



ADICONSUM

Associazione Difesa Consumatori e Ambiente promossa dalla Cisl

AUDIZIONE

Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale

XII Commissione della Camera dei deputati

6 febbraio 2018

Sommario

1. Riferimenti normativi
2. I fondi integrativi del SSN
3. Lo stato di salute della Sanità italiana
4. Posizione Adiconsum in merito ai fondi integrativi del servizio sanitario nazionale
5. Spunti e proposte

Fonti:

ISTAT- Rapporti Vari
29° Rapporto Italia Eurispes anno 2017
Centro studi ADICONSUM



Riferimenti normativi:

- **L. 833/1978.** Prevede la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal servizio pubblico tramite il ricorso ad assicurazioni private o a forme di mutualità volontaria.
- **D.lgs 502/1992.** Introduce la categoria dei fondi sanitari integrativi, individuando 3 pilastri per il SSN:
 - a) **la sanità pubblica basata sul principio dell'universalità, dell'eguaglianza e della solidarietà;**
 - b) **la sanità collettiva integrativa, tramite i fondi sanitari integrativi;**
 - c) **la sanità individuale, attraverso polizze assicurative individuali.**
- **DL 229/1999.** Delinea in maniera più netta le caratteristiche dei fondi integrativi, il cui fine viene indicato come quello di preservare le caratteristiche di solidarietà ed universalismo della sanità pubblica e, al tempo stesso, di incoraggiare la copertura di quei servizi che non rientrano nei LEA in tutto o in parte (ticket). Rilevando in modo chiaro il concetto di "integratività", che pone i fondi come "subordinati al SSN", il decreto concede esclusivamente a tali fondi le agevolazioni fiscali poi sancite dal DL n. 41 del 2000 che modifica il testo unico delle imposte sui redditi di cui al DPR n. 917 del 1986.
- **DM 31 marzo 2008** (cd. decreto Turco). Supera l'iniziale distinzione tra fondi doc (rispondenti ai requisiti di cui all'art. 9 del DL 502/1992) e fondi non doc (tutti gli altri fondi sanitari) introdotta dal DL 41/2000 che prevedeva che i fondi non doc, ovvero casse e fondi che offrono coperture sanitarie di tipo sostitutivo, subissero una graduale riduzione del beneficio fiscale in caso di mancato adeguamento ai requisiti previsti dal D.lgs 502/1992. Istituisce inoltre l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute.
- **DM 27 ottobre 2009** (cd. decreto Sacconi). Modifica il DM 31 marzo 2008 e definisce procedure e modalità del funzionamento dell'anagrafe dei fondi integrativi.
- **Legge di Stabilità 2016.** Consente di trasformare i premi di risultato anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza l'applicazione di alcuna imposta entro limite di € 2.000/anno, aumentato a € 2.500 euro/anno in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori, per i dipendenti con reddito lordo annuo sino a € 50.000.
- **Legge di Bilancio 2017.** Aumenta i limiti dei premi fissati dalla Legge di Stabilità 2016 da € 2000/anno a € 3.000/anno e da € 2.500/anno a € 4.000/anno ed estende la platea di beneficiari incrementando la soglia di reddito lordo annuo a € 80.000.

I fondi integrativi del SSN



Nonostante i riferimenti normativi precedentemente elencati, in molti sono convinti che, in Italia, esistano solamente due alternative per poter tutelare la propria salute: **la sanità pubblica e quella privata**, quando per la seconda si intende semplicemente la **visita da uno specialista** che svolge la propria attività in libera professione.

Tuttavia, e per fortuna, non è solo così: molti italiani infatti sono iscritti, **talvolta anche inconsapevolmente**, a fondi sanitari integrativi o enti, casse o società di mutuo soccorso con fine assistenziale.

Si tratta di un'opportunità aggiuntiva di tutela della propria salute che spesso viene inclusa nel contratto di lavoro, ed è il motivo per cui a molti sfugge.

I fondi sanitari integrativi possono essere enti, associazioni, società di mutuo soccorso, compagnie assicurative che hanno presentato domanda di iscrizione presso **l'Anagrafe istituito dal Ministero della Salute nel 2009**.

Ogni anno l'iscrizione va rinnovata, per cui si mantiene costante il controllo sul rispetto dei requisiti stabiliti dalla legge, nell'ottica di garantire la regolarità dell'attività e la effettiva finalità di tutela della salute dei cittadini.

E proprio quest'ultima finisce in secondo piano quando analizziamo le ragioni per cui molti italiani rinunciano alle spese mediche di prevenzione: i dati raccolti da molti osservatori indipendenti, infatti, evidenziano come **nel 2016 il 42% degli intervistati non si fosse sottoposto a nessun controllo** nell'ultimo anno e le ragioni addotte includono, principalmente, i costi elevati e le tempistiche di attesa.

I fondi sanitari integrativi intervengono proprio per rispondere a queste due criticità, poiché offrono una **copertura totale o parziale delle spese medico-sanitarie** sostenute dal cittadino che si rivolge alla struttura più vicina a casa, oppure a quella che offre la visita più celermente.

Come suggerisce il nome stesso, **il fondo sanitario integrativo** va a supportare la tutela della salute del cittadino **senza sostituirsi al Sistema Sanitario Nazionale**, ragion per cui ognuno è libero di aderire ad un fondo o a una cassa, se lo ritiene opportuno.

L'iscrizione, però, molto spesso non è necessaria perché è già prevista automaticamente dal contratto di lavoro dipendente. Verificare se possiamo usufruire di questa copertura oppure no è semplice:

- nel caso di un lavoratore dipendente, si può analizzare la **busta paga dove potrebbe esserci una voce relativa al fondo o cassa**, oppure chiedere direttamente al proprio ufficio del personale;
- i liberi professionisti iscritti ad un Albo possono far **riferimento alla sede regionale** dell'Ordine professionale;
- i pensionati, invece, devono **rivolgersi alla ex azienda oppure ad una forma intermedia di rappresentanza di categoria**.

L'assistenza sanitaria integrativa rappresenta un supporto a ciascuno di noi per preservare la nostra salute, stimolando e sostenendo anche tutte quelle attività di prevenzione che risultano cruciali per l'organismo.

Il tipo di benefits connessi varia, però, in base al tipo di copertura che ci viene offerta e dai piani sanitari inclusi in una serie di servizi di welfare aziendale. In generale, esistono alcune prestazioni



specifiche (ad esempio la visita odontoiatrica di controllo, oppure la visita cardiologica per soggetti a rischio, o anche le cure fisioterapiche) che vengono integralmente o parzialmente coperte dall'assicurazione, se svolte presso strutture convenzionate. In alcuni casi, la copertura economica è *all inclusive* ed è possibile usufruirne in qualsiasi tipo di clinica, nosocomio o ambulatorio.

Oltre all'innegabile beneficio per la nostra salute, l'adesione ad un fondo o ad una cassa sanitaria integrativa comporta anche alcuni vantaggi fiscali determinati per legge. È possibile, infatti, per i lavoratori dipendenti, dedurre parte dei contributi versati a tali fondi fino ad un massimo e le spese mediche non rimborsate dall'assicurazione.

Inoltre, i contributi versati ai fondi sanitari integrativi inferiori alla stessa cifra non concorrono a formare il reddito da lavoro dipendente.

L'adesione al fondo comporta inoltre considerevoli vantaggi anche per il datore di lavoro, al quale la legge consente di pagare, sull'importo erogato al dipendente, un "contributo di solidarietà" del 10%, invece della aliquota contributiva sociale obbligatoria che è più elevata. Di conseguenza, i contributi versati a fondi e casse possono essere inclusi nella detrazione dal reddito di impresa (IRES) in quanto "costo del lavoro".

Un fondo sanitario integrativo oppure una cassa di assistenza comportano, quindi, benefici in termine di salute e di fiscalità ed è una grande opportunità di risparmio e benessere.

In effetti, osservando quelli che sono i servizi più richiesti dai lavoratori italiani, emerge con chiarezza il fatto che la salute sia al primo posto tra tutte le preoccupazioni. Spese dentistiche, farmacie, occhiali, e ancora assistenza domiciliare, estensione dei benefits alla famiglia e fisioterapia sono innegabilmente le questioni che maggiormente preoccupano le persone e rappresentano tutti possibili servizi da includere in un piano aziendale che preveda fondi e casse integrativi.

Ma tutto questo oggi è impostato secondo una normativa desueta e non più in grado di soddisfare le esigenze della popolazione italiana, rispetto alle dinamiche demografiche, consumeristiche e sociali in genere.

Lo stato di salute del SSN

Il sistema sanitario italiano può ancora essere considerato tra i migliori del mondo, ma solo per i residenti in alcune macro aree del Paese; certamente, l'intero sistema ha conosciuto nel corso di questi anni un deciso arretramento, tanto che in quindici anni sono andati perduti molti progressi fatti negli ultimi quaranta anni. Lo stato in cui versa oggi il servizio sanitario nazionale, rappresenta in un certa misura il riflesso della contrazione dei finanziamenti per il settore.

L'Italia si colloca agli ultimi posti in Europa negli investimenti per prevenire le malattie.

Nel nostro Paese viene destinato alla prevenzione il 4,1% della spesa sanitaria totale.

Investimenti in prevenzione, screening oncologici, vaccinazioni vedono l'Italia tristemente ultima.

Si è accresciuto il divario tra Nord e Sud del Paese, che dispone di minori finanziamenti pro capite per la sanità.

Il costante taglio di posti letto negli istituti pubblici a cui si è assistito negli ultimi anni (il numero è diminuito in un decennio da 4 per 1000 a 3,4 per 1000, ben sotto la media europea), e la persino



più evidente riduzione del personale (al sistema sanitario mancano almeno 6000 medici ed infermieri e si stima che nel 2030 saranno 50.000), rappresentano alcuni indicatori del inarrestabile arretramento.

L'assistenza extra ospedaliera, in particolare per gli anziani e l'assistenza domiciliare per malati oncologici, risulta persino più carente.

La diretta conseguenza sono lunghissimi tempi di attesa e strutture che funzionano male.

Molti cittadini si rivolgono a strutture private, anche a costo di ricorrere ad un prestito, oppure si spostano in altre regioni o all'estero.

Altra conseguenza è il welfare fai da te, come dimostra il fatto che il numero di badanti supera quello delle dipendenti asl e ospedali. Un simile scenario pone un problema di equità sociale.

I problemi della sanità pubblica italiana, d'altra parte non nasce semplicemente dalla scarsità delle risorse finanziarie, ma anche dal loro utilizzo.

Corruzione, sprechi, mala gestione ed eccesso di burocrazia sono da sempre i veri mali irrisolti.

Per questa ragione la politica dei tagli non ha generato risparmi nella misura attesa.

La corruzione e le frodi nel settore valgono circa **6 miliardi di euro l'anno**, corrispondenti al 5% della spesa sanitaria.

Non meno evidenti sono le conseguenze degli sprechi e della cattiva amministrazione.

In Italia le regioni meno efficienti costano 15 miliardi di euro in più rispetto alle più virtuose.

In questo quadro, si inserisce la crescente difficoltà della popolazione sempre più anziana e dunque bisognosa di cure, ma anche più povera dopo anni di durissima crisi economica.

La riduzione della possibilità di spesa delle famiglie da un lato e l'aumento dei ticket e dei farmaci non rimborsabili dall'altro hanno determinato, per una buona fetta di popolazione, la rinuncia alla prevenzione, ma anche terapie ed interventi chirurgici.

Dal 29° rapporto Italia del 2017, è emerso che:

“Per gli italiani, il disagio che risulta più frequente è rappresentato da lunghe liste di attesa per visite/esami medici, è capitato al 75% del campione esaminato.

Oltre la metà, ovvero il 53%, ha incontrato lunghe liste di attesa per interventi chirurgici, quasi la metà il 48,8% scarsa disponibilità del personale medico ed infermieristico.

Il 42,2% del campione ha trovato strutture mediche fatiscenti. Il 41,8% dichiara condizioni igieniche insoddisfacenti, oltre un terzo il 33% ha sperimentato errori medici.

Il 62,2% dei residenti nel Nord-Ovest in caso di necessità preferisce **ospedali pubblici**, a fronte del 50% del nord est del 48% al centro del 45% del Sud e del 37% delle isole.

Proprio nelle isole c'è la quota più elevata di persone che si rivolgono agli ospedali privati 39,4% - la più bassa si registra invece al Nord-Ovest 13,3%.

Al Sud è superiore alla media la quota di chi preferirebbe le strutture private ma non può permetterselo.

La decisione di risparmiare sulle spese sanitarie caratterizza in misura isole e sud.

Tra i residenti delle Isole chi ha dovuto rinunciare nell'ultimo anno a medicine e terapia raggiunge il 28,3% a fisioterapia e riabilitazione il 33,1%, prevenzione il 31,5% e a cure dentistiche il 43,3%.



Le categorie che risultano prevedibilmente versare nelle maggiori difficoltà sono chi ha dovuto con più frequenza tagliare le spese sanitarie, in ordine sono:

Cassaintegrati che nella maggior parte hanno dovuto rinunciare ad interventi odontoiatrici 73,3%, fisioterapia e riabilitazione il 66%, prevenzione il 60% e nelle 46% persino a medicine e terapie.

Seguono con leggera differenza coloro che sono **in cerca di nuova occupazione con il 38%**.

In cerca di **prima occupazione** con il 28%, segue **Casalinga** 34%, **Pensionato** 19%, **occupato** 19% e con 8,6% **lo studente**.

Allegato al presente documento di posizione, si allega il **Rapporto ADICONSUM FORUM ANIA CONSUMATORI**, documento che ha analizzato la Sanità integrativa attraverso l'ottica dei consumatori, ma senza nascondere le tematiche più generali della compatibilità nei conti pubblici.

L'Italia investe il 14%, della spesa pubblica per mantenere il proprio sistema sanitario, pari al 2,6% del proprio Pil. Gli operatori impegnati nella sanità rappresentano una quota di lavoro rilevante nel nostro Paese portando il totale a circa 2.200.000 addetti, ovvero ad una quota vicina al 10% del totale occupati del Paese. Tra le tante contraddizioni e i punti critici, il Rapporto ha evidenziato il tema del precariato e della insufficienza degli organici, del forte invecchiamento del personale sanitario che in alcune aree, ed in particolare nella medicina generale (medico di base e pediatra di libera scelta), rischia nel futuro prossimo di generare dei vuoti incolmabili. Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute e aggiornati al 2012 il comparto assorbiva 45.437 medici di medicina generale. Secondo la Federazione Italiana dei Medici di Famiglia circa 21.700 medici di base andranno in pensione a breve, mentre il numero dei giovani medici si prevede non superiore alle necessità aggiungendosi alla carenza dei 16.000 medici di base e la quasi certezza che entro il prossimo decennio almeno un terzo dei residenti nella Penisola non potrà avvalersi del medico.

Non dimentichiamoci che in Italia è sancito che i cittadini hanno diritto alle prestazioni mediche in tempi certi. È **l'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002** a stabilire quali siano i tempi massimi di attesa per ogni singola prestazione.

In particolare, i tempi stabiliti sono:

- 1. 30 giorni per le visite specialistiche**
- 2. 60 giorni per gli esami diagnostici (es. mammografia, gastroscopia, risonanza magnetica, TAC)**

Qualora le liste di attesa superino i tempi imposti dalla legge, la soluzione è stabilita dalla legge n. 124/98.

Il disposto normativo richiamato, determina che, qualora i tempi di attesa siano superiori quelli stabiliti, il paziente può pretendere che la medesima prestazione sia fornita privatamente dal medico, senza nessun costo aggiuntivo rispetto al ticket da pagare.

La procedura da seguire per esercitare tale diritto si sostanzia nel presentare al direttore Generale dell'Azienda Sanitaria (ASL) di appartenenza, mediante raccomandata, PEC o previo consegna all'URP, una richiesta per «prestazione in regime di attività libero-professionale intramuraria» (intramoenia).



ADICONSUM

Associazione Difesa Consumatori e Ambiente promossa dalla Cisl

Mediante tale istanza, il paziente richiede che la visita o l'esame diagnostico sia effettuato in regime di attività libero-professionale intramuraria (intramoenia), con il pagamento del solo ticket. È necessario anche indicare il particolare tipo di accertamento, così come l'urgenza della prestazione, per far sì che sia valutata correttamente.

E' importante sottolineare, al fine di limitare qualsivoglia abuso, che le Asl non possono sospendere le prenotazioni perché le liste sono "piene".

La legge stabilisce che è «vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni» e che ai responsabili della violazione del divieto (i direttori di Asl e aziende ospedaliere) va applicata una sanzione amministrativa e penale.

Il quadro sin qui descritto richiede un intervento, forte, veloce ed efficace, altrimenti si rischia di creare un vuoto incolmabile.

Proposte ADICONSUM:

Sulla questione dell'universalismo, dell'equità e della sostenibilità, sarà necessario ripensare il sistema della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, adottando strumenti di maggiore progressività dei ticket in funzione della capacità di spesa, abbattendo decisamente qualsiasi tipologia di onere a carico degli indigenti ed adottando efficaci sistemi di controllo e repressione delle frodi e dell'evasione. Sui Fondi sanitari integrativi e le Casse, è ad avviso di Adiconsum auspicabile che si eviti di trasformarli, plasmandoli sul modello assicurativo, sia perché si perde la funzione mutualistica in favore dei soggetti più vulnerabili, sia perché i costi per gli assistiti, a parità di prestazioni, non possono che crescere.

Non è pensabile, certamente, abbattere la spesa sanitaria privata "out of pocket" scaricando le prestazioni usufruite oggi in regime privato dai cittadini sulla sanità integrativa, previo corposo innalzamento della contribuzione da parte delle aziende e dei lavoratori: si tratterebbe di una mera operazione di "make-up" che peraltro priverebbe gli interessati del diritto di scelta, introdurrebbe nuovi soggetti di intermediazione interessati a fare business e farebbe crescere la spesa privata complessiva.

Lo sviluppo coerente e sensato della sanità integrativa, in un'ottica di complementarietà con il SSN come il legislatore lo ha concepito, deve guardare altrove. E' da limitare drasticamente la loro offerta di prestazioni futili ed è opportuno concentrarla sulle aree di bisogno reale lasciate scoperte dai LEA, soprattutto in relazione alla cronicità ed alla non autosufficienza, che costituiscono le sfide sempre più impegnative per la sanità territoriale, già oggi decisamente in affanno. Sul ricorso da parte dei Fondi e delle Casse alle convenzioni con strutture sanitarie che offrono prestazioni a costi contenuti, ADICONSUM invoca un lavoro che attivi l'urgente dibattito sulle procedure di controllo e monitoraggio qualitativo, auspicando che si lasci adeguato spazio alla rappresentanza dei consumatori nella definizione dei metodi e degli strumenti, nella fissazione degli standard qualitativi e



ADICONSUM

Associazione Difesa Consumatori e Ambiente promossa dalla Cisl

nella composizione delle Commissioni di garanzia eventualmente attivate E SOPRATTUTTO NELL'USO DELLE PIU' INNOVATIVE TECNOLOGIE DI TRACCIABILITA' DELLE RISORSE E DI REGISTRI DISTRIBUITI.

Siamo attenti alle ragioni della parti sociali e pronti a raccogliere e convogliare nelle sedi opportune la voce dei cittadini, i loro bisogni, la loro idea della sanità di domani. Chiediamo trasparenza, equità e partecipazione, chiediamo lungimiranza e attenzione ai fattori che possono influire sulla tenuta della coesione sociale.

Adiconsum auspica un percorso condiviso di riflessione sulle strategie di riforma del sistema sanitario nel suo complesso, che nel proteggere il diritto alla salute dei cittadini e le esigenze di equità sociale, possano lasciare spazio ad uno sviluppo corretto del settore sanitario privato, anche sociale e low-cost, in un'ottica di sviluppo e crescita dei servizi, di responsabilità e di progresso sociale, non di mero profitto.

È un contesto che impone ai decisori pubblici scelte di grande attenzione e responsabilità, se si vuole scongiurare da un lato il tracollo economico-organizzativo del SSN, da più parti prospettato, dall'altro un inesorabile transizione alla sanità prevalentemente privata, sul modello di altri paesi:

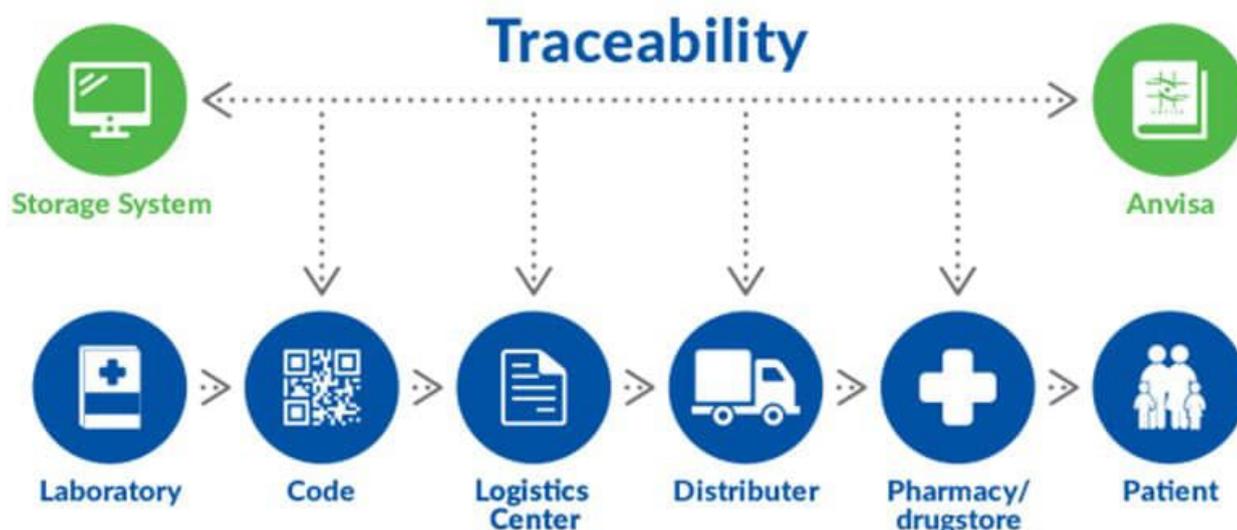
scelta che rischia di sciupare una risorsa umana, scientifica e professionale di grande rilievo e di alterare gli equilibri socio-economici a svantaggio delle famiglie e delle categorie deboli. Non si può demolire un sistema che presenta punte di eccellenza di livello internazionale, professionalità, tecnologie all'avanguardia e che, se solamente fosse fuori dalle ingerenze improprie, potrebbe esprimere il meglio del nostro Paese.

Un modello di welfare innovativo e partecipativo non può prescindere dal coinvolgimento dei cittadini e della loro rappresentanza organizzata (le associazioni dei consumatori come ADICONSUM) nell'adozione di strategie e strumenti idonei a garantire il rispetto dei principi costituzionali di tutela della salute, in modo sostenibile ed adeguato al cambiamento sociale e demografico in corso.

Quando le risorse sono limitate e la domanda cresce, bisogna stabilire con una scelta politica chiara e trasparente quali fasce della popolazione e quali bisogni debbano essere considerati prioritari; bisogna adottare metodi di sorveglianza sulla gestione delle strutture e metodi di monitoraggio partecipativo della qualità delle prestazioni, lasciando ai cittadini facoltà di esprimersi, di segnalare e denunciare le situazioni di carenza, senza rimanere inascoltati. I cittadini possono contribuire significativamente alla definizione di servizi appropriati alla domanda, all'organizzazione delle strutture, alla gestione economica.

Educazione

Bisogna fare educazione: aiutare la popolazione a comprendere il valore dei corretti stili di vita per mantenere la salute e garantirsi un invecchiamento dignitoso; diffondere consapevolezza sui concetti di appropriatezza delle cure e delle metodologie di indagine sanitaria, per evitare una domanda impropria di prestazioni inutili e costose, quando non dannose; bisogna sollecitare il contenimento dell'autoprescrizione ed automedicazione, oggi dilaganti; bisogna stimolare i mass-media a fare corretta informazione sanitaria, senza allarmismi e senza indurre consumismo delle prestazioni sanitarie.

**Tracciabilità farmaceutica e delle prestazioni su base genomica e su tecnologia blockchain**

Si possono introdurre sistemi di incentivi (come l'annullamento del ticket sanitario o una sorta di schema bonus/malus) per i cittadini che mettono in pratica le strategie preventive (riducendo, ad esempio, la circonferenza vita e i fattori di rischio cardiovascolari e tumorali), favorendo in tal modo comportamenti virtuosi.

Qui la blockchain e i registri distribuiti sono fondamentali.

Sempre in ambito delle prestazioni erogate anche con fondi integrativi sanitari, sarebbe fondamentale che nell'ottica del futuro inevitabile utilizzo dei dati genomici di massa sulla popolazione da parte del SSN, ci fosse una sovrastruttura nazionale che ne garantisca la tracciabilità e l'utilizzo (e chiaramente la risposta al "come?" sta in applicazioni blockchain).

In realtà ciò vale non solo per il dato genetico ma bensì in generale per ogni possibile dato sanitario elettronico: dall'imaging (ecografie, risonanze, raggi, mammografie ecc.) alle analisi diagnostiche (dal più banale esame del colesterolo e glicemia alla più avanzata analisi molecolare su tessuto biotico per esempio).

Esistono alcune società private (principalmente US based) che già lo fanno, proponendo anche la possibilità di generare remunerazione per il "proprietario" del dato genetico o sanitario che voglia utilizzare la piattaforma per "vendere" o "affittare" o condividere gratuitamente (per il bene della ricerca) la sequenza del proprio genoma (per esempio) e/o altre informazioni sanitarie a corporations private che si occupano di R&D o big data analysis in ambito sanitario e/o pharma.

Il presente (all'estero) e il futuro (inevitabilmente anche in Italia), sarà la vendita/affitto o anche solo



condivisione in una forma o l'altra, dei dati sanitari della popolazione (dati genomici compresi) in forma aggregata e anonimizzata (come previsto già dalle norme europee sulla privacy) da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

Il vantaggio che ne deriverà non sarà solo meramente economico (concedere in uso i "big-data sanitari" di milioni di italiani per rimettere nel SSN per coprire spesa sanitaria o ridurre le inefficienze), ma strategico e qualitativo per i servizi offerti dal SSN.

Ci sono aziende che stanno crescendo in modo incredibile a livello globale, che si occupano di analizzare big-data sanitari e vendono ai clienti (i sistemi sanitari locali o nazionali), le informazioni su come tagliare in modo granulare e mirato sprechi e costi inutili (che non sarebbero identificabili se non con analisi complesse su big-data), o come modificare specifici protocolli sanitari per migliorare gli outcome clinici (in sostanza meno giorni di degenza per i pazienti, minor complicanze da terapie o procedure sanitarie, minor decessi, migliori strategie di prevenzione ecc.).

Ci sono nazioni intere che si stanno studiando i dati per migliorare il proprio sistema sanitario nazionale e ottimizzarne il budget salvando allo stesso tempo moltissime vite.

Per quanto concerne la questione dei dati genomici (una piccola ma importante parte dei dati sanitari digitali della popolazione) e la necessità della loro tracciabilità, alcuni numeri da tenere in considerazione sono i seguenti:

- Il 4-5% della popolazione nasce con una qualche patologia di origine genetica.

Tra pochi anni (< 5) il costo di analisi di un genoma alla nascita sarà così basso (300-500€ full cost senza considerare eventuali ritorni legati alla vendita del dato anonimizzato) da renderlo uno strumento diagnostico e di prevenzione assolutamente non più ignorabile da parte del SSN che ora quasi neanche lo considera tra i LEA a livello nazionale (o lo fa, ma a livello regionale, senza però poi destinare budget a copertura dello stesso).

In Italia oggi si sequenziano solo qualche migliaio di persone all'anno con fondi quasi solo di ricerca: in parte ministeriali (MISE direttamente o indirettamente, Universitari, CNR ecc) e in parte da Fondazioni private: Telethon (per la diagnosi di malattie genetiche) AIRC (per l'oncologia) per citare i più rilevanti.

Entro pochi anni il genoma di ogni nuovo nato verrà sequenziato alla nascita (o addirittura in fase pre-natale), in quanto sarà un esame di routine tanto quando lo è ora lo screening metabolico sui neonati. La domanda non è più se questo accadrà ma tra quanti anni (1-2 o 5-10?).

In Italia nascono meno di mezzo milione di bambini all'anno, quindi si tratterà di dover tracciare almeno 1 analisi genomica per neonato all'anno (più tutti i dati sanitari elettronici generati dal momento della nascita in avanti).

- In ambito oncologico, il presente (in alcune regioni all'estero) e il futuro presto anche da noi, sarà quello di sottoporre ogni malato oncologico ad approfondimenti tramite analisi genomica del tumore



per l'applicazione di protocolli di medicina personalizzata.

Il DNA del paziente e del suo tumore verranno sicuramente sequenziati più volte durante la progressione della malattia: alla diagnosi e durante la terapia fino alla guarigione o decesso.

In Italia abbiamo circa 370.000 nuove diagnosi di tumore all'anno (e circa la metà di decessi per tumori maligni).

1 uomo su 2 e una donna su 3 nel corso della vita si ammalerà di questa patologia.

Si tratterà quindi di milioni di analisi genomiche all'anno, che è bene siano tracciate con sistemi "blockchain like" o "blockchain based".

In Inghilterra e altri paesi la genomica è entrata nella routine del sistema sanitario nazionale (proprio per i due ambiti citati: la diagnosi di patologie genetiche e per la terapia personalizzata applicata ai tumori) e nel 2018 si sono superati i 100.000 pazienti sequenziati all'interno del programma nazionale "Genomics England".

Sarà fondamentale che chi pensa di proporre applicazioni in ambito di fondi integrativi sanitari e dati, abbia una visione chiara di quali saranno gli sviluppi della sanità nel medio-lungo futuro, perché la combinazione delle innovazioni in ambo i settori sono destinati a complementarsi ed avere un impatto enorme nel settore più importante per un paese, che è la salute dei propri cittadini.

Autosufficienza

Sulla non autosufficienza, bisogna prendere seriamente atto che il sostegno familiare diretto è sempre più scarso e di difficile attuazione, stanti le complesse dinamiche della vita metropolitana e l'occupazione delle donne, nonché l'innalzamento della soglia di accesso alla pensione, che esclude molti dalla possibilità di prestare assistenza ai familiari molto anziani, proprio quando è più necessaria. Anche la sostituzione dell'assistenza diretta con forme di limitato supporto economico (l'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS che impegna oltre 15 miliardi l'anno di risorse pubbliche) non solo risulta inefficace, ma genera iniquità sociale e condanna molti ad accettare cure prestate da personale non qualificato (spesso badanti immigrate senza alcun diploma di OSA, assunte in nero), in forme saltuarie e al di fuori di qualsiasi controllo sulla corretta applicazione dei protocolli sanitari e di assistenza specifici per la loro condizione.

Diminuire i ricoveri in lungodegenza in favore di un'assistenza domiciliare qualificata e continuativa, può abbattere i costi a carico del SSN - che arriva a spendere anche 800 euro al giorno per una degenza in strutture di riabilitazione ospedaliera - e migliorare la qualità della vita per chi necessita della Long Term care. Prestare alle famiglie servizi di orientamento ed assistenza nella scelta delle soluzioni più appropriate al caso, potrebbe inoltre essere di grande aiuto, così come attivare percorsi assistenziali di continuità fra ospedale e servizi territoriali.

La Telemedicina

Ancora, la telemedicina e la digitalizzazione del fascicolo sanitario porterebbero come abbiamo visto maggiore efficienza, maggiore qualità complessiva della cura e minori costi. **Sull'innovazione tecnologica delle apparecchiature sanitarie e sull'introduzione dei nuovi principi terapeutici, sempre più sofisticati e costosi, dunque considerati come un fattore di incremento della spesa sanitaria, va ricordato che il progresso tecnologico porta con sé una maggiore efficienza produttiva:**



ADICONSUM

Associazione Difesa Consumatori e Ambiente promossa dalla Cisl

una diagnosi più precoce o più precisa ed una cura più efficace abbattano i costi complessivi di gestione della malattia, limitano gli esiti infausti e in definitiva contengono il costo sociale dell'evento sotto molti aspetti (si pensi ad esempio alle pensioni di invalidità). Non è pertanto il caso di frenare sull'innovazione.

Riorganizzazione dei ruoli

Quanto al ruolo dei vari soggetti della sanità integrativa, è ora di trovare un giusto equilibrio per il mix pubblico-privato, con una ristrutturazione globale del sistema. E' di fondamentale importanza non perdere di vista la necessità di una gestione unitaria della sanità, che lasci al pubblico il controllo strategico e di indirizzo, faccia leva su una visione complessiva, strategie comuni, operatività coordinata per evitare duplicazioni, sovrapposizioni, oneri amministrativi eccessivi e confusione: i fondi e le casse devono tornare al loro compito originario di integrare e completare l'offerta e la capacità assistenziale complessiva ed il SSN deve riuscire a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, con liste di attesa accettabili ed una sostanziale uniformità dell'offerta sul territorio italiano.



Roma data 5 febbraio 2019

ADICONSUM

Public Affairs Office