

Proposta di emendamento all'Art. 3 comma 10

All'art. 3 comma 10 dopo le parole “ della prestazione nei confronti dell'assistito” aggiungere “ *Al fine di ridurre ulteriormente la pressione sulle liste di attesa, per i soggetti che dispongono di coperture derivanti dalla sanità integrativa mutualistica e contrattuale, nel rispetto delle classi di priorità, le direzioni generali aziendali garantiscono l'erogazione delle prestazioni richieste, ove su richiesta del paziente, venga prenotata la prestazione nel sistema sanitario privato e mediante le prenotazioni effettuate dal paziente in regime privatistico, anche ove il regime privatistico sia rimborsato da Fondi sanitari (Fondi sanitari integrativi, enti casse e società di Mutuo soccorso). Tale richiesta verrà segnalata dalla direzione generale aziendale e verrà processata dal sistema sanitario privato*”.

Proposta di emendamento all'Art. 4 comma 1

All'art. 4 comma 1 dopo le parole “.....la fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni può essere prolungata” aggiungere “*Su richiesta del paziente le visite diagnostiche e specialistiche possono essere effettuate anche nelle strutture sanitarie private, anche ove la spesa della prestazione possa essere rimborsata dal Fondo sanitario integrativo e/o Ente, Cassa, società di Mutuo soccorso a cui è iscritto riducendo la pressione sulle liste di attesa*”. Rimane invariato il periodo successivo del comma 1.

Relazione Illustrativa: Tutti i principali Paesi Europei hanno costruito, negli anni, Sistemi Sanitari Nazionali “multilivello” fondati sulla virtuosa cooperazione tra Sistema Pubblico – cosiddetto Primo Pilastro –, Sanità Integrativa fruita prevalentemente da lavoratori dipendenti ed autonomi – il cosiddetto Secondo Pilastro –, strutture private accreditate e non. Si ritiene quindi rilevante, in una logica di sussidiarietà e integrazione del SSN, fornire al paziente la facoltà di utilizzare anche le strutture, pubbliche o private, convenzionate con i Fondi Sanitari, ove il rimborso delle spese sostenute delle prestazioni sanitarie sia a totale carico dei Fondi Sanitari essendo esse garantite dai Piani Sanitari previsti dai rispettivi CCNL di categoria. Tale facoltà risulterebbe di ausilio al SSN con un risparmio della finanza pubblica e con una conseguente minor pressione sulle liste di attesa anche in una logica di riduzione delle attività di prenotazione a carico del CUP. Utilizzare meglio il Secondo Pilastro di Sanità Integrativa che oggi assiste oltre 16 milioni di italiani, in una logica di ausilio e non duplicazione delle prestazioni offerte dal SSN, è obiettivo indispensabile per ottenere quale risultato finale la piena soddisfazione del bisogno di cura e prestazioni dei cittadini.

Proposta in emendamento dopo l'art. 4 inserire l'art. 4 -bis commi 1 e 2

“Art. 4 -bis Disposizioni in materia di forme di assistenza sanitaria integrativa

1: Al fine di rendere più sinergico il rapporto tra SSN e Sanità Integrativa mutualistica di derivazione contrattuale e professionale, riducendo così significativamente duplicazioni di prestazioni ed asimmetrie in fase di programmazione che incidono poi negativamente sull'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, i fondi sanitari integrativi istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a) del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 devono operare nei seguenti ambiti,

a) Ambito integrativo al Servizio Sanitario Nazionale (Extra Lea, prestazioni totalmente escluse dai Lea): 1) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di

socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera; 2) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza; 3) prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali e altre prestazioni fisioterapiche e prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza; 4) prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie; 5) prestazioni e servizi per prevenzione delle malattie croniche tramite la promozione di stili di vita sani.

b) Ambito complementare al Servizio Sanitario Nazionale (prestazioni comprese nei LEA): 1) visite specialistiche; 2) diagnostica; 3) prestazioni e servizi sanitari per la prevenzione secondaria, e promozione e supporto all'accesso all'attività sportiva.

c) Ambito sostitutivo al Servizio Sanitario Nazionale (prestazioni comprese nei LEA)

2. Gli ambiti di cui ai punti a) e b) si intendono rispettati a condizione che in ogni ambito almeno il 40 per cento delle risorse complessive sia destinato all'erogazione di prestazioni coincidenti con quelle di cui ai punti a) e b) del medesimo articolo.

3. Entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente Legge, il Ministro della salute aggiorna il decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 27 ottobre 2009”.

4. Al fine di rendere sistematica la nomenclatura delle prestazioni integrative e complementari di cui alle lettere a) e b) del comma 1, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute, con proprio decreto, da adottare nell'ambito dell'attività di monitoraggio svolta dall'Anagrafe dei Fondi sanitari istituita presso il Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, provvede a redigere, anche a seguito dei dati raccolti dal Cruscotto dei fondi sanitari, istituito ai sensi dell'articolo 2 del decreto del Ministero della salute del 30 settembre 2022, la classificazione delle prestazioni sanitarie integrative e complementari, istituendo un Nomenclatore delle prestazioni sanitarie integrative e complementari che potranno essere identificate all'interno del Nomenclatore dei Fondi Sanitari.

Relazione Illustrativa: L'inserimento dell'art. 4-bis al comma 1 legittima e rafforza le Forme sanitarie integrative (fondi sanitari integrativi e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi finalità esclusivamente assistenziale), il c.d. Il Pilastro del Sistema Sanitario Nazionale, come strumenti disponibili e accessibili per l'assistito, in aiuto al SSN e al Sistema sanitario accreditato, in virtù del diritto costituzionale previsto all'art. 38, e funzionali anche ai fini della riduzione delle liste di attesa. In questo senso l'azione delle suddette Forme è di affiancamento e rafforzamento del SSN, senza alcuna volontà di sostituirsi ad esso, garantendone un supporto necessario in termini di risorse. La legittimazione di tali forme risponde al principio di sussidiarietà e solidarietà tra SSN e Forme sanitarie integrative per una gestione efficiente della domanda di salute e del diritto alla salute. Nell'introdurre l'uso delle forme sanitarie integrative per l'erogazione delle prestazioni sanitarie anche al fine della riduzione delle liste d'attesa, il provvedimento al comma 1 mira a ridefinire gli ambiti di intervento dei fondi sanitari integrativi e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi finalità esclusivamente assistenziale, nel senso di aumentare l'integrazione di tali Forme sanitarie integrative con il SSN. Nel 2022 i Fondi Sanitari iscritti all'Anagrafe dei Fondi erano 324 con un totale di prestazioni sanitarie LEA ed extra LEA di oltre 10 milioni per un controvalore economico di 3.243.378.706 Euro, la componente extra LEA è stata quantificata in 1.069.353.184 Euro ovvero pari al 33% del totale di tutte le prestazioni sanitarie erogate/rimborsare. Il Totale degli iscritti ai Fondi Sanitari all'Anagrafe ammonta a 16.272.852 comprendendo lavoratori dipendenti, nuclei famigliari e pensionati. Tali dati attestano l'importanza del legittimare le forme sanitarie integrative per la riduzione delle liste di attesa e per mantenere il ruolo di tali forme a sostegno del SSN.

2: Omissioni contributive: I fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, e gli enti, casse e società di

mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modificazioni devono, per contrastare l'omissione contributiva ad opera del datore di lavoro in virtù di quanto previsto dai CCNL applicati, stipulare con INPS una convenzione per il servizio di riscossione dei contributi secondo lo schema di cui alla determinazione INPS n. 71 del 18 ottobre 2023.

INPS è autorizzato al trattamento dei dati connessi alla attuazione delle convenzioni nonché a trasferire, su richiesta dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 20 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 e successive modificazioni, di cui al comma 1 del presente articolo, i dati previsti dell'art. 6 della determinazione INPS n. 71 del 18 ottobre 2023, nonché in virtù del presente articolo anche i dati anagrafici delle aziende adempienti e non adempienti.

INL, vigila d'ufficio o su segnalazione dei fondi sanitari integrativi ovvero degli enti, casse e società aventi finalità esclusivamente assistenziale, sull'omissione dei contributi non versati, consentendo ai fondi sanitari integrativi ovvero degli enti, casse e società aventi finalità esclusivamente assistenziale di agire per il recupero dei contributi omessi in nome e per conto del lavoratore.

Entro il 30 settembre di ciascun anno, l'Anagrafe dei fondi sanitari, istituita presso il Ministero della Salute, di concerto con il CNEL, detentore dell'archivio nazionale dei contratti collettivi di lavoro ai sensi dell'Art. 17 della legge 30 dicembre 1986, n. 936, pubblica sulla propria sezione del sito istituzionale del Ministero della Salute l'elenco dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e degli enti, delle casse e delle società di mutuo soccorso di cui al comma 1, previsti dai contratti collettivi nazionali di riferimento ed iscritti all'Anagrafe dei Fondi.

Relazione Illustrativa: L'inserimento dell'art. 4-bis comma 2 nell'introdurre l'uso delle forme sanitarie integrative per l'erogazione delle prestazioni sanitarie anche al fine della riduzione delle liste d'attesa, mira a contrastare l'elusione contributiva delle forme sanitarie integrative che sono emanazione della contrattazione collettiva per aumentare la platea dei lavoratori iscritti a tali forme, che si attestano a circa 9.400.000 nel 2021 su un potenziale di circa 15.000.000 di lavoratori. Il recupero dell'elusione contributiva permetterebbe di far aumentare gli iscritti ai Fondi Sanitari e quindi consentire una riduzione della pressione sanitaria sul SSN e sulle liste d'attesa.