preclusione rispetto al settore privato laddove contribuisca a rendere più sostenibile il sistema: bisogna che la sanità resti universalistica al fine di garantire a tutti i cittadini pari diritti di cura.

Il Servizio Sanitario Nazionale sta, infatti, perdendo quote importanti di universalismo contraddicendo la sua funzione storica di strumento di coesione sociale e rimanendo esposto ad un contingentamento progressivo delle risorse che sta creando delle disuguaglianze territoriali socialmente inaccettabili.

Stiamo assistendo ad un cambio di paradigma, che pone l'accento non sulla patologia, non sul paziente, bensì sul soggetto sano, in risposta alle nuove esigenze di un mercato della salute che nel post-pandemia ha sdoganato un nuovo modello di prestazione delle cure e dell'assistenza, più domiciliare, più digitale e ancora più orientato al paziente di quanto già non lo fosse negli anni passati.

In questo contesto è necessaria una maggiore integrazione sistemica: gli operatori della sanità integrativa devono operare all'interno del sistema salute in modo coordinato e sinergico con gli operatori pubblici e privati. Tale integrazione può essere realizzata in molti modi (attraverso la costituzione di una filiera istituzionale, con un maggiore scambio di dati e informazioni o attraverso una maggiore interoperabilità dei sistemi informatici, come ad esempio il FSE) e può includere diverse aree, ad oggi critiche, del sistema salute italiano.

Inoltre, per concorrere all'obiettivo della massima tutela della salute occorre potenziare e concentrare l'impegno nell'ambito delle prestazioni e dei servizi non previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini per tramite delle

regioni. L'obiettivo è quindi quello di garantire la tutela della salute ad un numero sempre maggiore di persone e a persone sempre più anziane: per raggiungerlo è necessario sviluppare un modello di sanità integrativa che sia di reale sostegno al sistema pubblico, che pur mantenendo un ruolo centrale in termini di universalità del servizio a tutti i cittadini, possa essere supportato allo stesso tempo nelle aree più critiche, quali assistenza domiciliare, cronicità, non autosufficienza e prevenzione e promozione della salute e stili di vita. Inoltre, le forme sanitarie integrative devono essere finalizzate al recupero e/o al contenimento delle liste di attesa, fenomeno che ad oggi costringe molti cittadini a ricorrere al privato: ciò nonostante la maggioranza degli italiani ha grande fiducia nel SSN.

Tale nuovo modello di sanità integrativa, deve, quindi, fondarsi sul principio di mutualità, essendo in grado di garantire maggiore equità fra i cittadini e più elevati livelli di tutela sanitaria per tutti. Il welfare solidaristico finanziato con risorse private andrebbe quindi incoraggiato e inserito in un contesto organico e coerente, non è un privilegio riservato a pochi: è un'espressione concreta di sussidiarietà, è la via per rendere sostenibile il welfare negli anni a venire, affrontando l'avversa curva demografica.

Rileviamo che ad oggi le regole che disciplinano il sistema del welfare aziendale impediscono spesso al cittadino/assicurato di potersi avvalere del medico di sua scelta pena la perdita del beneficio economico assicurativo. Si auspica quindi un intervento legislativo volto a porre sullo stesso piano l'assistenza diretta e quella indiretta. In questo modo il paziente sarebbe libero di rivolgersi al medico di cui ha piena fiducia, certo di ricevere il livello di qualità delle prestazioni, in termini di assistenza medica, ritenuto più adeguato, conservando al contempo il beneficio assicurativo. È dunque indispensabile la definizione di regole e di organi di controllo delle attività e delle gestioni dei capitali dei Fondi integrativi per attivare sistemi di garanzia e di verifica indipendenti. In effetti le risorse

esistenti in questo settore sono sempre più spesso affidate a soggetti intermediari, providers di reti professionali e di servizi sanitari e odontoiatrici, i quali, indipendentemente da oggettive e riconosciute loro caratteristiche organizzative ed economiche, assumono l'incarico ad agire per nome e per conto degli Enti di mutualità integrativa affidatari, ma con le proprie regole. Ribadiamo l'importanza di: mantenere la libera la scelta del Medico e/o odontoiatra; ridurre l'abuso di presenza del provider di servizi favorendo l'accesso alle prestazioni; imporre il rispetto degli accordi economici fra il provider ed i singoli aderenti alla rete professionale.

Riteniamo infine che i Fondi Sanitari di origine negoziale, che ad oggi stanno assumendo un ruolo sempre più “sociale”, debbano operare in una logica di “integrazione di sistema” e non di mera complementarietà al Servizio Sanitario Nazionale, intervenendo laddove il sistema pubblico non riesce a garantire le prestazioni nei tempi richiesti dall'assistito. Quello verso la sanità integrativa non deve essere un ulteriore passo verso l'indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale: deve in sostanza trattarsi di prestazioni diverse, non essenziali ma che integrano il SSN.

Ciò detto, resta fermo che bene primario per le professioni medica e odontoiatrica resta ed è sicuramente la tutela della salute del cittadino, così come enunciato tra i principi fondamentali della Carta Costituzionale. Il bene “salute”, infatti, oltre che diritto soggettivo e individuale, costituisce anche un interesse per la collettività, in quanto strumento di elevazione della dignità individuale.

Grazie per l'attenzione che avete inteso riservarci.

FNOMCeO