



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 11

*N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.*

**10<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE** (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

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

55<sup>a</sup> seduta: mercoledì 5 aprile 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI  
indi della vice presidente CANTÙ

**INDICE****Audizione di rappresentanti di ANDI, FNOPI, FNO TSRM e PSTRP e AIO**

PRESIDENTE:		<i>BEUX</i> . . . . .	<i>Pag.</i> 8
- CANTÙ . . . . .	<i>Pag.</i> 8, 10, 15 e <i>passim</i>	<i>GHIRLANDA</i> . . . . .	10, 17
- ZAFFINI . . . . .	3, 5, 6	* <i>PAIS DEI MORI</i> . . . . .	6
MANCINI ( <i>FdI</i> ) . . . . .	16	<i>SAVINI</i> . . . . .	3, 6, 17
MAZZELLA ( <i>M5S</i> ) . . . . .	15		
ZULLO ( <i>FdI</i> ) . . . . .	16		

---

***N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori***

*Sigle dei Gruppi parlamentari: Azione-Italia Viva-RenewEurope: Az-IV-RE; Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE; Cd'I-NM (UDC-CI-Nci-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-Patt, Campobase, Sud Chiama Nord): Aut (SVP-Patt, Cb, SCN); Misto: Misto; Misto-ALLENZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS.*

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza di ANDI, Carlo Ghirlanda, presidente, accompagnato da Corrado Bondi, vicepresidente, e Natale Arcuri, consulente; in rappresentanza di FNOPI, Luigi Pais dei Mori, consigliere nazionale; in rappresentanza di FNO TSRM e PSTRP, Alessandro Beux, componente del comitato centrale; in rappresentanza di AIO, Danilo Savini, segretario sindacale, accompagnato da Stefano Colasanto, consigliere.*

*I lavori hanno inizio alle ore 9,05.*

### **Presidenza del presidente ZAFFINI**

#### *SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI*

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali *web* e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto inoltre che, previa autorizzazione del Presidente del Senato, la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il resoconto stenografico.

#### *PROCEDURE INFORMATIVE*

#### **Audizione di rappresentanti di ANDI, FNOPI, FNO TSRM e PSTRP e AIO**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'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, sospesa nella seduta del 28 marzo.

È oggi prevista l'audizione di rappresentanti di ANDI, FNOPI, FNO TSRM e PSTRP e AIO.

Do la parola al dottor Danilo Savini, segretario sindacale dell'Associazione italiana odontoiatri (AIO).

*SAVINI.* Signor Presidente, la ringraziamo per la convocazione in audizione, presentando anche gli auguri del nostro presidente nazionale, il dottor Gerhard Seeberger.

L'indagine conoscitiva per la nostra associazione è non solo opportuna, ma fondamentale, perché stiamo parlando di un argomento che per quanto riguarda la nostra associazione è centrale ormai da vent'anni. Gli odontoiatri sono la professione sanitaria che più di ogni altra ha avuto a che fare con la sanità integrativa, perché, come ben sappiamo, i fondi, per ottenere i benefici fiscali, devono dirigere il 20 per cento del loro esborso all'odontoiatria e alla disabilità. È importante notare che quasi tutto viene rivolto all'odontoiatria e pochissimo alla disabilità, perché comunque dai fondi integrativi normalmente vengono scelte le terapie (questo l'abbiamo visto in vent'anni ed è incontrovertibile). Scelgono, quindi, le terapie che riescono a gestire e a strutturare in maniera attuariale (non medica) in modo migliore, con un miglior rientro; questo è il loro lavoro.

Entriamo direttamente nel merito di quelli che giustamente sono stati definiti i LEI (livelli essenziali integrativi). Attualmente i livelli essenziali integrativi non esistono. Viene scelto dal fondo cosa coprire all'interno di un settore; noi siamo l'odontoiatria, ma questo è riferibile a ogni altro settore medico. In odontoiatria l'abbiamo visto direttamente, perché, essendo l'odontoiatria per il 95 per cento privata, abbiamo a che fare direttamente con i fondi e vediamo che il tipico atteggiamento, indipendentemente dal tipo di fondo (mutualistico, « doc », « non doc », eccetera), è quello di scegliere le terapie. Nel nostro settore ci si allontana dalle terapie preventive e si remunerano le terapie riabilitative, che è un controsenso. Per esempio, vengono eliminate dai fondi tutte le terapie igieniche preventive. Tre settimane fa c'è stata la Giornata mondiale della salute orale, nel corso della quale il Ministro della salute ci ha stressato sulla prevenzione. Tre giorni fa, fra i cinque punti fondamentali del signor Ministro c'è stata la prevenzione, perché altrimenti – ha detto – il nostro sistema sanitario nazionale non sarà assolutamente sostenibile. Se non investiamo in prevenzione e non abbassiamo la necessità di terapia, nessuno riuscirà mai a dare abbastanza terapia.

Secondo la Corte dei conti, nel 2022 abbiamo avuto 37,11 miliardi di euro di spesa *out of pocket* (probabilmente 45 miliardi effettivi). A spanne, un terzo circa, o forse un quarto, viene diretto all'odontoiatria; parliamo di circa 9 miliardi. Di questi 9 miliardi, solamente circa il 20-25 per cento è intermediato. È importante che venga intermediato di più? Probabilmente sì. Tuttavia questa intermediazione riguarda solo coloro che già hanno una contrattistica alta e che sono gli stessi che se lo possono permettere *out of pocket*; ma la sanità integrativa dovrebbe avere una platea che comprendesse tutti, soprattutto chi non se lo può permettere. E soprattutto, cosa che forse si vuole poco sentire, se ci deve essere libertà di accesso alla sanità integrativa, ci deve essere altrettanta libertà di esecuzione delle terapie con qualsiasi terapeuta. Se si fanno elenchi di terapeuti, questo è il sistema che noi abbiamo visto negli ultimi vent'anni, e non ci si è mai schiodati da questo; il sistema di scegliere le terapie, portare le terapie verso terapie non preventive, fare anti-sanità e solo economicismo. I LEI, che ho sentito citare che mi hanno aperto gli occhi, nel senso di felicità, devono essere questo. Ma i LEI significano

che il fondo non deve scegliere le terapie; è la patologia, è il mondo, è la realtà che sceglie le terapie. Il fondo deve trovare un sistema di compensazione e di gestibilità. Se il paziente non può scegliere il suo terapeuta, finisce la medicina. Se noi passiamo da 9 miliardi a 45 miliardi intermediati, prendendo questi soldi e dandoli semplicemente, questi sono soldi che gli italiani tirano fuori di tasca loro per scegliersi e per pagarsi una salute. Se li facciamo entrare solamente nel circuito economico senza farli diventare solo salute, abbiamo preso i soldi della salute degli italiani e li abbiamo investiti nel circuito economico. Non credo che sia questo il nostro obiettivo; almeno non è l'obiettivo della nostra associazione.

In conclusione, c'è una cosa fondamentale per noi. Abbiamo depositato gli atti e abbiamo depositato anche uno *short paper* di tre pagine che dice esattamente queste cose, prima che ci faceste le domande. La cosa fondamentale è che i fondi non abbiano una platea limitata, perché abbiamo visto la perversione di tutto questo come odontoiatri. Considerate che sta sulle nostre posizioni anche l'associazione degli odontoiatri convenzionati diretti. È importante che non ci sia una convenzione diretta e che gli iscritti possano scegliere qualsiasi medico, perché i medici già fanno parte di un albo, che dice che sono abilitati; quella è l'abilitazione, e il cittadino ha diritto di scegliere fra tutti, lo dice l'articolo 32 della Costituzione (ma questo, come dire, è troppo alto per me). Questa è una cosa fondamentale.

Suggeriamo, se fosse possibile, che una parte delle terapie remunerate tramite i fondi vengano eseguite in *intramoenia* intramuraria (parlo del mio settore), perché i reparti di odontoiatria degli ospedali sono ipousati (vengono usati tre o quattro ore al giorno). Una *intramoenia* intramuraria permette anche di riportare fondi all'interno del Servizio sanitario nazionale; quindi è una situazione *win-win*, in questo caso. L'*intramoenia* in un certo senso è una patologia, se la vediamo per esteso, perché dovrebbe funzionare tutto il sistema nazionale. Visto però che viviamo nella realtà e non nell'immaginario, è fondamentale che una parte dei soldi debba essere obbligatoriamente spesa in *intramoenia* intramuraria. Rifinanziamo il Servizio sanitario nazionale, rendendo efficienti dei servizi che altrimenti lavorano poco.

Vi ringrazio per l'attenzione.

PRESIDENTE. Vorrei chiedere una precisazione e trasmettere una sorta di provocazione. Uno degli intenti per cui la Commissione ha deciso di indagare cosa accade in questo mondo abbastanza variegato è dovuto proprio alla grande entità dell'*out of pocket* e al fatto che tale spesa non sia parametrata, rispetto agli altri Paesi europei, sulla quota intermedia, perché la quota intermedia è veramente irrisoria. Se lasciamo il cittadino, che in questo caso è un cittadino fragile, perché portatore di un bisogno di cura (più o meno vero, ma per lui comunque vero), da solo davanti al mercato e alla legge di mercato, è ovvio che il sistema rischia di diventare una sorta di *far west*. Su una cifra così rilevante, mettiamo delle regole. Credo che, in buona sintesi, lei stia dicendo che queste re-

gole o sono fatte come dice lei (cioè prevedendo giustamente la possibilità di scegliere il terapeuta) oppure sarebbe meglio non metterle.

*SAVINI.* Noi abbiamo un sistema che è stato modificato tre volte, proprio per evitare queste cose; ma non ci si è mai riusciti, perché non sono stati inseriti questi correttivi. Se i fondi non avessero nessun intento speculativo puro, per loro non cambierebbe niente; quindi stranamente queste cose non sono state inserite. Diciamo che il rischio è che, se io metto delle regole come i LEI, questo è metà del lavoro. Va bene, i LEI sono un progresso, perché significa che non ti faccio scegliere le terapie, ma le scelgo io come Stato e quindi comunque le scelgo secondo un criterio pubblicistico. Vanno bene i LEI, ma se non metto la seconda fase si verifica automaticamente una distorsione delle terapie, perché tengono in mano le scelte terapeutiche tramite la leva economica (è automatico). Nel momento in cui io sposto la spesa intermediata da 9 miliardi a potenzialmente 40 miliardi (non succederà mai), mentre quei 30 miliardi di differenza diventano tutti salute, i 30 miliardi intermediati diventano 25 miliardi di salute, perché i fondi hanno delle spese di gestione, che loro considerano sempre tra il 5 e il 15 per cento, ma che in realtà si attestano fra il 25 e il 45 per cento. Quando noi facciamo intermediare un soldo, quel soldo poi in salute si riversa in una percentuale più bassa del cento per cento; questo ce lo dobbiamo ricordare. Se gli italiani hanno bisogno di 40 miliardi di salute in questo momento (perché li spendono, quindi ne hanno bisogno, in un modo o nell'altro), attraverso l'intermediazione si avrà bisogno di 50 miliardi. Bisogna stare attenti anche a questo aspetto. Le forme intermedie devono essere a bassissima burocrazia e con degli schemi molto semplificati, perché altrimenti costano molto.

*PRESIDENTE.* Do ora la parola al dottor Luigi Pais dei Mori, consigliere nazionale della Federazione nazionale degli ordini e delle professioni infermieristiche.

*PAIS DEI MORI.* Signor Presidente, ringrazio la Commissione per aver voluto sentire anche la voce degli infermieri su un tema per noi così importante. Rispondo alle domande che sono pervenute. Secondo il rapporto 2020-2021 della Ragioneria generale dello Stato, la spesa sanitaria è stata pari a 164 miliardi di euro, di cui 37 spesi per le prestazioni *out of pocket*. Se da un lato certamente ci saranno margini ulteriori di efficientamento del sistema, il mantenimento di alti *standard* qualitativi impone una riflessione sul tema della sostenibilità, intesa in più accezioni. Sicuramente sostenibilità del sistema, ma anche sostenibilità di accesso alle cure per il cittadino fragile, considerando opportunamente la capienza delle pensioni, soprattutto delle pensioni future.

Il tema della riflessione non è tanto politico, perché nessuno mette in dubbio i principi fondatori del sistema sanitario nazionale, quanto opportunamente tecnico. I dati ci restituiscono l'immagine plastica della realtà: il cittadino già cerca, qualche volta anche per l'assenza di soluzioni

diverse, la sponda del privato e la distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria per l'anno 2021 mostra che la ricrescita dei valori risulta equamente distribuita su tutto il territorio nazionale. Lo stesso nostro osservatorio sulla libera professione infermieristica ci fornisce un quadro piuttosto chiaro. In Italia, secondo i dati comunicati dal Ministero della salute e dal conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, sono attivi 398.000 infermieri, di cui 302.000 dipendenti a tempo indeterminato o determinato del sistema sanitario nazionale, 96.000 che operano come dipendenti di strutture private e private accreditate o in altri enti, compresi gli infermieri militari, e 43.295 infermieri liberi professionisti, titolari di partita IVA. Prendendo quindi atto della realtà, la FNOPI, pur tenendo saldi i principi di solidarietà, universalità ed equità del Sistema sanitario nazionale, non è aprioristicamente contraria a soluzioni sanitarie integrative intermedie, che puntino a garantire maggiore possibilità di accesso alle cure, considerando opportunamente che, in caso di particolare incisività del problema di salute (come grandi interventi oppure cure particolarmente onerose), lo Stato dovrà farsi carico dell'onere in onore al diritto alle cure sancito dalla Costituzione.

Relativamente alla seconda domanda, sulla promozione dell'adesione ai cosiddetti *network* convenzionati, come già citato la popolazione degli infermieri che esercitano in modalità libero-professionale è vasta e aumenta annualmente. A questo si aggiunge l'incremento della possibilità di esercizio in forma autonoma determinato dall'allentamento del vincolo di esclusività con la pubblica amministrazione, come sancito dal decreto-legge n. 34 del 2022; un punto essenziale di sviluppo professionale che FNOPI ha perseguito e vede come elemento sostanziale di supporto in risposta al grave problema della carenza di professionisti. Carenza che incarna la necessità di garantire adeguata assistenza infermieristica in un contesto di aumento sensibile della patologia cronica e, in generale, dell'invecchiamento della popolazione, per cui si stima la necessità di portare a sistema ulteriori 70.000 professionisti infermieri.

In tema di esercizio libero-professionale in forma associata, FNOPI da sempre cerca di diffondere la cultura del *network*, proprio per fornire al mercato una visione plurale di offerta, rappresentata dalle molteplici professionalità esperte e specialistiche che sono rappresentate in seno alla professione, mantenendo saldi i concetti di analisi dei bisogni assistenziali, di presa in carico e di continuità assistenziale, che rappresentano il DNA della professione infermieristica.

I livelli integrativi di assistenza sono già esistenti nel quadro delle sinergie tra l'INAIL e le Regioni e prevedono l'individuazione e il convenzionamento di strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, al fine di erogare prestazioni di ambito riabilitativo in favore dei lavoratori infortunati o affetti da malattia professionale. Riteniamo che la definizione dei livelli integrativi di assistenza rappresenti una misura necessaria, primariamente per monitorare l'andamento del fenomeno, ma anche e soprattutto per mantenere saldo il pilastro primario del sistema sanitario nazionale. A tal fine, riteniamo assolutamente positiva e opportuna la de-

finizione dei LIA specificamente infermieristici, per ritagliare puntualmente, valorizzare e monitorare le prestazioni ai piani assistenziali assicurati nei confronti degli aderenti. Siamo convinti che gli infermieri anche in questa nuova prospettiva possono rappresentare un valore aggiunto e la FNOPI si mette a piena disposizione delle istituzioni per essere agente attivo di questo cambiamento culturale, oltre che per la predisposizione di progettualità mirate al supporto diretto delle prestazioni assistenziali, considerando la tematica specifica della fragilità, per la quale gli infermieri sono naturalmente i professionisti di rilievo.

Lascio a vostra disposizione la memoria scritta di quanto ho dichiarato e vi ringrazio.

### **Presidenza della vice presidente CANTÙ**

PRESIDENTE. Do ora la parola al dottor Beux.

*BEUX.* Buongiorno Presidente, buongiorno senatori. Vi porto il saluto della presidente Teresa Calandra, che oggi non aveva la possibilità di essere qui con voi, e, insieme al suo saluto, il ringraziamento per l'invito in audizione, che per noi è testimonianza di interesse nei confronti del nostro pensiero anche su questa tematica.

Seppur rispettosi dell'autonomia e delle decisioni del legislatore, riteniamo in premessa opportuno evidenziare che le nostre competenze e la nostra rappresentanza istituzionale attengono alle professioni che agiscono all'interno del sistema sanitario e che pertanto non reputiamo di essere i soggetti maggiormente qualificati ad affrontare il tema nella sua dimensione più tecnica. Ciò malgrado, non ci vogliamo esimere dal fornire il nostro contributo, sulla base delle nostre sensibilità e delle nostre parziali conoscenze sul tema, secondo l'ordine delle domande che ci avete inviato qualche giorno fa, pur rilevando che detti quesiti sono molto tecnici, risultando di non facile gestione in assenza di un completo e puntuale quadro informativo che al momento non abbiamo.

Relativamente al primo quesito, nessuna preclusione ideologica nei confronti dell'opportunità di rimodulare il perimetro di operatività delle forme sanitarie integrative nel campo delle prestazioni complementari al sistema sanitario nazionale, partendo però dalla ferma necessità di rispettare i principi del Servizio sanitario nazionale di globalità dell'assistenza garantita e di equità, in quanto la sanità integrativa riguarda quasi sempre chi lavora e può pertanto permettersela. In questo senso, non vanno dimenticate tutte quelle persone senza lavoro o con un lavoro precario. Inoltre è indispensabile fare chiarezza su ciò che si intende con i termini « integrativo », « complementare » e « sostitutivo ». Ad oggi, per quanto di nostra conoscenza, non esiste una tassonomia condivisa delle coperture sanitarie ulteriori rispetto a quella pubblica e non abbiamo definizioni precise e chiare, quindi univoche, di quel che ricade all'interno di ognuna delle tre fattispecie. Non solo la normativa, ma nemmeno la letteratura o

gli organismi internazionali ce le hanno sinora consegnate; è un vuoto che riteniamo si debba colmare subito, perché quei termini sono punti di riferimento essenziali per un corretto orientamento nella tematica.

Relativamente alla seconda domanda, sui *network* convenzionati o *network* di professionisti, per essere più precisi nella risposta sarebbe utile conoscere maggiori dettagli e informazioni sulle modalità con le quali si intenderebbe promuoverli. Allo stesso tempo, ci si deve interrogare sul perché lo Stato dovrebbe interferire nelle scelte relative a modelli organizzativi che i fondi e i singoli professionisti possono già oggi adottare. Ciò malgrado, anche su questo aspetto non abbiamo alcuna posizione preconcepita, pur dovendo meglio comprendere quale sarebbe la loro funzione di sistema, che non potrebbe limitarsi al solo contingentare le richieste di rimborso delle prestazioni.

Relativamente al terzo quesito, come già sopra evidenziato, si dovrebbe per prima cosa stabilire l'esatta definizione del termine « integrativo ». Di notevole interesse è invece il richiamo agli *standard*. Riteniamo infatti prioritario definire *standard* di qualità complessiva delle prestazioni, attraverso la standardizzazione della loro appropriatezza, dei contesti di erogazione, delle tecnologie eventualmente utilizzate, delle competenze professionali e delle procedure per la circolazione delle informazioni (ad esempio la creazione di un nomenclatore nazionale per il fascicolo sanitario elettronico). Al pari di quello, già oggi operativo per gli esiti, bisognerebbe a questo punto prevedere un sistema nazionale di monitoraggio delle prestazioni, strumento obiettivo ed efficace per la valutazione continua dei sistemi e dei soggetti eroganti.

Relativamente alla quarta domanda, risultano di non facile ed immediata comprensione le modalità con cui ciò potrebbe avvenire, stante che le forme di sanità integrativa sono strumenti di intermediazione finanziario-assicurativa attraverso i quali i cittadini possono coprire, in toto o in parte, il rischio di spendere per prestazioni sanitarie oltre il livello di protezione garantito dal sistema sanitario nazionale, e non sono modalità di fornitura di servizi e assistenza, ovvero non sono erogatori di prestazioni. In termini generali di macro indirizzo, 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.

Relativamente alla quinta domanda, la salute pubblica e la prevenzione, più precisamente quella sanitaria della diagnosi precoce, sono elementi particolarmente sensibili; essi fanno parte dei LEA e pertanto sono strutturali del sistema sanitario nazionale. Risulta in questo caso almeno a noi difficile comprendere un positivo e fattivo coinvolgimento della sanità integrativa.

In conclusione, ribadendo la nostra piena disponibilità ad affrontare la tematica alla luce di maggiori indicazioni sull'impianto generale che si intende promuovere, ci preme sottolineare alcuni aspetti di indirizzo che, se definiti, potrebbero essere utili anche alla sanità integrativa, perché se è chiara e condivisa l'architettura del sistema ogni attore ci si potrà muovere con maggior libertà, massimizzando la sua utilità senza che ciò possa configurarsi quale detrimento di quella altrui.

Prima di ogni altro intervento, ribadiamo che sarebbe opportuno standardizzare le prestazioni, al fine di rendere variabili relativamente neutre il luogo di erogazione e il soggetto che le eroga. A seguire, ragionando sull'eventualità di far diventare la sanità integrativa una componente strutturale del sistema sanitario nazionale, il giudizio nei suoi confronti sarebbe fortemente condizionato dalle regole ai sensi e nel rispetto delle quali ciò si realizzerebbe. Pertanto, è sulla definizione di questo impianto generale che riteniamo si debbano in prima battuta concentrare le nostre energie. Solo in seguito sarà possibile valutare ed esprimere un parere qualificato con il necessario rigore che una tematica tanto sensibile come questa merita. Vi ringrazio.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Do ora la parola al dottor Ghirlanda, presidente nazionale dell'ANDI.

*GHIRLANDA.* Buongiorno, grazie per l'invito e per l'attenzione. ANDI è l'Associazione nazionale dentisti italiani; rappresentiamo circa 28.000 odontoiatri professionisti, liberi professionisti, e ci consideriamo il sindacato di categoria maggiormente rappresentativo del settore. Presentiamo alcune considerazioni, nel caso specifico limitandoci però alla nostra esperienza nel campo dell'odontoiatria, che è uno degli aspetti più importanti che riteniamo di interesse della sanità integrativa proprio per il ruolo complementare che la sanità integrativa può avere nel campo dell'odontoiatria e quindi nell'ambito dell'evoluzione di un sistema rispetto al profilo attuale di intervento considerato.

In Italia esistono circa 60.000 studi odontoiatrici; è importante considerare questo aspetto, perché è una ricchezza delle strutture sanitarie del Paese il fatto di avere una possibilità così diffusa di interventi odontoiatrici. Il quadro normativo è la prima cosa da considerare. Ci sono due fondi, due modalità di gestione della sanità integrativa: i cosiddetti fondi « doc », integrativi del sistema sanitario nazionale, e quelli con attività assistenziale e sostitutiva. Bene, in odontoiatria non possiamo utilizzare i fondi cosiddetti « doc », perché tali fondi, per mantenere le prerogative fiscali alle quali fanno riferimento, devono utilizzare i soggetti accreditati con il sistema sanitario regionale. In odontoiatria non esiste l'accREDITAMENTO istituzionale; in tutta Italia ci sono solo poche decine di studi accreditati (su un totale di 60.000), perché non è previsto l'accREDITAMENTO istituzionale per gli studi odontoiatrici. Di fatto, noi non possiamo in alcun modo intervenire a supporto delle attività previste all'interno dei fondi cosiddetti « doc », perché, altrimenti, chi venisse nei nostri studi

non potrebbe poi mantenere le prerogative di detrazione fiscali. Quindi siamo tutti autorizzati, ma non siamo accreditati. I fondi cosiddetti assistenziali invece consentono di mantenere le prerogative fiscali, ma sono i cosiddetti fondi « non doc »; per cui una quota parte delle attività della sanità integrativa non può essere mantenuta, appunto in virtù di questo problema. Abbiamo chiesto al professor Cassese un parere in merito a questo problema e vi abbiamo riportato il suo punto di vista, perché possa essere integrato con quello che poi valuterete.

La seconda questione riguarda il rapporto 80-20 per cento nella ripartizione delle risorse, con riferimento alla sanità integrativa odontoiatrica. Su una cifra pari a 100, infatti, i fondi sanitari integrativi sono obbligati a destinare una quota pari a 20 alle cure odontoiatriche e alle terapie di *long term care* (LTC). Riteniamo però che questo parametro percentuale debba essere riconsiderato, anche perché i volumi di spesa riferiti a tale sanità integrativa, secondo le esperienze delle varie compagnie e dei vari *provider* di rete, in questo momento superano abbondantemente la percentuale del 20 per cento. Lo riteniamo utile, sia perché è necessario, sia perché da una parte c'è un bisogno certificato ogni anno dai risultati consuntivi, sia perché con la situazione attuale rimane a disposizione di prestazioni sostitutive al sistema sanitario nazionale una cifra pari quasi all'80 per cento delle risorse. Sono tanti soldi: su circa 4 miliardi di euro l'anno di risorse, l'80 per cento viene sottratto al sistema sanitario nazionale e utilizzato per le prestazioni assistenziali sostitutive. Queste risorse rimangono quindi a disposizione, in concorrenza del sistema sanitario nazionale. Pertanto dare più risorse al settore dell'odontoiatria, in un momento in cui si richiede maggiore sostenibilità e maggiore facilità di accesso alla prestazione odontoiatrica, tramite le risorse della sanità integrativa potrebbe essere forse un'opportunità da considerare, rivalutando la ripartizione nei termini del 20 e dell'80 per cento.

Per quanto riguarda poi l'azione dei *provider*, c'è bisogno di attività di controllo più forti rispetto a quelle che sono state considerate fino ad oggi. Le risorse che sono state impiegate nel settore della sanità integrativa sono sempre più spesso affidate a soggetti intermediari: sono questi *provider* di reti professionali dei servizi sanitari e odontoiatrici che assumono l'incarico ad agire in nome e per conto degli enti di mutualità integrativa affidatari, ma con regole diverse. Spesso queste regole sono ostruzionistiche e non sono basate sull'effettiva presenza di un'organizzazione o di un percorso che sia coerente con quello che l'impiego di queste risorse richiederebbe. Spesso abbiamo lungaggini oltremodo strumentali, sia nei confronti dell'associato, che richiede l'accesso alla prestazione, sia nei confronti del professionista, che richiede il pagamento delle prestazioni, laddove il professionista sia da pagare da parte dell'ente. Pertanto abbiamo avuto decine e decine di esempi di ritardi, di mancati pagamenti o di non presa in carico da parte del *provider* di rete rispetto al caso clinico specifico. Di esempi ce ne sono tanti: non voglio fare nomi e cognomi, ma c'è stata una serie di fenomeni, che ha portato anche l'autorità *antitrust* ad agire in un certo modo e ad avere certi tipi

di soluzione. Chiediamo quindi che ci sia la possibilità di una rilettura delle regole attualmente vigenti, che siano in grado di considerare diversamente l'organizzazione del servizio, creando delle norme che influiscano anche sul peso specifico e sulla forza che ha poi il *provider* rispetto all'utenza e ai professionisti che lavorano per loro. C'è infatti una contrapposizione e una asimmetria di potere così forte fra loro e il resto del sistema, tale che se oggi siamo considerati all'interno di una rete, magari domani ne veniamo espulsi, perché nel frattempo la rete si è costituita con prerogative diverse. Quindi non c'è mai una regolarità, è tutto un po' occasionale e spesso non perfettamente logico.

La terza considerazione, prima di rispondere ai quesiti che ci sono stati formulati, è che il sistema, così come è stato fino ad ora gestito, è semplicemente una ripetizione di costi. In odontoiatria è certo che ci sia la patologia, perché la bocca è un organo esterno, sporco, di relazione, che ha certe caratteristiche specifiche e quindi va trattato in un certo modo da parte del professionista. Quindi ci dev'essere intanto una continuità nel rapporto fra medico e paziente, con un rapporto di fiducia continuativo. La seconda cosa è che il profilo del comportamento e delle scelte che il medico e il paziente fanno insieme deve essere appropriato, cioè bisogna che il paziente e il medico intraprendano reciprocamente un percorso, un rapporto, una relazione, che consenta ad entrambi di scegliere cosa bisogna fare insieme, affinché ci possa essere una continuità nella salute orale, e che tutto questo avvenga secondo un principio di presa in carico e di appropriatezza clinica rispetto al percorso.

Quindi, gestire la sanità integrativa solo e unicamente secondo una gestione finanziaria, per cui faccio questo e ti rimborso questo, comporta semplicemente una ripetizione di costi, che non produce salute, ma che produce semplicemente oneri. Quello che vorremmo suggerire è che ci sia un'impostazione diversa in odontoiatria, cosa che tecnicamente è possibile fare. Sappiamo cosa fare e lo sappiamo talmente tanto bene che la nostra associazione ha creato un fondo sanitario integrativo che si occupa solo di odontoiatria, regolarmente iscritto all'anagrafe dei fondi e che sta già lavorando in questa direzione con dei principi specifici.

Per quanto riguarda le domande, la prima riguarda l'opportunità di ampliare il ruolo delle forme sanitarie integrative nel campo dell'odontoiatria, con l'obiettivo di trasferire quote crescenti di spesa sanitaria privata dei cittadini dalla componente *out of pocket*, che com'è noto presenta significativi impatti in termini di uguaglianza, accessibilità e rinuncia alle cure, alla componente intermediata. Noi siamo sicuramente favorevoli ad ampliare la platea dei cittadini beneficiari di qualunque tipo di misura di sostegno della spesa odontoiatrica e riteniamo che la sanità integrativa, proprio per la sua caratteristica di complementarità, possa essere il meccanismo più efficace. Tuttavia riteniamo che l'intermediazione del rapporto fra il professionista e il singolo paziente, legato all'azione di questi soggetti intermediari, non sia efficace, per quella che è stata l'esperienza fino ad oggi, ed è anche molto onerosa. Si parla infatti di circa un terzo delle risorse annuali a disposizione che vengono utilizzate dal

*provider* intermediario per le proprie spese di gestione. Quindi, su 4 miliardi di euro, si parla di oltre 1,3-1,4 miliardi di euro che vengono persi. Peraltro sono tutti soldi che vengono tolti dalle risorse messe a disposizione dalla contrattazione collettiva, per cui si tratta di soldi tolti alla fiscalità generale che vanno a finire nei guadagni di questi *provider* di rete: insomma, sono veramente tanti soldi. Riteniamo dunque che l'intermediazione debba essere riconsiderata, che debbano essere fatte nuove valutazioni e soprattutto che debba essere impostato tutto secondo un principio diverso, che è quello della presa in carico e dell'appropriatezza clinica, che dovrebbero essere i due requisiti che guidano il percorso rispetto alle regole della nuova sanità e di quello che potrebbe essere.

In un contesto del genere è molto importante il rapporto di fiducia tra medico e paziente e quindi con questo vengo alla seconda domanda, relativa alla promozione dell'adesione ai cosiddetti *network* convenzionati da parte degli studi odontoiatrici al fine di migliorare l'accessibilità delle cure da parte dei cittadini, ferme restando le necessarie tutele. Noi riteniamo che i *network* convenzionati siano un errore; riteniamo che il paziente debba essere libero di scegliere il proprio dentista curante come meglio ritiene, anche perché poi questi *network* sono di solito centralizzati in alcune aree del Paese e non ovunque, mentre l'odontoiatria è una disciplina di prossimità: non si può andare dal dentista come si va dal medico per farsi un elettrocardiogramma. Il dentista cura 32 denti più tutti i tessuti che sono intorno a questi denti, per cui la patologia odontoiatrica ha certe caratteristiche che sono legate poi, per poter essere gestite, ad una continuità di controlli, di contatti, di fiducia, e poi ad una storia di relazione con il medico che li cura.

Peraltro, la questione della libera scelta del medico da parte del paziente è fondamentale. Non si deve aderire obbligatoriamente a un *network* convenzionato, che può comportare in alcuni casi anche un trattamento economico inferiore o comunque diverso tra prestazione diretta e indiretta e che sarebbe in qualche modo lesivo sia dell'articolo 32 della Costituzione, sia dell'ordinamento europeo, con riferimento agli articoli 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, 6 del Trattato sull'Unione europea e 35 della Carta dei diritti dell'Unione europea. Pertanto, riteniamo che la scelta di ricorrere all'adesione a un *network* convenzionato come formula per migliorare gli accessi alle cure non sia funzionale, ma sia un errore.

È stato chiesto poi dell'opportunità di definire i livelli integrativi di assistenza che garantiscano l'operatività delle forme sanitarie integrative, prevalentemente improntate all'area integrativa e, in subordine, complementari al sistema sanitario nazionale e che identifichino *standard* qualitativi che devono essere rispettati nell'erogazione delle prestazioni. Ad oggi – ma lo sapete meglio di me – abbiamo i LEA, che derivano dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017. Al momento abbiamo programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva, da 0 a 14 anni, per quanto riguarda l'odontoiatria, l'assistenza odontoiatrica e protesica a de-

terminate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità sociale e sanitaria, e poi abbiamo la popolazione in generale, per un numero limitato di prestazioni, in particolare per le prestazioni di urgenza e di dolore.

C'è una grande disomogeneità sul territorio perché rimangono escluse fasce di popolazione socialmente fragili e che non possono avere l'ISEE. Ad esempio, i cittadini stranieri non regolari si trovano in difficoltà da questo punto di vista. Siamo a disposizione e stiamo già collaborando, anche con il sottosegretario Gemmato e il tavolo tecnico del Ministero, per affrontare il problema dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ambito dell'odontoiatria. Anche al Consiglio superiore di sanità è stata presentata una proposta che considera la possibilità di sviluppare nuove prospettive per i LEA e l'adozione di questi nuovi percorsi. Siamo pronti a collaborare pienamente a questo percorso, all'interno però di uno schema in cui a dobbiamo capire qual è l'obiettivo che vogliamo raggiungere.

Per quanto riguarda l'ultima domanda, forse non l'abbiamo compresa appieno e ci riserviamo di integrare la nostra risposta, se lo riterrete opportuno, rispetto a quanto abbiamo già scritto. La domanda riguarda la stima su base annua del mancato gettito potenziale relativo a prestazioni, attività professionali, beni e altri servizi riferibile al settore dell'odontoiatria. Possiamo dire questo: in termini di produzione economica della professione odontoiatrica, i dati dell'Istat fanno da riferimento e riguardano la spesa delle famiglie per i servizi dentistici e per le protesi, che insieme compongono quella che viene denominata spesa odontoiatrica. Secondo i dati dell'Istat sull'andamento di entrambe le componenti e sul numero di famiglie consumatrici che hanno speso per la terapia odontoiatrica, tra il 2014 e il 2020, evidenziano che la spesa per servizi dentistici nel 2020 ammontava a 7,19 miliardi di euro, nel 2019 era pari a 7,92 miliardi e nel 2014 era pari a 7,17 miliardi di euro. La spesa per protesi era di 854 milioni di euro nel 2020 e di 1,04 miliardi nel 2019. Quindi, la spesa totale si aggira intorno ai 9-9,5 miliardi di euro all'anno, in modo costante. Devo dire che, facendo anche un raffronto con gli anni precedenti fino al 2014, ma anche prima, non si supera mai una fascia di spesa di 10 miliardi di euro all'anno. Lo scorso anno, nel 2021, la spesa complessiva è stata di circa 10 miliardi di euro, sommando sia la parte relativa agli studi sia quella delle protesi.

Le percentuali delle famiglie consumatrici per i servizi dentistici, tra il 2019 e il 2020, sono diminuite del 14,94 per cento e c'è stata una diminuzione anche rispetto al 2014. Anche i consumi per le protesi sono diminuiti rispetto al 2014. Il nostro centro studi ha evidenziato che l'incasso nel settore dell'odontoiatria è diminuito in media del 18,9 per cento negli ultimi due anni. Inoltre, i dentisti con uno studio monoprofessionale hanno registrato un calo medio superiore rispetto a quelli che lavorano in forma associata o societaria, con riferimento in particolare alle società fra professionisti (STP).

Possiamo concludere con alcuni suggerimenti e valutazioni. Innanzitutto, è necessario fare delle scelte ed emanare norme che regolamentino meglio la disciplina dei fondi e l'affidamento in gestione per quello che riguarda le prestazioni odontoiatriche. È importante modificare il rapporto 80-20 per cento nella ripartizione delle risorse, come abbiamo detto in precedenza. È opportuno richiedere all'osservatorio di promuovere ricerche sulle caratteristiche degli iscritti, i bisogni espressi, i metodi di gestione e l'elenco delle criticità. Inoltre, bisogna allargare la platea dei cittadini che non sono inclusi nell'ambito della sanità integrativa, per recuperare anche la caratteristica universale del sistema sanitario nazionale. Per fare ciò, è necessario superare la differenziazione tra fondi « doc » e « non doc », poiché al momento, in campo odontoiatrico, non possiamo agire, in quanto non siamo accreditati istituzionalmente. Occorre poi ribadire per legge il diritto alla libera scelta dell'odontoiatra curante da parte del cittadino e obbligare i fondi e i *provider* a rispettare i contratti nei confronti dei cittadini e dei professionisti coinvolti. Occorre inoltre raccomandare ai fondi di intervenire con iniziative e meccanismi premiali per la prevenzione odontoiatrica, che poi è la grande delusa in tutto questo contesto, perché non ci sono mai iniziative e progetti specifici di prevenzione in odontoiatria, con le risorse che sono a disposizione quando invece sono queste le direttrici più importanti alle quali dovremmo rivolgerci e prestare grande attenzione, superato il primo momento di recupero delle criticità cliniche presenti. Bisogna poi confermare nel tempo il coinvolgimento delle associazioni professionali nelle esperienze e nelle analisi dei risultati ottenuti con i percorsi attualmente in essere, con l'eventuale riforma che potrete considerare.

Questo è, in conclusione, il nostro punto di vista e siamo molto contenti di potervelo comunicare.

PRESIDENTE. Ringraziamo il nostro audito. Debbo ritenere esauritiva, per quanto detto in conclusione, la vostra relazione, senza la necessità di dare la parola agli altri auditi presenti in rappresentanza dell'ANDI. Riteniamo pertanto conclusa l'illustrazione della relazione, che insieme a quelle degli auditi che vi hanno preceduto dà sicuramente conto di una serie di osservazioni, suggerimenti e riflessioni che saranno fruttuosamente tenuti in debita considerazione dalla Commissione, posto che sono anche particolarmente congruenti rispetto alle direttrici di correzione delle criticità di sistema che sono alla base dell'indagine conoscitiva che abbiamo inteso promuovere.

Chiedo se i colleghi hanno delle domande ulteriori o delle richieste di chiarimento, dando ovviamente massima estrinsecazione ad un sano principio che è quello della sintesi, giacché mi sembra che le relazioni abbiano ampiamente soddisfatto l'orizzonte della quasi totalità dei punti sui quali avevamo necessità di approfondimento e chiarimento.

MAZZELLA (M5S). Rivolgo una semplice domanda ai presidenti dell'AIO e dell'ANDI. Visto che il 60 per cento degli italiani non si reca

dal dentista, 1.800.000 bambini hanno una carie e non si recano dal dentista, chiedo se, una volta che questi fondi integrativi diventassero strutturali – con un provvedimento strutturale che vada ad intercettare la quota *out of pocket*, che per l'odontoiatria si attesta, come abbiamo sentito, intorno ai 10 miliardi di euro annui – essi potranno costituire uno strumento per indirizzare alle cure quel 60 per cento di italiani, piuttosto che rivolgersi al 40 per cento che già si cura. È infatti questo quello che dovremmo riuscire a fare. Con questa domanda secca credo di essere stato sintetico, come richiesto dalla vice presidente Cantù.

ZULLO (*Fdi*). Vorrei fare un parallelismo tra i livelli di assistenza nell'area medica e i livelli di assistenza nell'area odontoiatrica, nel senso che i livelli essenziali di assistenza nell'area odontoiatrica sono abbastanza confinati nelle categorie di persone cosiddette fragili o vulnerabili. Tra queste, per esempio, tra le vulnerabilità non è considerato il livello di istruzione, che è molto importante, perché anch'esso determina una fragilità nella persona.

In questo caso l'assistenza integrativa rischierebbe di essere un'assistenza sostitutiva di quella che potrebbe essere l'assistenza alla popolazione, perché mentre nell'area medica i livelli di assistenza sono assicurati e l'assistenza integrativa va ad ampliare le opportunità assistenziali, nell'area odontoiatrica si va a sostituire qualcosa che non c'è. Mi piacerebbe quindi capire il vostro pensiero in merito a questo e se non sia il caso di ampliare l'area dei livelli di assistenza da coprire attraverso il Servizio sanitario nazionale.

In secondo luogo, penso che l'adesione alle cure odontoiatriche sia condizionata anche da una bassa percentuale di defiscalizzazione della spesa, nel senso che la quota del 19 per cento è così bassa che magari porta alcuni pazienti a fare un viaggio all'estero piuttosto che a rivolgersi all'odontoiatria italiana. Penso che sarebbe pertanto di grande utilità elevare questa fascia di defiscalizzazione, portandola almeno al 50 per cento. Visto che dovremo affrontare la riforma fiscale, potremo capire se questo tipo di ragionamento può essere affrontato nell'ambito di tale riforma. La domanda quindi è questa: quale è il vostro pensiero, nella ricerca del maggiore equilibrio tra i livelli di assistenza, la sanità integrativa e la defiscalizzazione dell'onere di spesa che ricade sul cittadino?

MANCINI (*Fdi*). Ho visto la riluttanza del nostro audito a proposito dell'utilizzo dei *network*, ma mi chiedo se essi non potrebbero invece essere visti come una possibilità, se messi chiaramente sotto una vigilanza completa, subendo quindi un controllo importante, anche nell'ipotesi che l'assistito non anticipi la spesa e che ne riceva quindi anche una facilitazione amministrativa. Potrebbe essere dunque un processo di facilitazione e non un processo negativo, come si evince invece dalla sua relazione.

PRESIDENTE. Non essendovi ulteriori domande, cedo la parola ai nostri ospiti per le risposte.

*GHIRLANDA.* Grazie, Presidente. Rispondo subito a quest'ultima domanda, dicendo che naturalmente ciò dipende dai punti di vista. Possiamo dire che secondo la nostra esperienza – lo diciamo in maniera molto trasparente – ci sono state delle storture. Far parte di un *network* significava pagare una tangente nei confronti di un *provider*, che ti inseriva o meno all'interno di un sistema, chiedendoti il 25 per cento sul fatturato o chiedendoti magari un'ulteriore percentuale di « reso », se c'era un certo tipo di fatturato, rispetto a quello che avevi prima. Tutto questo è assolutamente insopportabile e non è possibile, né nei confronti del paziente, né nei confronti del professionista. Questa però è la realtà delle cose ed è quello che è avvenuto fino a oggi. Lo ripeto: non è una gestione finanziaria, e con ciò forse vengo anche in parte alla risposta che chiedeva il senatore intervenuto in precedenza. Perché ci possa essere efficacia nel sistema odontoiatrico e nella risposta odontoiatrica rispetto alla gestione finanziaria bisogna ampliare l'intervento, lavorare di prevenzione, avere una relazione continua e continuativa con il paziente e far sì che quel 40 per cento che oggi si reca dal dentista divenga il 100 per cento. Lo si può fare in vario modo: se si ha bisogno di una terapia, si faccia la terapia prima e meglio possibile e poi si introduca tutto all'interno di un percorso di continuità e di relazione che è dato dalla presa in carico del singolo paziente da parte del professionista. Si deve però poter scegliere il proprio professionista.

I *network* oggi sono poi rappresentati solo in alcune aree del Paese. Abbiamo un Paese lungo e abbastanza largo, in cui magari per passare da un punto all'altro si impiegano anche delle ore. È successo più volte che magari nell'area specifica mancasse il riferimento, che era presente nell'area più vicina, per arrivare nella quale però ci si impiega del tempo. Perché questo accada bisogna ragionare in maniera diversa. È vero che c'è una facilitazione alla spesa, che si può gestire meglio con il *network*, ma questo è un fatto tecnico. Ci saranno delle soluzioni da considerare affinché il paziente possa evitare di spendere subito. Oggi ci sono tante opzioni, legate ai finanziamenti e a varie opportunità che si possono considerare e mettere in campo e che sono già operative e attive. Anche le nostre associazioni possono dare un contributo da questo punto di vista. Quindi si tratta di intervenire, una volta scelta la strategia.

*PRESIDENTE.* Ringrazio il nostro auditore, che è stato molto chiaro. I punti evidenziati nella relazione credo che abbiano attentamente sollecitato tutti i colleghi sulla necessità di orientare le nostre proposte correttive sul versante della prevenzione, dell'appropriatezza e di una sostenibilità in chiave universalistica che consenta di valorizzare la sanità integrativa complementare anche nell'orizzonte da voi prospettato.

Cedo ora la parola al dottor Savini, a cui chiedo cortesemente di avere il dono della sintesi, che si è sentito sollecitato da alcuni quesiti che i colleghi hanno proposto in conclusione.

*SAVINI.* Rispondo in modo complementare al collega. Certamente sarebbe interesse di tutti avere dei LEA più ampi: c'è stata molto recen-

temente una revisione dei LEA, in lieve ampliamento. Certamente sarebbe interesse di tutti avere una detraibilità maggiore, ma questo fa parte del tema dell'allocazione delle risorse: lo chiediamo « da secoli », ma ciò è difficilissimo da ottenere.

Per rispondere al senatore Mazzella, certamente dobbiamo puntare a quel 50 o 60 per cento di popolazione che non entra in uno studio dentistico. Per questo dicevamo all'inizio, con il presidente e la vice presidente, che la nostra posizione è che i fondi integrativi sono fondamentali, ma ciò non ha nulla a che fare poi con l'espressione verso il medico, che deve essere liberamente scelto. Nessuno vieta al fondo controllato di funzionare – ci mancherebbe – ma la libera scelta del medico per un fondo onesto non crea assolutamente nessun problema. Questo sarebbe il sistema, combinato col fatto che i fondi integrativi non devono avere selettività in accesso, se non a volte per categorie, e non devono avere selettività per patologia, altrimenti escludono la prevenzione. Se si esclude la prevenzione, continueremo a spendere valanghe di soldi. Questi sono i tre *asset*: la libera scelta del medico, la libertà di accesso, la non selezione del paziente in entrata e la non selezione delle patologie. Dopodiché ci vuole il controllo per l'appropriatezza – ci mancherebbe altro – e i fondi funzionerebbero. Avrebbero una marginalità più bassa, costi più bassi, e 1.000 euro spesi in salute diventerebbero almeno 950 euro di salute e non sarebbe più come in questo momento per cui 1.000 euro spesi in un fondo diventano 700 euro di salute.

PRESIDENTE. Il tema della tracciabilità degli esiti degli impieghi, delle valutazioni e dei controlli è un'altra delle azioni prioritarie su cui lavoreremo, in stretta sinergia con il Governo.

Ringrazio moltissimo tutti gli auditi della loro partecipazione odierna e per i preziosi contributi fornitici e dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

*I lavori terminano alle ore 10,05.*



