

Proposta di modifiche a bozza di Patto per la Salute pubblicata

A cura di:

- ✓ **Fondazione Allineare Sanità e Salute**
- ✓ **Gruppo NoGrazie**
- ✓ **ISDE, Medici per l'Ambiente-Italia**
- ✓ **Medicina Democratica Onlus**
- ✓ **Slow Medicine**

Proposta di revisione - **Legenda:**

- **rosso evid. giallo** proposte di integrazione
- **doppio barrato evid. grigio** proposte di cancellazione
- a pie' di ciascuna pagina, precedute da **n. di riferimento**: motivazioni essenziali delle proposte

ART 11

Funzione complementare e riordino dei fondi sanitari integrativi

I fondi sanitari integrativi sono una realtà presente da anni nello scenario sanitario nazionale e sono nati con la finalità di potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli essenziali di assistenza e con questi comunque direttamente integrati. La normativa consente, dal 2008, che tali fondi siano anche parzialmente integrativi e possano avere diverse modalità di gestione. In considerazione del fatto che tali Fondi beneficiano di vantaggi fiscali e quindi rappresentano un costo per il bilancio dello Stato, è necessario che la loro attività costituisca un ulteriore strumento a supporto della garanzia della tutela della salute della popolazione e della sostenibilità del sistema. Governo e Regioni convergono sull'opportunità di una revisione della disciplina di settore attualmente in vigore, al fine di **stabilire** ~~incrementare l'erogazione di prestazioni integrative rispetto a quanto garantito dal Servizio Sanitario Nazionale e~~¹ la relativa quota di risorse vincolate a tali fini, necessarie per l'iscrizione all'anagrafe dei Fondi Sanitari istituita presso il Ministero della Salute e per l'**eventuale**² ~~accesso alle~~ correlate forme di agevolazione fiscale.

La revisione muove dalla consapevolezza che i fondi sanitari convivono e si pongono in stretta relazione con un Servizio pubblico connotato dai principi di universalità, uguaglianza, equità nell'accesso alle prestazioni ed ai servizi, della centralità della persona e globalità della copertura assistenziale. La revisione normativa intende **regolamentare la materia** ~~superare la duplicità delle forme previste dalla legislazione~~

¹ La Sanità Integrativa fornisce già ora in gran parte prestazioni di *low value*, inappropriate, duplicative con cadenze di ripetizione inflattive rispetto a quelle riconosciute dal SSN (v. ad es. slide 25 e 26 dell'allegato 1). Non è proprio il caso di mettere nel Patto che addirittura tali prestazioni vanno aumentate! (il che verosimilmente implica anche dirottamento verso la Sanità Integrativa di più risorse, sottratte al SSN).

Non si dovrebbe pensare alle prestazioni sanitarie come a un insieme "a numero e perimetro fisso", come un "gioco chiuso e a vasi comunicanti" tra SSN e Sanità *integrativa*. In entrambi i comparti gli erogatori, se pensano di averne un vantaggio, sono in grado di aumentare in modo discrezionale la propria offerta/prescrizione/erogazione.

² L'accesso ad agevolazioni fiscali non dovrebbe essere affatto scontato, ma subordinato al rispetto di condizioni che oggi mancano quasi completamente.

~~vigente e regolamentato dai decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009,~~³ nel rispetto dei principi di non selezione dei rischi, trasparenza della gestione, assenza di scopo di lucro.

I fondi sanitari integrativi, per la loro vocazione solidaristica d'inclusione sociale e di patto intergenerazionale, presentano, anche attraverso il ricorso alle agevolazioni fiscali, le caratteristiche idonee per sviluppare un sostanziale ruolo di complementarietà in diversi ambiti, quali la prevenzione **primaria basata sull'attuazione di corretti stili di vita e di comportamenti salutari**,⁴ soprattutto per le malattie croniche degenerative, l'implementazione della Long Term Care, e ~~la compartecipazione della spesa sanitaria da parte dei cittadini~~,⁵ l'odontoiatria compresa la prevenzione in ambito odontoiatrico. Vanno promosse le prestazioni che presentano **prove evidenze**⁶ scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale e collettivo, e quelle appropriate sia rispetto alle specifiche esigenze di salute del cittadino, sia rispetto alle modalità di erogazione delle prestazioni, **privilegiando un'educazione alla salute scientificamente valida e indipendente da interessi commerciali**⁷ e **supporti/incentivi per rendere facili comportamenti e scelte salutari, anche nel contesto del welfare aziendale. In particolare va promosso ciò che è meritorio/offre vantaggi in salute estesi anche alla comunità, e a ciò che abbassa i costi per il SSN, concorrendo a liberare risorse utilizzabili per gli altri.**⁸

³ La "duplicità di forme previste dalla normativa" dovrebbe anzi essere rafforzata, nel senso che gli iscritti a Fondi con caratteristiche sostitutive/duplicative oltre una certa (e bassa) soglia non dovrebbero avere accesso ad alcun beneficio fiscale. Anche per le prestazioni integrative si dovrebbero distinguere da un lato quelle con caratteristiche di necessità, *value*, appropriatezza e **meritorietà** (nel senso che migliorano anche la salute di *altri* oltre ai diretti beneficiari, e/o che hanno valide prove di ridurre i costi sanitari, liberando risorse del SSN destinabili ad *altri*): queste sarebbero le uniche a rigore a giustificare benefici fiscali. E dall'altro lato le altre prestazioni, che – ancorché non futili o iatrogene (e in tal caso da vietare) – migliorano la salute del solo destinatario e non riducono i costi netti per il SSN: per prestazioni di questo tipo i benefici fiscali non sembrano giustificabili.

⁴ La prevenzione primaria (e terziaria, per evitare recidive) basata su corretti stili di vita/comportamenti è oggi attuata poco e male dal SSN, e potrebbe essere un'area di espansione della Sanità Integrativa, che contribuirebbe a colmare una grave lacuna nei Sistemi Sanitari, applicando tecnologie semplici e a basso costo oggi sottoutilizzate, riducendo i costi complessivi del SSN. Ciò per altro non ha nulla a che vedere con il rimborso di integratori alimentari, vitaminici, ecc., senza prove di efficacia (salvo in condizioni di documentata carenza), e persino iatrogeni se assunti senza necessità in dosi eccedenti quanto una sana alimentazione è comunque in grado di apportare.

⁵ Alla Sanità integrativa non si dovrebbe consentire il rimborso dei ticket. Ciò infatti vanificherebbe almeno due delle funzioni dello strumento: dare al cittadino un poco di consapevolezza di quanto sta consumando, a prevalente carico della comunità; e indurre il medico prescrittore, per non scontentare il proprio assistito-cliente, a meglio selezionare e prescrivere alternative che non dilatino senza buoni motivi clinici i costi che lo stesso dovrà direttamente sopportare. Il rimborso dei ticket da parte della Sanità integrativa avrebbe l'effetto di togliere consapevolezza e responsabilizzazione a entrambe le figure, favorendo un maggior consumismo sanitario, i cui molteplici incentivi sarebbero gli unici a continuare a operare.

⁶ "Evidenze" è un termine da abbandonare, essendo la cattiva traduzione dell'inglese "evidence", che significa "prova, documentazione". "Evidenza" in italiano ha addirittura il significato opposto: ciò che "è (auto)evidente", che dunque per sua natura non ha bisogno di alcuna "prova" o "documentazione di efficacia".

⁷ Oggi purtroppo gran parte della cosiddetta "informazione" ed "educazione" sanitaria è inquinata da interessi commerciali più o meno palesi: si pensi agli annunci pubblicitari promotori di consumi sanitari tramite i media, a buona parte dell'informazione veicolata da stampati gratuiti nelle farmacie, a pieghevoli e altre iniziative per pazienti di vari gruppi di *advocacy* finanziati da produttori di tecnologie sanitarie o di "integratori", a molta ECM sponsorizzata dall'industria...

⁸ I benefici fiscali possono avere senso solo per prestazioni **meritorie** che abbiano uno o entrambi i seguenti requisiti:

- oltre a dare benefici netti al singolo, offrono in modo provato vantaggi in salute estesi alla comunità (v. esempi in **lista A**)

Va tuttavia posta ~~a attenzione~~ **divieto**⁹ a che i suddetti fondi, **qualora l'accesso preveda benefici fiscali**:

- ~~non~~ assumano carattere ~~prevalentemente~~¹⁰ sostitutivo/**duplicativo delle prestazioni coperte da** del finanziamento pubblico, mettendo così a forte rischio il modello universalistico che si intende salvaguardare;
- ~~non~~ consentano l'effettuazione di prestazioni inappropriate, **di efficacia implausibile, che gonfiano in modo improprio molte liste d'attesa**.¹¹

-
- riducono in modo provato i costi per il SSN, liberando risorse per gli altri (dunque il SSN può decidere di restituire parte delle risorse risparmiate come incentivo destinato a chi permette di generare tale risparmio – v. esempi in **lista B**, di cui ai file allegati).

Lista A: prestazioni **meritorie** che giovano anche alla salute degli altri (in pratica, si tratta di alcune delle prestazioni di prevenzione primaria). Esempi relativi al Welfare aziendale:

- 1) educazione sanitaria scientificamente valida e indipendente da interessi commerciali ed *empowerment* + supporti/*benefit* per render facili comportamenti e scelte salutari, per l'individuo che vi accede e per la sua cerchia familiare e relazionale
- 2) disassuefazione dal fumo sul luogo di lavoro con counselling breve strutturato delle 5A + offerta gratuita dei farmaci di efficacia dimostrata o sigarette elettroniche per chi intraprende un percorso di disassuefazione guidato da sanitari, e finché è in atto tale percorso [**Razionale:** chi smette di fumare non solo ha benefici personali, ma ha meno assenteismo/assenze per malattia e rende di più sul lavoro, non espone colleghi e familiari al fumo passivo, riduce danni a eventuali prodotti del concepimento...]
- 3) opportunità di attività fisica offerte e incentivate sul luogo di lavoro [**Razionale:** chi vi partecipa non consegue solo benefici personali, ma ha meno assenze per malattia, rende di più sul lavoro, e dà benefici socio-relazionali e al clima aziendale. Se aumenta anche la mobilità sostenibile, aiuta a frenare l'inquinamento da traffico veicolare e il degrado ambientale...]
- 4) disponibilità di cibi salutari nei distributori automatici e nei bar/ristorazioni aziendali, gruppi di acquisto di prodotti biologici, a km zero... [**Razionale:** chi vi accede non ottiene solo benefici personali a breve termine, ma impara a mangiare meglio nel tempo e trasferisce gli apprendimenti in famiglia, ha meno assenze per malattia e rende di più sul lavoro, produce benefici socio-relazionali e al clima aziendale. Dà anche un contributo a frenare i guasti climatici, poiché un'alimentazione dannosa alla salute lo è anche per l'equilibrio ecologico, climatico, per i consumi di suolo, acqua, energie non rinnovabili, cintura dell'ozono...]
- 5) politiche di contrasto e supporto alla correzione di abusi di bevande alcoliche (o di impiego di sostanze d'abuso) [**Razionale:** oltre ai benefici personali, genera anche maggior sicurezza per gli altri sul lavoro e alla guida, meno comportamenti antisociali...]

⁹ Non si tratta di "porre attenzione", ma di vietare benefici fiscali per chi riceve prestazioni sostitutive/duplicative (in realtà, si tratta spesso di prestazioni che si vanno a sommare all'offerta pubblica già in atto, aumentando costi e rischi iatrogeni)

¹⁰ Il termine "prevalentemente" starebbe già a indicare una quota sostitutiva/duplicativa inferiore al 50%, mentre oggi questa è in media molto maggiore. Comunque non si intravede alcuna giustificazione per riservare benefici fiscali a prestazioni sostitutive/duplicative, neppure se fossero ben inferiori al 50%, per chi:

- riceva prestazioni di cui è il solo beneficiario
- a maggior ragione se è già soggetto relativamente privilegiato (quanto meno perché un lavoro ce l'ha - v. la slide 4 del 1° file allegato)
- ancor peggio se le prestazioni di cui trattasi sono inappropriate e inflattive e lui stesso rischia di non averne benefici netti in salute: v. **esempi concreti** nelle slide 25-26 del 1°file...
- ... ma comunque gonfiano i costi del SSN (in modo rapidamente insostenibile anche per le Regioni più ricche: si considerino ancora gli esempi nelle slide 25-26 del 1°file (rappresentative di tendenze generali di Fondi Sanitari e Assicurazioni commerciali), che confrontano le frequenze previste in base a prove scientifiche con quelle offerte dalla Sanità *integrativa*), e ingigantiscono le liste di attesa...
- ... liste d'attesa che gli iscritti a Fondi e Assicurazioni oltretutto scavalcano, **allungandole al tempo stesso per tutti gli altri**, che – se la forza lavoro sanitaria è costante - sono spinti sempre più indietro (v. la slide 5 del 1° file). In pratica aggravano l'iniustizia anche sotto questo profilo, che oggi sembra il più avvertito dalla popolazione.

¹¹ È del tutto evidente che le liste d'attesa, già oggi inflazionate di prestazioni inutili, non potrebbero sopportare l'espansione di offerte (per altro a effetto netto iatrogeno <https://bit.ly/2lTsJmu> , <https://bit.ly/2XRP4r2>) come quelle di cui le suddette slide 25-26 forniscono solo uno dei tanti possibili esempi.

ART 11 – Funzione complementare e riordino dei Fondi sanitari integrativi

Bozza articolato

1. Per garantire la sostenibilità del sistema e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse pubbliche è opportuno mettere a fattor comune tutte le risorse che vengono a qualunque titolo impiegate per l'erogazione di prestazioni sanitarie; a tal fine si conviene di migliorare la funzione di complementarietà dei fondi sanitari integrativi nello scenario sanitario nazionale, in una logica di integrazione rispetto alle prestazioni garantite dai LEA da parte del Servizio Sanitario Nazionale, che ha la finalità primaria di tutelare la salute di tutta la popolazione.

2. Si conviene quindi sulla necessità di aggiornare e rendere più organica la normativa che regola i fondi sanitari, con ridefinizione del rapporto di integratività rispetto al Servizio sanitario nazionale alla luce dell'attuale consistenza delle attività svolte nel settore e tenendo conto degli obiettivi istituzionali del Servizio sanitario nazionale.

~~**3.** Si conviene di ampliare sia il novero dei soggetti iscritti e beneficiari del regime di vantaggio fiscale sia i soggetti beneficiari delle prestazioni anche con riferimento al periodo di collocamento a riposo e di cessazione dell'attività lavorativa.~~ ¹²

4. Si intende operare, in particolare, sulla determinazione della quota di risorse vincolate ~~e sul superamento della duplicità delle forme previste dai decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 ottobre 2009,~~ ¹³ nel rispetto dei principi di non selezione dei rischi **/di condizioni mediche preesistenti**, di non discriminazione nell'accesso alle prestazioni, di trasparenza **e pubblicità** della gestione e assenza di scopo di lucro. **ed esclusione dai benefici fiscali di prestazioni sostitutive/duplicative o di Fondi che le erogano in quota superiore al 10% in valore (calcolato in base al tariffario nazionale) della propria complessiva fornitura,** ¹⁴ **(prevedendo anche l'assistenza indiretta, rispettosa del rapporto di fiducia e della libertà di scelta). Non sono comunque computabili ai fini di benefici fiscali rimborsi di quote di partecipazione (ticket) alla spesa, né prestazioni complementari di carattere non sanitario (es. differenze di trattamento alberghiero).** ¹⁵

5. Si conviene che i fondi sanitari integrativi siano indirizzati, anche attraverso il ricorso alle

Si aggiunga che questa strada, purtroppo aperta con l'accordo dei maggiori sindacati, che già all'inizio configura un grave attentato all'uguaglianza di accesso alle cure, nel breve-medio termine si paleserà insostenibile. Infatti, mano a mano che aumentano le iscrizioni alla Sanità Integrativa (oltre a far mettere in discussione la tassazione universale per un SSN) si aggraverà quanto già si intravede in ritardi dei pagamenti agli erogatori. Anche negli USA, patria delle assicurazioni sanitarie, le prestazioni offerte hanno limiti proprio perché insostenibili economicamente. Un esito prevedibile sarebbe che le Regioni dovranno ripianare i debiti di Fondi e Assicurazioni con i soldi di tutti, sottraendone ancor più ai servizi sanitari pubblici. Per servizi destinati a *una parte* dei cittadini pagheranno *tutti* i contribuenti. Inoltre è improbabile che professionisti capaci si lascino attrarre dai contratti poco vantaggiosi spesso proposti da queste assicurazioni: se ciò avverrà, ne risentirebbe anche la qualità dei servizi e prestazioni della Sanità *integrativa*. Quanto oggi è presentato come "soluzione" farà tornare alle "mutue", i cui debiti furono assorbiti dal SSN. Sembra il déjà vu di un'operazione a perdere!

¹² È una condizione già garantita da un SSN universalistico. Se estesa alla Sanità Integrativa non eviterebbe l'esito descritto al p. 11, semmai lo anticiperebbe: aumentando la platea dei beneficiari (a maggiore scapito dei cittadini che ne resterebbero esclusi...!) **potrebbe solo ingolfare del tutto il sistema di erogazione.**

¹³ v. nota 3.

¹⁴ Idealmente nessuna quota duplicativa dovrebbe essere accettata a fini di benefici fiscali. In pratica, per difficoltà di catalogare prestazioni borderline, si potrebbe accettare una quota molto bassa, come quella indicata a titolo di esempio.

¹⁵ v. nota 5 per i ticket. Riservare benefici fiscali per il rimborso di maggior comfort alberghiero (o utilità assimilabili) sarebbe socialmente ancor più inaccettabile e dirompente.

agevolazioni fiscali, verso un ruolo di complementarietà dei LEA, in ambiti quali la prevenzione **primaria e terziaria basate su** gli stili di vita, soprattutto per le malattie croniche degenerative **(evitando comunque l'offerta di prevenzione secondaria con screening non validati o con screening duplicativi dell'offerta del Servizio Sanitario Nazionale)**,¹⁶ l'implementazione dell'area sociosanitaria per la Long Term Care, e ~~la compartecipazione della spesa sanitaria da parte dei cittadini~~,¹⁷ l'odontoiatria **non duplicativa dei LEA** compresa la prevenzione in ambito odontoiatrico. Va altresì prestata attenzione a che i fondi non divengano sostitutivi e che non consentano di autorizzare prestazioni inappropriate.

~~6. Si conviene di favorire il ricorso a strutture pubbliche e private accreditate per l'erogazione delle prestazioni agli iscritti ai fondi sanitari~~,¹⁸ **senza per altro prevedere canali di accesso preferenziali rispetto ai criteri generali stabiliti dal Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa**.¹⁹

Se il fondo si avvale di una forma di riassicurazione o di gestione amministrativa da parte di compagnie assicuratrici, le stesse non possono proporre agli associati al fondo propri piani assicurativi.²⁰

¹⁶ Sarebbero già discutibili benefici fiscali a carico di screening validati, in quanto – nonostante la diffusa mispercezione, generata da informazioni a senso unico - allo stato delle conoscenze riducono la mortalità specifica, ma non riducono la mortalità totale (*Saqib N, Saqib J, Ioannidis JPA. Int J Epidemiol 2015*) né probabilmente i costi sanitari complessivi.

[Questo merita una parentesi di approfondimento. Esempi dello screening mammografico (raccomandato) e di quello con PSA per il ca. prostatico (ufficialmente non raccomandato, ma praticato quanto la mammografia). **Screening mammografico Mortalità totale:** metanalisi dei trial clinici/RCT disponibili → RR a 13 anni 0,99, IC 95% 0,97-1,01 (*Cochrane Review 2013*); RR a 25 anni 1,02, IC 95% 0,98-1,06 (*Miller, BMJ 2014* – unico RCT con follow-up a 25 anni). **Costi:** non conosciamo valutazioni economiche indipendenti. Per altro, è vero che la diagnosi precoce riduce del ~20% la mortalità specifica per ca. mammario e consente interventi meno demolitivi, ma anticipa la diagnosi e i costi delle cure connesse di molti anni, e – a fronte di 1 morte da ca. mammario evitata - determina ~3 diagnosi di ca. che non si sarebbero manifestati nella vita della donna (*Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. Lancet 2012*)

Screening PSA per ca. prostata Mortalità totale: sostanzialmente invariata, anche nel RCT ERSPC, citato a modello: RR 0,99 IC 95% 0,98-1,01 a 16 anni di follow-up. (*Hugosson J et al. Eur Urol 2019*). **Costi: in Italia enormi**, dato che **per evitare una morte da ca. prostatico** bisogna invitare allo screening ben 44.232 maschi di 50-74 anni, ed effettuare **in media 673 diagnosi di ca. prostatico!** cui seguiranno di norma interventi chirurgici o sorveglianza attiva con procedure di follow-up intensive e biopsie ripetute. Inoltre con lo screening nei maschi ≥70 anni c'è un lieve, non significativo aumento sia della mortalità totale, sia della mortalità per ca. prostatico! **NB: almeno metà dei maschi che fanno il PSA di screening ha ≥70 anni, e la Sanità integrativa lo propone ogni anno fino agli 80 anni o per tutta la vita** v. slide 25 e 26 dell'allegato 1]

Tornando agli screening validati, essi sono comunque già offerti dal SSN, con la periodicità appropriata (e in pratica senza attese per le urgenze), e non hanno senso benefici fiscali. Sarebbe ancor più inaccettabile dare benefici fiscali per screening non validati/non offerti dal SSN, con benefici sanitari netti complessivi dubbi o negativi, e ricadute di maggiori costi sul sistema sanitario. I cittadini ne andrebbero adeguatamente informati, e chi scegliesse comunque di accedervi li dovrebbe pagare senza alcun aggravio per la collettività.

¹⁷ v. nota 5

¹⁸ Non si tratterebbe certo di una soluzione! Oggi non manca certo una “capacità prescrittiva” di prestazioni, ma c'è una crescente difficoltà erogativa, dovuta in gran parte anche all'eccesso di prescrizioni inappropriate, che intasano il sistema e allungano le attese per quanto davvero necessario. Se quanto cancellato restasse, si aggraverebbe solo la situazione, aumentando prescrizioni e aspettative che il sistema erogativo avrebbe ancor più difficoltà a smaltire.

¹⁹ Se ciò continuasse ad avvenire, ma per una platea ancor più vasta di beneficiari che by-passano le liste di attesa a scapito di tutti gli altri, si aggraverebbe solo l'iniquità già in atto, rendendo insoddisfazione e frustrazioni ancora più dirompenti. Molti che oggi auspicano per sé e per i propri familiari un simile privilegio si indignerebbero vedendo in una coda qualcuno che pretende di inserirsi davanti agli altri in attesa! Ma la Sanità Integrativa di fatto propone anche questo. Si aggiunga che ciò vanificherebbe i miglioramenti attesi dal Piano Nazionale di Gestione delle Liste di attesa.

²⁰ La Sanità integrativa non dovrebbe costituire, per multinazionali for profit che “riassicurano” i Fondi sanitari, anche un “cavallo di Troia” per acquisire dati di clienti cui proporre tanti altri prodotti assicurativi, in un continuo “gioco di scatole cinesi”.

7. Si conviene di rafforzare il sistema di vigilanza sulle attività svolte dai fondi integrativi e a tal fine si prevede, ai sensi dell'art. 3, comma 9, del decreto ministeriale 27 ottobre 2009, l'adozione di un decreto che individui più specificamente le modalità di funzionamento a regime dell'anagrafe del Ministero della salute, con l'obiettivo di garantire maggiore trasparenza e tutela ai cittadini iscritti ai fondi. A tal fine, il Ministero della Salute effettua rilevazioni presso i Fondi, anche attraverso questionari, per integrare le informazioni a sua disposizione circa la quantità e la tipologia di prestazioni erogate dagli stessi Fondi.

8. Si conviene di istituire presso il Ministero della salute un apposito gruppo di lavoro misto, Ministero della salute e Regioni, che elabori un documento tecnico di proposta di revisione della normativa vigente e definisca anche le modalità di istituzione e funzionamento dell'apposito Osservatorio nazionale dei fondi sanitari integrativi.

Costituire un Tavolo Ministero-Regioni avendo raccolto le designazioni del Coordinamento delle Regioni, prevedendo anche il coinvolgimento del Ministero dell'Economia e delle Finanze	Entro 3 mesi
Predisporre il testo per la revisione della normativa attualmente in vigore, avviando le attività dalla proposta di una modifica legislativa all'articolo 9 del d.lgs. 502/92; da condividere preliminarmente con le regioni	12 mesi
Delineare le linee di fondo per la modifica degli aspetti di disciplina amministrativa	12 mesi
Attivare forme di consultazione con i principali Fondi integrativi ed esperti della materia liberi da conflitti di interesse ²¹	3 mesi
Rivedere il testo, se necessario, tenendo conto dei risultati delle consultazioni (NB: non affrettarsi a chiudere comprimendo un adeguato dibattito su un tema su cui è in gioco la natura e la tenuta del SSN!)	2 mesi
Acquisire l'Intesa della Conferenza permanente Stato-Regioni	2 mesi
Predisporre la relazione illustrativa e quella tecnica	2 mesi
Avviare l'iter del disegno di legge, come emendamento da apportare nell'ambito di una più ampia manovra	non definibile
Avviare la riforma dei decreti ministeriali 31 marzo 2008 e 27 novembre 2009, che prevede un ulteriore iter con la predisposizione del testo di decreto nell'ambito del tavolo Ministero-Regioni	non definibile
Acquisire l'intesa in Conferenza Stato-Regioni, fino alla pubblicazione e registrazione della Corte dei conti	non definibile

²¹ Per tutelare gli interessi della maggioranza della popolazione, il Governo non dovrebbe consultare solo i principali Fondi integrativi (che metteranno in campo i *propri* esperti), ma anche ampie consultazioni con esperti senza conflitti di interesse/relazioni finanziarie con Fondi e Assicurazioni (pregresse, presenti o prospettate per gli anni a venire).