

***La non autosufficienza***  
***Seminario Mefop, Roma 2021***

Isabella Mastrobuono

Commissario straordinario Azienda ospedaliera Annunziata di Cosenza

*isabella.mastrobuono@gmail.com*

L'assistenza agli anziani non autosufficienti in  
Italia 7 rapporto 2020/2021  
NNA Network non autosufficienza

Punto di non ritorno

*“Non possiamo permetterci di sprecare una crisi come questa, è un’opportunità di fare cose che prima non si pensava di poter realizzare”.*

Crisi del 2008 - Rahm Emanuel

# Non autosufficienza

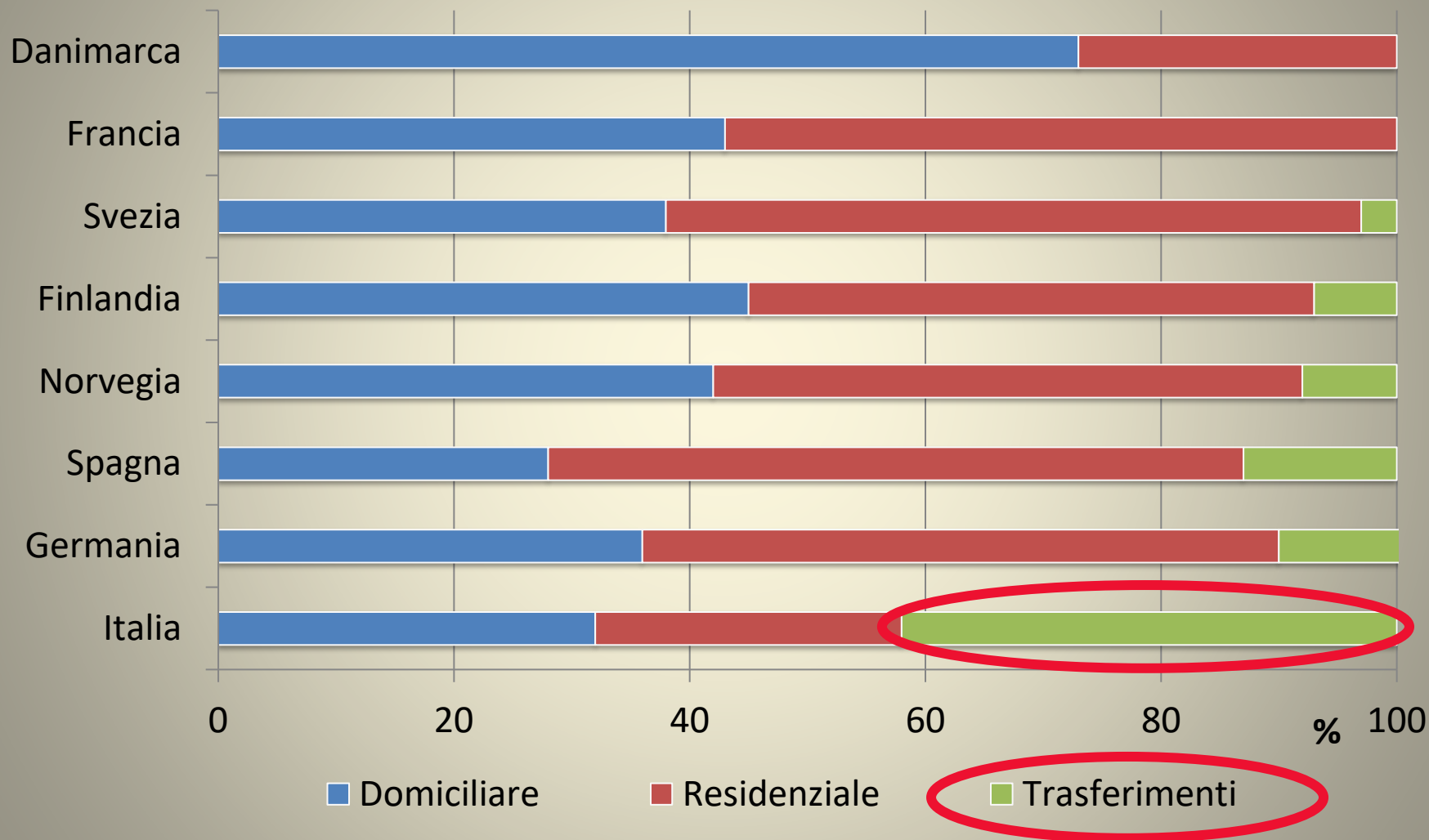
*La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le “normali azioni della vita quotidiana” ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e 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.*

Con riferimento agli anziani, distintamente per fasce di età  $\geq 65$  e  $\geq 75$ , sono state calcolate stime di prevalenza pesate per indice di deprivazione e aspettativa di vita, basate anche su parametri internazionali relativi alla proporzione di anziani non autosufficienti per più ADL.

Il risultato delle stime individua **2,5 mln di anziani non autosufficienti** (4% della popolazione generale e 18,5% della popolazione  $>64$  anni): la stima è molto simile a quanto rilevato dall’indagine multiscopo ISTAT (nel 2011 classifica come “non autosufficienti in almeno una ADL il 18,5% degli anziani  $>64$ , pari a circa 2.400.000 soggetti).

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, anno 2000. La definizione esprime un concetto ampio di non autosufficienza che ingloba anche gli aspetti di natura sociale e di relazione e si ispira alle definizioni adottate in molti Paesi industrializzati dove vigono Fondi ad hoc come la Germania ed i Paesi Bassi.

## Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa



Il principale presidio è rappresentato dall'indennità di accompagnamento, misura nazionale, a carattere monetario (al 01/01/2017 515,43 euro mensili), erogata senza condizioni di reddito.

**Nel 2016 sono state erogate oltre 2 milioni di indennità per un importo complessivo di oltre 13 miliardi.** Di queste circa il 71% è corrisposto a ultra65enni, per una percentuale pari all'11,5% del totale della classe di età, con la riduzione di 1 punto rispetto al 2010.

Le altre prestazioni dedicate alla non autosufficienza rientrano invece nella **sfera territoriale**, a livello regionale o comunale, erogate sia in forma monetaria - voucher, assegni di cura e buoni sociosanitari – sia sotto forma di servizi: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD). Risultano inoltre a carico del SSN le quote sanitarie (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA, mentre con riferimento alla cosiddetta quota alberghiera sono i Comuni a stabilire il livello di compartecipazione dell'utenza, anche in questo caso generalmente in funzione dell'ISEE.



# Uno sguardo all'Europa

I pilastri fondamentali della *long term care* sono l'assistenza domiciliare e la residenzialità. Ebbene anche in questo caso le differenze tra il Nord ed il Sud dell'Europa sono imponenti con il Belgio, ad esempio, che destina 71,2 posti letto per 1000 abitanti over 65 alla long term, seguito dalla Svezia con 69,6, la Finlandia con 60,5 e via di seguito tutti i Paesi con l'Italia fanalino di coda che ne destina appena 18,1 per 1000 over 65, preceduta dalla Spagna con 46,1.

**Nel Sud dell'Europa, e soprattutto in Italia, è la famiglia che si fa carico dell'assistenza ai propri cari, mentre anche i servizi domiciliari sembrano soffrire con ancora una volta i Paesi nordici all'avanguardia in termini di ore di assistenza annue (oltre 160 contro le **18** dell'Italia).**

Anziani. Solo il 2,7% assistito a domicilio (nel 2018 il 3,2).  
E in qualche parte d'Italia l'Adi non esiste affatto

***I dati presentati alla II Edizione degli Stati Generali dell'assistenza a lungo termine, organizzati da Italia Longeva al ministero della Salute l'11 e 12 luglio 2017 Oltre alla tipologia di assistenza erogata, forti differenze anche sul numero di ore dedicate a ciascun paziente: si va dalle oltre 40 ore annuali di Potenza alle 9 ore di Torino. Per gli oltre 700.000 assistiti secondo i dati ministeriali la media di ore annue è pari a 18, numero di ore mensili per alcuni Paesi!***

***La spesa si aggira intorno ai 2,6 miliardi (nel 2018 solo 2,3 miliardi)  
(2,2% del FSN)***

***Servirebbero almeno 7 miliardi per una assistenza del doppio delle ore per almeno il 4,5% degli anziani.***

# RSA

197.000 posti letto di RSA attuali (18,1 p.l per 100.000 ab. a livello europeo contro gli 81 della Svezia)

Almeno 87.000 in più (su gli oltre 240.000 necessari)

1000 strutture, a 90.000 euro a posto letto

**Servono 7,8 miliardi di euro in conto capitale e 1,6 miliardi di euro di spesa sociosanitaria** da aggiungere agli attuali 3,5 spesi nel settore.

**Dove trovare i finanziamenti per le strutture?**



# Il tasso di copertura del bisogno

Dettaglio per tipologia di servizio, anno 2015

Servizio	Stima del bisogno potenziale	Utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
Residenziale	2.847.814	287.328	9,6%	0,5%
Semiresidenziale		380.397	0,8%	12,5%
Domiciliare (ADI e SAD)		753.647	21,4%	5,0%
<b>Totale</b>	<b>2.847.814</b>	<b>1.421.372</b>	<b>31,8%</b>	<b>18,0%</b>

E gli altri 68,2%?

Esistono modalità alternative per rispondere al bisogno di LTC.....



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

# Il mondo della cura informale

## Quante sono le badanti in Italia e dove vivono?

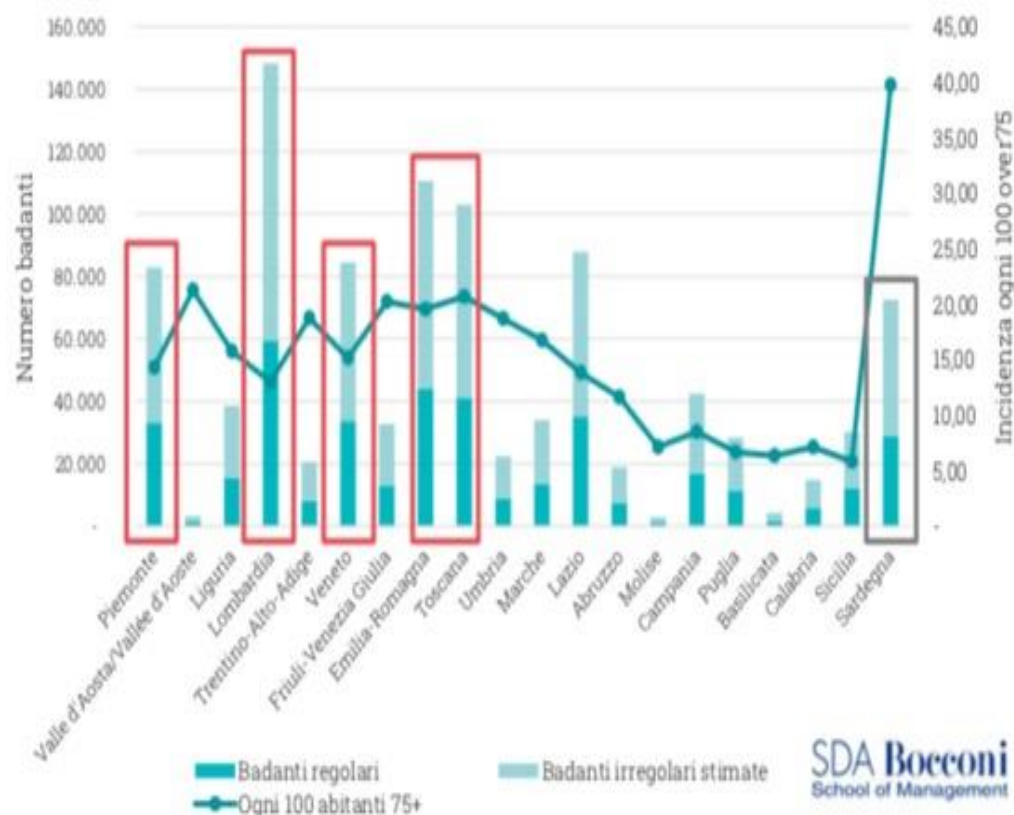
Numero delle badanti  
regolari ed irregolari  
presenti in Italia (2017)

983.695

Diffusione  
capillare sul  
territorio  
nazionale: **14,2**  
badanti ogni 100  
over75

Fonte: Elaborazione degli  
autori basata su Pasquinelli e  
Rusmini (2013)

Numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100  
abitanti over75, anno 2017



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di Ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

# **Agenzia per i servizi sanitari regionali 2018**

## **Progetto di ricerca corrente**

**Assistenza territoriale agli anziani non autosufficienti: sistemi  
di classificazione, appropriatezza, costi**

## **Relazione Finale**

Il progetto è stato elaborato da questa Agenzia nell'ambito del proprio programma di ricerca corrente per gli anni 2017-2018.

# Indice di Copertura Assistenziale Minimo

L'assistenza sociosanitaria teorica a 2,5 milioni di anziani non autosufficienti comporterebbe un aumento della spesa stimabile in oltre il 300%, evidentemente insostenibile nella attuale fase congiunturale.

Pertanto, si è ipotizzato di determinare un **“Indice di copertura Assistenziale Minimo”** con cui fissare la copertura di *almeno* una quota del fabbisogno Sociosanitario. Come primo obiettivo si è ipotizzato di **assistere il 50% degli anziani non autosufficienti** (ossia 1,25 milioni di anziani pari al 2% della popolazione generale o al 18,5% degli over 74)

- si dovrebbero **realizzare almeno 87.000 nuovi posti letto in RSA accreditati e contrattualizzati con il SSN**, fino ad una dotazione di oltre 280.000;
- prevedere un **potenziamento dei servizi ADI per circa 350.000 nuovi assistibili**, per arrivare a una capacità di presa in carico domiciliare per 960.000 anziani.

**L'incremento di spesa annuale sarebbe pari a circa il +40%, (+3.900 mln di euro). A tale importo dovrebbero essere aggiunti i costi di investimento necessari per l'adeguamento dell'offerta di servizi.**



	Anziani 65+ NA Dep	Anziani in RSA attuali	Anziani in ADI attuali	Totale Anziani assistiti attuali	RSA obiettivo	ADI obiettivo	Indice Copertura Assistenziale Minimo	Δ PL RSA	Δ ADI	Δ Indice Copertura Assistenziale Minimo
Piemonte	157.545	27.538	27.334	<b>54.872</b>	27.538	51.234	<b>78.772</b>	-	-23.900	<b>-23.900</b>
Valle D'Aosta	4.645	5	88	<b>93</b>	375	1.948	<b>2.323</b>	-370	-1.860	<b>-2.230</b>
Lombardia	356.461	64.518	78.678	<b>143.196</b>	64.518	113.712	<b>178.230</b>	-	-35.034	<b>-35.034</b>
Trentino AA	27.674	8.810	4.082	<b>12.892</b>	8.810	5.027	<b>13.837</b>	-	-945	<b>-945</b>
Veneto	156.971	29.929	58.037	<b>87.966</b>	29.929	48.557	<b>78.486</b>	-	9.480	<b>9.480</b>
Friuli VG	51.003	7.793	20.600	<b>28.393</b>	7.793	17.708	<b>25.501</b>	-	2.892	<b>2.892</b>
Liguria	75.347	7.209	14.734	<b>21.943</b>	7.209	30.465	<b>37.674</b>	-	-15.731	<b>-15.731</b>
Emilia Romagna	162.514	18.866	105.018	<b>123.884</b>	18.866	62.391	<b>81.257</b>	-	42.627	<b>42.627</b>
Toscana	137.620	13.356	95.025	<b>108.381</b>	13.356	55.454	<b>68.810</b>	-	39.571	<b>39.571</b>
Umbria	40.274	2.442	9.032	<b>11.474</b>	3.250	16.887	<b>20.137</b>	-808	-7.855	<b>-8.663</b>
Marche	73.652	4.097	10.320	<b>14.417</b>	5.944	30.882	<b>36.826</b>	-1.847	-20.562	<b>-22.409</b>
Lazio	206.613	6.129	55.564	<b>61.693</b>	16.673	86.634	<b>103.307</b>	-10.544	-31.070	<b>-41.614</b>
Abruzzo	60.117	1.663	15.534	<b>17.197</b>	4.852	25.206	<b>30.058</b>	-3.189	-9.672	<b>-12.861</b>
Molise	16.685	35	2.722	<b>2.757</b>	1.347	6.995	<b>8.342</b>	-1.312	-4.273	<b>-5.585</b>
Campania	249.918	991	29.964	<b>30.955</b>	20.167	104.792	<b>124.959</b>	-19.176	-74.828	<b>-94.004</b>
Puglia	108.428	4.386	18.244	<b>22.630</b>	8.750	45.464	<b>54.214</b>	-4.364	-27.220	<b>-31.584</b>
Basilicata	203.649	141	7.573	<b>7.714</b>	16.434	85.390	<b>101.824</b>	-16.293	-77.817	<b>-94.110</b>
Calabria	31.858	2.112	11.119	<b>13.231</b>	2.571	13.358	<b>15.929</b>	-459	-2.239	<b>-2.698</b>
Sicilia	297.649	1.314	39.355	<b>40.669</b>	24.019	124.806	<b>148.825</b>	-22.705	-85.451	<b>-108.156</b>
Sardegna	82.172	465	9.124	<b>9.589</b>	6.631	34.455	<b>41.086</b>	-6.166	-25.331	<b>-31.497</b>
<b>Italia</b>	<b>2.500.796</b>	<b>201.799</b>	<b>612.147</b>	<b>813.946</b>	<b>289.032</b>	<b>961.366</b>	<b>1.250.398</b>	<b>-87.233</b>	<b>-349.219</b>	<b>-436.452</b>



# Network non autosufficienza 2020-2021

Molte analisi sul comportamento delle strutture residenziali durante la pandemia cadono nell'errore di considerarle come entità che operano in una sorta di vuoto, in assenza di vincoli o indicazioni provenienti da altri soggetti istituzionali. Da qui a fare delle strutture “un capro espiatorio perfetto” (Bonacina, 2020) per l'accaduto, il passo è breve.

# Network non autosufficienza

- Quale idea si è fatta l'opinione pubblica italiana di tali strutture dopo la grande attenzione mediatica che le ha investite durante la pandemia? Prevalentemente, ha percepito che sono luoghi pericolosi, focolai di malattia e di morte.
- L'eredità di un simile messaggio, trasmesso con toni forti in un momento ad alta drammaticità emotiva, rimarrà nel tempo.
- Pertanto, nel prossimo futuro saremo tutti chiamati a uno sforzo senza precedenti di informazione e comunicazione rivolto alla società italiana per spiegare cosa sono, nella realtà, le strutture residenziali per anziani, sgomberando il campo da letture superficiali.

# Network non autosufficienza

È importante avviare una seria discussione sulle esigenze formative del personale: dai medici, che troppo spesso sono estranei alle logiche delle cure di lunga durata; agli infermieri, che possono e debbono assumere ruoli di maggiore autonomia e rilievo; agli Oss, il vero asse portante del lavoro nelle residenze, che meriterebbero maggiori riconoscimenti anche sul piano economico.

# **Agenzia per i servizi sanitari regionali 2018**

## **Progetto di ricerca corrente**

**Assistenza territoriale agli anziani non autosufficienti:  
sistemi di classificazione, appropriatezza, costi**

## **Relazione Finale**

Il progetto è stato elaborato da questa Agenzia  
nell'ambito del proprio programma di ricerca corrente per  
gli anni 2017-2018.

## Indice di Copertura Assistenziale Minimo

**L'assistenza sociosanitaria teorica a 2,5 milioni di anziani non autosufficienti comporterebbe un aumento della spesa stimabile in oltre il 300%, evidentemente insostenibile nella attuale fase congiunturale.**

Pertanto, si è ipotizzato di determinare un **“Indice di copertura Assistenziale Minimo”** con cui fissare la copertura di *almeno* una quota del fabbisogno Sociosanitario. Come primo obiettivo si è ipotizzato di **assistere il 50% degli anziani non autosufficienti** (ossia 1,25 milioni di anziani pari al 2% della popolazione generale o al 18,5% degli over 74)

- si dovrebbero **realizzare almeno 87.000 nuovi posti letto in RSA accreditati e contrattualizzati con il SSN**, fino ad una dotazione di oltre 280.000;
- prevedere un **potenziamento dei servizi ADI per circa 350.000 nuovi assistibili**, per arrivare a una capacità di presa in carico domiciliare per 960.000 anziani.

**L'incremento di spesa annuale sarebbe pari a circa il +40%, (+3.900 mln di euro). A tale importo dovrebbero essere aggiunti i costi di investimento necessari per l'adeguamento dell'offerta di servizi.**



	Anziani 65+ NA Dep	Anziani in RSA attuali	Anziani in ADI attuali	Totale Anziani assistiti attuali	RSA obiettivo	ADI obiettivo	Indice Copertura Assistenziale Minimo	Δ PL RSA	Δ ADI	Δ Indice Copertura Assistenziale Minimo
Piemonte	157.545	27.538	27.334	<b>54.872</b>	27.538	51.234	<b>78.772</b>	-	-23.900	<b>-23.900</b>
Valle D'Aosta	4.645	5	88	<b>93</b>	375	1.948	<b>2.323</b>	-370	-1.860	<b>-2.230</b>
Lombardia	356.461	64.518	78.678	<b>143.196</b>	64.518	113.712	<b>178.230</b>	-	-35.034	<b>-35.034</b>
Trentino AA	27.674	8.810	4.082	<b>12.892</b>	8.810	5.027	<b>13.837</b>	-	-945	<b>-945</b>
Veneto	156.971	29.929	58.037	<b>87.966</b>	29.929	48.557	<b>78.486</b>	-	9.480	<b>9.480</b>
Friuli VG	51.003	7.793	20.600	<b>28.393</b>	7.793	17.708	<b>25.501</b>	-	2.892	<b>2.892</b>
Liguria	75.347	7.209	14.734	<b>21.943</b>	7.209	30.465	<b>37.674</b>	-	-15.731	<b>-15.731</b>
Emilia Romagna	162.514	18.866	105.018	<b>123.884</b>	18.866	62.391	<b>81.257</b>	-	42.627	<b>42.627</b>
Toscana	137.620	13.356	95.025	<b>108.381</b>	13.356	55.454	<b>68.810</b>	-	39.571	<b>39.571</b>
Umbria	40.274	2.442	9.032	<b>11.474</b>	3.250	16.887	<b>20.137</b>	-808	-7.855	<b>-8.663</b>
Marche	73.652	4.097	10.320	<b>14.417</b>	5.944	30.882	<b>36.826</b>	-1.847	-20.562	<b>-22.409</b>
Lazio	206.613	6.129	55.564	<b>61.693</b>	16.673	86.634	<b>103.307</b>	-10.544	-31.070	<b>-41.614</b>
Abruzzo	60.117	1.663	15.534	<b>17.197</b>	4.852	25.206	<b>30.058</b>	-3.189	-9.672	<b>-12.861</b>
Molise	16.685	35	2.722	<b>2.757</b>	1.347	6.995	<b>8.342</b>	-1.312	-4.273	<b>-5.585</b>
Campania	249.918	991	29.964	<b>30.955</b>	20.167	104.792	<b>124.959</b>	-19.176	-74.828	<b>-94.004</b>
Puglia	108.428	4.386	18.244	<b>22.630</b>	8.750	45.464	<b>54.214</b>	-4.364	-27.220	<b>-31.584</b>
Basilicata	203.649	141	7.573	<b>7.714</b>	16.434	85.390	<b>101.824</b>	-16.293	-77.817	<b>-94.110</b>
Calabria	31.858	2.112	11.119	<b>13.231</b>	2.571	13.358	<b>15.929</b>	-459	-2.239	<b>-2.698</b>
Sicilia	297.649	1.314	39.355	<b>40.669</b>	24.019	124.806	<b>148.825</b>	-22.705	-85.451	<b>-108.156</b>
Sardegna	82.172	465	9.124	<b>9.589</b>	6.631	34.455	<b>41.086</b>	-6.166	-25.331	<b>-31.497</b>
<b>Italia</b>	<b>2.500.796</b>	<b>201.799</b>	<b>612.147</b>	<b>813.946</b>	<b>289.032</b>	<b>961.366</b>	<b>1.250.398</b>	<b>-87.233</b>	<b>-349.219</b>	<b>-436.452</b>

**Tab. 1 - LE PROPOSTE NAZIONALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

ANNO	SOGGETTO	PROPOSTA
1997	Commissione Onofri	Fondo per prestazioni di assistenza ai non autosufficienti
2002	Carlo Hanau	Fondo per la non autosufficienza
2002	Commissione Sirchia-Maroni	Commissione di studio sulla prevenzione e il trattamento delle non autosufficienze
2003	Commissione Affari sociali della Camera (Zanotti)	Proposta di legge: Fondo nazionale per il sostegno delle persone non autosufficienti
2004	Capp, CER, Servizi Nuovi	Livelli essenziali per gli anziani non autosufficienti (Lesna)
2005	CGIL-CISL-UIL pensionati	Proposta di legge di iniziativa popolare: Piano di interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo nazionale
2006	Castellani et alii	Proposta di legge: Fondo nazionale di solidarietà
2006	Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa	Riforma dell'assistenza ai non autosufficienti
2006	Governo Prodi	Fondo per le non autosufficienze approvato con la Finanziaria 2007
2007	Governo Prodi, Ministro Ferrero	Disegno di legge delega sulla non autosufficienza
2009	Ministro Sacconi	Libro bianco "La vita buona nella società attiva"
2012	NNA	Fondo per il futuro della non autosufficienza
2012	Sottosegretario Guerra	Tentativo di decreto legge: Programma nazionale per la non autosufficienza
2012-2013	Fioroni	Proposta di legge: Fondo per la non autosufficienza
2013	Grassi et alii	Proposta di legge: Fondo per la non autosufficienza e delega
2013	Grassi et alii	Proposta di legge: istituzione di un sistema di protezione e cura per le persone non autosufficienti
2011-2013-2016	ARS Associazione Ricerca sociale (in coll. Con CAPP e IRS)	Politiche di sostegno e promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza.

# Le priorità

**Le richieste di risorse sanitarie e sociali superano le risorse disponibili. Di conseguenza, i servizi da finanziare vengono individuati a scapito di altri.**

**Il dilemma della scarsità esiste in ogni Paese, anche nei più ricchi.**

**Indipendentemente dal mix di spesa privata e spesa pubblica o dall'«organizzazione» del sistema, ogni giorno i decisori razionano i servizi sanitari.**

**Stabilire le priorità** in sanità non si traduce nel razionamento se non si sottraggono prestazioni e beni vitali e se si rispettano i tre principi che caratterizzano la piattaforma etica: ***la dignità umana, il fabbisogno secondo solidarietà, l'efficienza della spesa.***



- **La prioritizzazione non porta inevitabilmente al razionamento** se è una ricerca di allocazione sistematica e consona al fabbisogno, preceduta – come in Svezia – dall’informazione dell’opinione pubblica.
- **La prioritizzazione è compatibile con l’inviolabilità della dignità umana** poichè l’adozione di criteri prioritari secondo lo stato d’infermità, la gravità, l’urgenza e le prospettive di successo della cura ravvivano la moralità nazionale.
- **La prioritizzazione non porta all’esclusione d’interi gruppi di pazienti o patologie.** *In teoria per questo risulta più iniquo introdurre tickets per fasce di reddito.* Questa obiezione è motivata solo qualora si riservasse una priorità di tipo orizzontale a gruppi di malattie, come avvenuto, per esempio, nello stato americano dell’Oregon ma non quando come in Svezia sui singoli settori assistenziali (p.es. patologie cardiache, patologie polmonari) si formano accoppiamenti fissi fra stati di malattia e prestazioni mediche (cosiddetti “conditions-treatment pairs”), assegnandoli a una fra 10 classi (1=massima priorità, 10=minima priorità). In questo modo non si esclude a priori alcuna patologia.
- **La prioritizzazione non limita la libertà clinica del medico.** Le linee guida sono tracciate da gruppi di lavoro a componente medica maggioritaria. In questo caso è proprio la clinica a definire le priorità. Grazie alla loro formulazione aperta delle situazioni cliniche queste linee guida sono meno vincolanti di quelle sulla pratica clinica e rappresentano uno strumento d’orientamento per clinici, dirigenti e decisori.
- **La prioritizzazione non è la ricetta contro tutti i mali, ma è un’opzione possibile, i cui rischi e benefici debbono essere soppesati di volta in volta.**

Occorre essere maggiormente consapevoli è che in Italia non mancano le eccellenze, le competenze professionali mediche, infermieristiche, tecniche: il problema reale è la capacità di ottimizzazione delle risorse tecnologiche, umane, economico finanziarie verso strategie e politiche per la salute che abbiano obiettivi di medio e lungo periodo chiari, definiti e percepibili dalla popolazione.

**Occorre uscire dalla logica della perenne emergenza ed entrare in quella della costante programmazione e riprogrammazione delle priorità.**



## Casse, Fondi e Società di mutuo soccorso

*“Organizzazioni prevalentemente private, variamente denominate, che raccolgono, su base volontaria, risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale a livello nazionale, regionale o locale, per fornire prestazioni sanitarie e sociosanitarie che integrano quelle assicurate dal Servizio sanitario Nazionale e dal Sistema di protezione sociale, per finalità non orientate al profitto”.*

Mastrobuono I, Guzzanti E., Cicchetti A., Mazzeo M.C. Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1999

Modificata maggio 2012

# La costruzione di un secondo pilastro sociosanitario

La costruzione di un “secondo pilastro” non deve essere interpretata come antagonista rispetto al servizio pubblico ma come un modo per orientare la spesa privata a sostegno dello stesso, **responsabilizzando i cittadini aderenti** (la ricerca dell’appropriatezza delle prestazioni non è appannaggio solo del pubblico), **favorendo la condivisione ai più alti livelli di governo di strategie di integrazione, contrastando l’elusione fiscale, riducendo la rinuncia alle cure** per i costi elevati delle prestazioni, **aumentando l’occupazione** (visto che il blocco del turn-over del personale impedisce da un decennio ormai, l’inserimento di nuovo personale nel SSN).

**La vera integrazione sarà nel futuro la condivisione di percorsi assistenziali per fasce di età e l’inserimento dei relativi finanziamenti per tipologie di prestazioni.**

Non è difficile immaginare un ruolo più determinante dei fondi integrativi e della mutualità (che nulla ha a che vedere con le cosiddette “mutue” del periodo precedente l’istituzione del SSN) nella erogazione di pacchetti di prevenzione e di pacchetti per patologie (ipertensione, diabete, **non autosufficienza, etc.**) .....in attesa che tutto il mondo del finanziamento mediato sia finalmente normato e che sia esteso a tutti i cittadini la possibilità di aderire ad un **secondo pilastro della sanità pubblica, ispirato al principio della solidarietà, soprattutto tra generazioni, problema che tra qualche anno investirà la nostra Società in modo imponente.**

*Grazie per l'attenzione*