

*Roma, 2 aprile 2019*

*XII Commissione*

*Sintesi dell'audizione*

**Luca Benci**

*Giurista, esperto di diritto sanitario*

*Componente non di diritto del Consiglio superiore di sanità triennio 2019-2022*

*Onorevoli deputati e deputate della XII Commissione,*

in questa sede tralascio la normativa dei fondi integrativi che è stata ampiamente richiamata dalle audizioni precedenti.

L'unico riferimento normativo che mi sento di citare è relativo a un articolo di legge abrogato, ma che conteneva nei fatti la cultura politico-normativa che ha permesso di sviluppare la sanità integrativa.

Mi riferisco all'articolo 9 del D. Lgs 502/1992 nella sua versione originaria presentata dall'allora Ministro della sanità Francesco De Lorenzo e successivamente cambiato con il D. Lgs 537/1992.

L'articolo 9 originario era rubricato come "Forme differenziate di assistenza". Se tale articolo fosse rimasto in vigore oggi il Servizio sanitario nazionale a impronta universalistica non esisterebbe verosimilmente più in quanto si prevedeva, per chi aderiva alle forme differenziate, il trasferimento di quote dal Servizio sanitario nazionale alle forme differenziate fatte salve le risorse solidaristiche.

Si sarebbe instaurato un doppio regime: universalistico e differenziato. Quest'ultimo diventava un regime completamente alternativo in quanto l'assistito avrebbe rinunciato alle "corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria".

Il regime differenziato avrebbe permesso di coprire tutte le forme di assistenza in strutture qualificate e di eccellenza sottraendo risorse alla fiscalità generale e creando una sanità differenziata riproponendo quegli elementi di cittadinanza censitaria che la riforma sanitaria del 1978 aveva di fatto superato.

Le norme "De Lorenzo" sarebbero state, infatti, interamente sostitutive delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e sarebbero consistite nel "concorso alla spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento" e nella costituzione di mutue volontarie.

La sottrazione di quote rilevanti di finanziamento al Servizio sanitario nazionale da parte di cittadini abbienti avrebbe determinato un deciso impoverimento del Fondo sanitario mettendo in seria difficoltà tutto il Servizio stesso e il suo impianto solidaristico.

L'articolo 9 è stato successivamente abrogato e sostituito dall'attuale denominato "Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale" e successivamente modificato dal D. Lgs 229/1999.

Questa nota storica è importante per sottolineare di come quel tentativo di oltre venti anni orsono fallì per volontà del legislatore ma sta rientrando surrettiziamente con modalità che sono state più volte denunciate e sono ben note alla Commissione.

I Fondi integrativi nascono ufficialmente per coprire prestazioni non accreditate e non coperte dai Livelli essenziali di assistenza come le prestazioni di medicina non convenzionale, le cure termali e l'assistenza odontoiatrica e si stanno trasformando, con vari meccanismi, spesso in erogazioni di prestazioni sostitutive già erogate dal Servizio sanitario nazionale stesso. Questo non ha impedito di fornire supporto economico pubblico indiretto attraverso i noti meccanismi di defiscalizzazione e di decontribuzione che stanno sottraendo importanti risorse alla fiscalità generale e, di conseguenza, al finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

I Fondi integrativi nascono formalmente per democratizzare le prestazioni integrative – si pensi al welfare aziendale – ma rischiano di trasformarsi nella Caporetto del Servizio sanitario nazionale.

Il sistema si presenta oggi con decise opacità in cui i meccanismi complessivi delle erogazioni delle prestazioni non sono complessivamente conosciuti in termini di quantità, di qualità, di appropriatezza e modalità di controllo. Questo sta permettendo una costante campagna di disinformazione attraverso studi pilotati e sapientemente veicolati nei mezzi di comunicazione. Mi riferisco ai noti rapporti Rbm-Censis che anno dopo anno ormai con indagini campionarie traggono conclusioni fallaci sulle aree di non cura – ricordo gli oltre 12 milioni di italiani che rinunciano o rinviando prestazioni sanitarie o l'indebitamento di parte della popolazione per fare fronte alle spese di salute - che pure essendo preoccupanti non raggiungono i dati propagandati dalle fonti assicurative interessate alla costituzione del c.d. "secondo pilastro".

Siamo in un contesto in cui le politiche attuate negli ultimi quindici anni hanno favorito la convinzione della necessità di forme di sanità sostitutive mascherate da sanità integrativa.

Sono note le cause che sono soprattutto legate al definanziamento del Fondo sanitario nazionale con tutti i suoi effetti: blocco del turn over del personale, aumento delle liste di attesa, taglio dei posti letti ecc.

Serve una riforma complessiva del settore riconoscendo le misure legate alla fiscalità di vantaggio solo ed esclusivamente per le prestazioni integrative concentrandosi sulle emergenze che possono essere individuate nelle prestazioni odontoiatriche e nel supporto alla cronicità.

Nella riforma andrebbe introdotta una *Authority* indipendente con il precipuo compito di monitorare il livello di appropriatezza delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche proposte ed erogate al fine di evitare l'erogazione di esami e prestazioni inutili per la salute delle persone.

Andrebbe - è pleonastico ricordarlo - rifinanziato il Servizio sanitario nazionale recuperando le risorse oggi sottratte alla fiscalità generale per assumere le figure mancanti che sono costituiscono oggi la vera emergenza del Servizio sanitario nazionale.

Andrebbe riorganizzato il Servizio sanitario nazionale implementando le politiche del c.d. *task shifting* professionale. E' antieconomico, illogico e contraddittorio che l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale sia rimasta, in buona parte, cristallizzata alle norme previgenti di esercizio professionale. Sembra che il Servizio sanitario sia impermeabile, nelle sue logiche organizzative, ai cambiamenti normativi intercorsi. Bisogna liberare le ormai ridotte risorse mediche da incombenze professionali che possono essere svolte dalle altre categorie professionali laureate per permettere di effettuare prestazioni a maggiore valore aggiunto, da un lato e valorizzare i percorsi formativi delle professioni sanitarie.

Le misure emergenziali a cui assistiamo in queste settimane - es. richiamo in servizio di medici pensionati - non sono misure che possono dare la risposta adeguata alla carenza di medici specialisti.

La sfida per l'efficientamento del Servizio sanitario nazionale - e quindi nella sua sostenibilità e nella sua capacità di offrire risposte al netto della sanità

integrativa/sostitutiva - risiede oggi nella sua riorganizzazione al netto delle spinte corporative che a essa si oppongono.

La sanità sostitutiva deve essere a totale carico dei sottoscrittori e non godere di alcun vantaggio fiscale e le politiche non devono – non ce lo possiamo permettere – in alcun modo – aumentare la disuguaglianza tra i cittadini.

Non può ammettersi”, ha scritto la Corte costituzionale in tempi non sospetti, che “in forza del principio di uguaglianza” il diritto alla salute possa dipendere “dalle diverse condizioni economiche” (sentenza n. 185/1998).

Grazie per l’attenzione.