

**Prevenzione, terapie, gestione generale... Secondo le stime, il sistema sanitario statale farà sempre più fatica a sostenere i costi per la salute. La soluzione è nel "secondo pilastro": piccoli versamenti creano un capitale comune per aiutare gli iscritti a pagare le spese mediche**

## RIFONDARE LA SANITÀ

# Publicco & privato per curarsi meglio

LUISA GRION

Alla salute non si rinuncia, costi quel che costi. Il fatto è che per garantirsi cure mediche, visite, prevenzione la famiglia italiana spende sempre di più. Aumenta - anche se in forma controllata - la quota di spesa pubblica ed aumenta anche quella privata, ovvero il "cash" che pesa mese per mese sui bilanci di casa. Secondo i dati più recenti (riferiti al 2009) il Servizio sanitario nazionale ha bisogno di circa 110 miliardi l'anno (il sette per cento del Pil), cui vanno ad aggiungersi esborsi privati stimati sui 25 miliardi di euro. Quota, quest'ultima, che rappresenta solo il 22 per cento del totale, ma che è destinata a crescere sia perché la

**La grande angoscia delle famiglie è di non potersi più permettere visite specialistiche e interventi**

necessità di risanare i conti pubblici moltiplica i tagli al welfare, sia perché accanto alle prestazioni tradizionali ne nascono di nuove non coperte dal sistema sanitario.

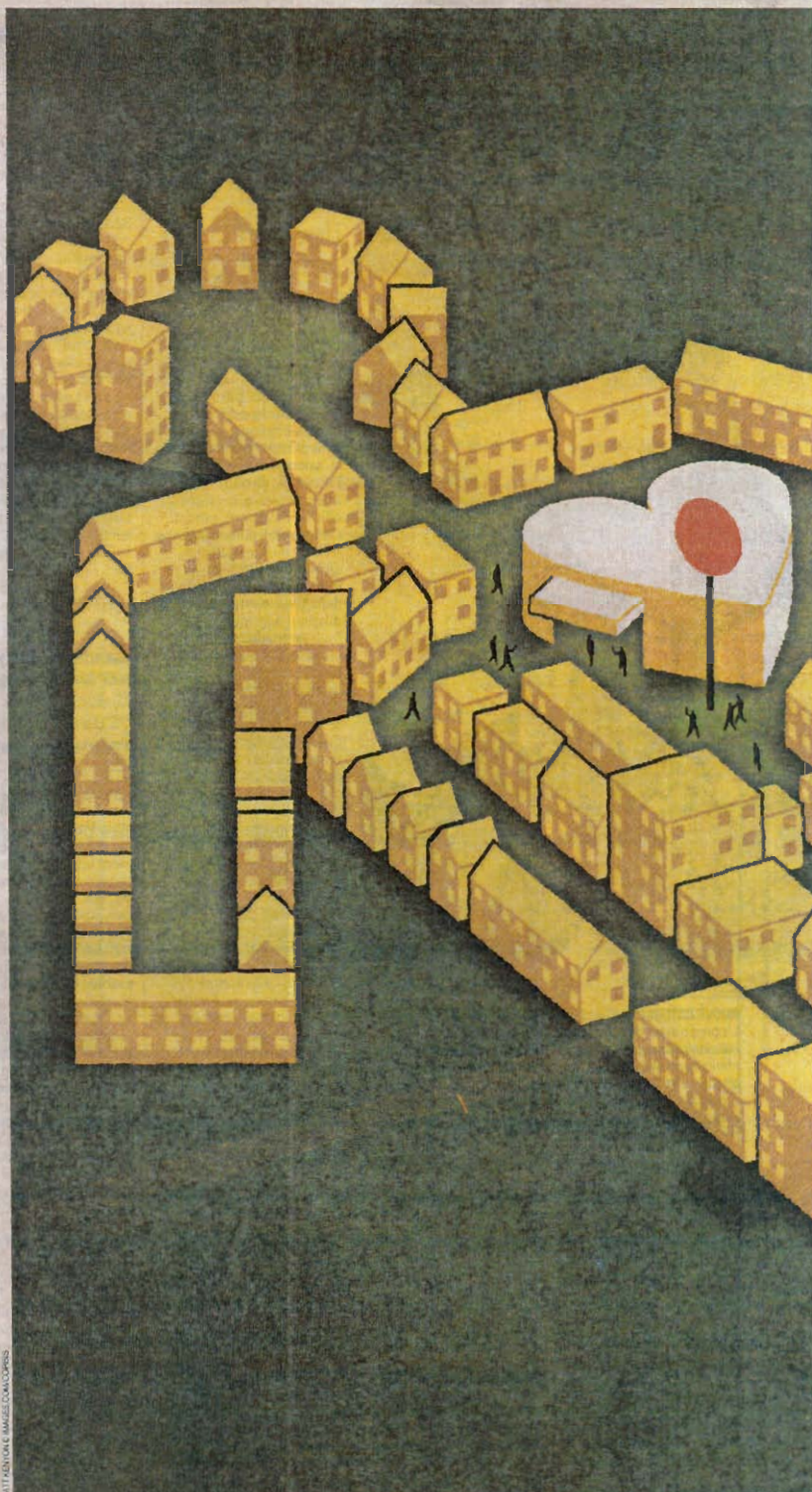
Non è un caso, quindi, che una delle principali preoccupazioni delle famiglie riguardo al futuro è legata alla possibilità di assicurarsi le cure mediche pagando di tasca propria ciò che la sanità pubblica non offre. Da uno studio sul welfare elaborato dal Censis per il forum Ania (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici) Associazioni dei consumatori, risulta che per l'82,5 per cento degli italiani la principale angoscia rispetto alla capacità di spesa è dettata dalla paura di non poter sostenere le spese mediche. Nello studio si legge che "nel 2009 il 32,1 per cento delle famiglie italiane si è trovato in gravi condizioni di disagio legate alla necessità di assistere malati terminali o non autosufficienti, di affrontare situazioni di dipendenza dall'alcol e dalla droga, di sopprimere ad una improvvisa mancanza di reddito o alla disoccupazione di un parente". Nel 59 per cento dei casi queste famiglie hanno dovuto cavarcela da sole, nel 28 hanno potuto contare sull'aiuto di amici "in assenza o scarso apporto del sistema del welfare".

La gravità del caso emerge ancor più nel rapporto 2009 del Ceis-Università di Tor Vergata (*Centre for economic and international studies* di Tor Vergata). Secondo lo studio, 5 milioni di italiani hanno avuto difficoltà nell'accedere alle cure: 338mila famiglie (pari a oltre un milione di persone) si sono impoverite per far fronte alle spese sanitarie e oltre due milioni e 600mila nuclei familiari hanno dovuto rinunciare a qualche cura per motivi di reddito. I casi più frequenti riguardano le cure dentistiche, in minima parte coperte dal servizio sanitario, tanto che per mettere l'apparecchio ai figli molti genitori trascurano la propria bocca.

Va detto che l'entità della spesa, sia per quanto riguarda la quota pubblica che per quella privata, varia a seconda delle regioni.

**Molti genitori per mettere l'apparecchio al figlio devono rinunciare al dentista per sé**

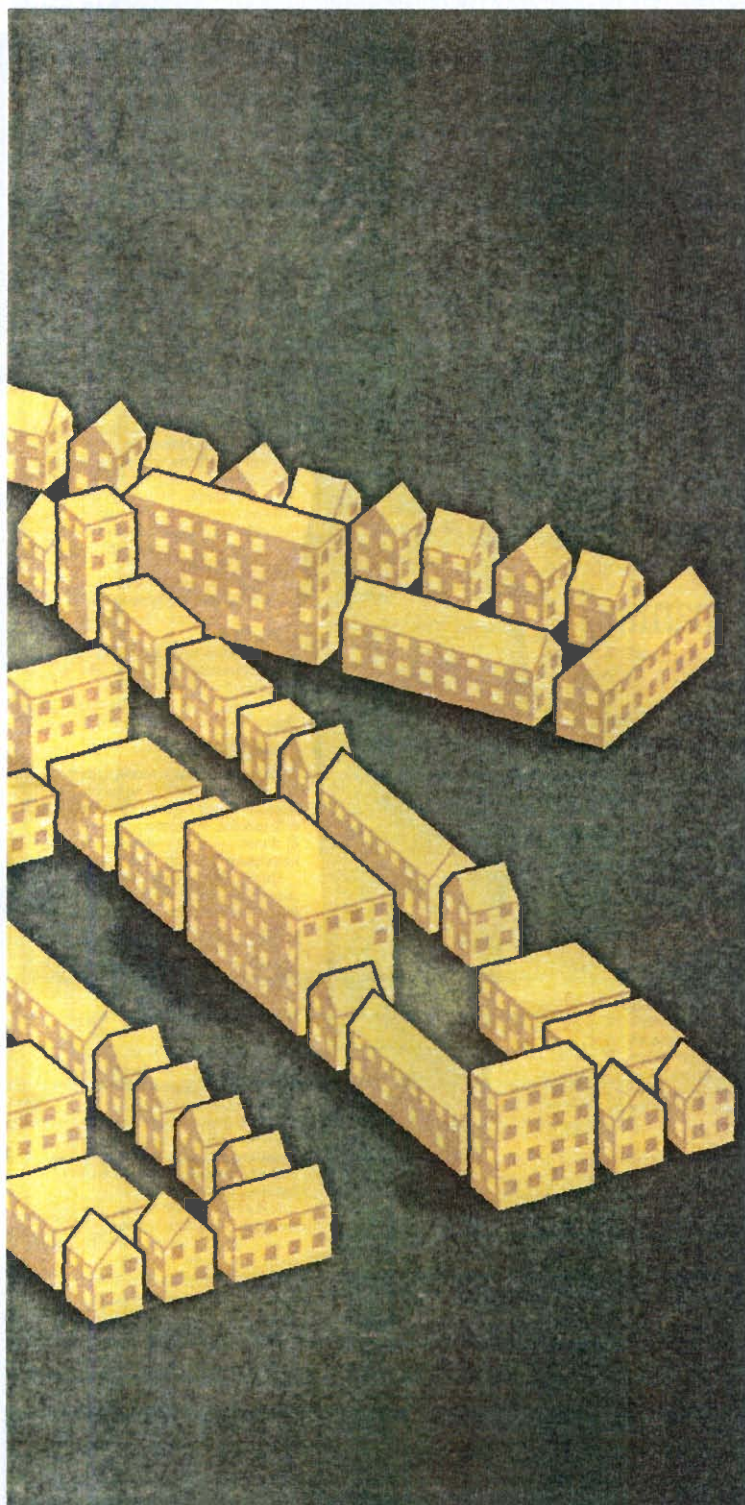
Sempre secondo il rapporto Ceis il gap, nella spesa pubblica, va dal minimo di 1.671 euro pro capite della Sicilia al massimo di 2.170 della provincia di Bolzano. In campo privato (dati 2007) la media di spesa pro capite è di 479 euro con punte che vanno dai 649 euro del Friuli Venezia Giulia ai 291 euro della Basilicata. La differenza è dettata dal reddito e dalla capacità di spesa delle famiglie. Ora va detto che la fetta di spesa privata è nella maggioranza dei casi (l'82,4 per cento) "out of pocket", interamente a carico di chi ne fruisce: solo il 13,9 è coperto da fondi sanitari e il 3,7 da assicurazioni nel ramo malattia. Anche secondo le associazioni dei consumatori la quota legata al ramo assicurativo è destinata ad aumentare. «ma è fondamentale scongiurare il versamento di premi troppo elevati» commenta Francesco Avallone, vicepresidente di Federconsumatori. Di norma, spiega, per far rientrare nei rimborsi anche cure che ne sono escluse si gonfiano le voci ammesse, scaricando così i costi sulla collettività e facendo aumentare i premi. È lo stesso sistema usato nelle assicurazioni Rc auto, speriamo che in questi casi le compagnie assicurative pongano maggiore attenzione».



### le scelte

## Casse, assicurazioni o mutuo soccorso?

Esistono diverse alternative per integrare le prestazioni del Ssn. Il fondo negoziale sanitario integrativo è frutto dell'accordo tra aziende e dipendenti: l'imprenditore sottoscrive un fondo per tutti i dipendenti, che sono liberi di aderire individualmente. La spesa è di 150-200 euro l'anno. Le società di mutuo soccorso (sms) sono fondi di tipo volontario a carattere locale. Istituiti nell'Ottocento come enti di solidarietà per le classi più povere. Anche qui le quote da versare si aggirano sui 150 euro l'anno. Infine ci sono le polizze assicurative sanitarie, più care (possono superare i duemila euro l'anno), che in genere, al contrario di sms e fondi, compiono discriminazioni per età e patologie



**110**

MILIARDI DI EURO

Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha bisogno, per funzionare, di 110 miliardi di euro l'anno, pari al sette per cento del Pil

**25**

MILIARDI DI EURO

Alla spesa del Ssn si aggiungono i 25 miliardi di euro di spesa privata, pari al 22 per cento della spesa totale

**5**

MILIONI DI ITALIANI

Nel 2009, 5 milioni di italiani hanno avuto difficoltà di accesso alle cure. Un milione di questi si sono impoveriti per curarsi

**479**

EURO

La spesa pro capite privata è di 479 euro, (dati 2007) con punte che vanno dai 649 euro del Friuli Venezia Giulia ai 291 euro della Basilicata

**la novità** Aumenta il numero di fondi iscritti alla nuova anagrafe

## Versamenti modesti copertura in crescita

AGNESE ANANASSO

Nel 2009 si è costituita, presso il ministero della Salute, la prima anagrafe dei fondi sanitari integrativi. Nel 2008, secondo il censimento del ministero, in Italia si contavano 416 fondi, casse e società di mutuo soccorso, che totalizzano quasi sei milioni di iscritti e oltre dieci milioni di beneficiari. «Oggi all'anagrafe se ne sono iscritti regolarmente 279 ma il numero dovrebbe continuare a crescere, segno che anche in Italia sta prendendo piede un modello di sanità integrativa finora poco conosciuto, che deriva dalla contrattazione tra azienda e lavoratori» spiega Grazia Labate, ricercatrice in economia sanitaria. «Nel 2009 si sono conclusi 23 rinnovi contrattuali con accordi di sanità integrativa che hanno dato vita a nuovi fondi, di cui dovremmo avere i dettagli entro l'anno».

I rinnovi toccano anche grandi nomi, come Ducati, Granarolo, Gucci, Siemens, Finmeccanica, Sky, Campari, Mediaset e Luxottica. La costituzione di un fondo sanitario integrativo consente ai dipendenti di poter usufruire di prestazioni medicosanitarie versando una piccola quota annuale, variabile da fondo a fondo a seconda degli accordi. «Per esempio Luxottica nel rinnovo contrattuale aveva previsto per i suoi 7.300 dipendenti un aumento annuo in busta paga di 242 euro lordi» continua Labate. «I dipendenti hanno preferito destinare questi soldi alla costituzione del fondo di solidarietà: in questo modo la somma non viene tassata - il fondo è esentasse - e sia l'azienda che i dipendenti godono delle agevolazioni fiscali previste».

La possibilità di usufruire di strutture convenzio-

**I dipendenti Luxottica hanno usato i 242 euro di aumento annuo per creare una riserva aziendale di solidarietà**

nate consente agli iscritti al fondo di effettuare visite e cure specialistiche in tempi brevi e a costi ridotti, con un ritorno per l'azienda anche in termini di produttività, perché consente ai lavoratori di organizzarsi senza penalizzare il lavoro. Riprende Labate: «In Germania la protezione della salute si realizza con fondi obbligatori di tipo negoziale ed è anche previsto un fondo obbligatorio in caso di non-autosufficienza, con prestazioni in buoni servizio (colf, fisioterapia etc) o voucher in moneta» continua Labate. «In Italia sarebbe auspicabile un modello alla tedesca per ciò che concerne il fondo di non-autosufficienza. In tutti i Paesi dell'Europa a 15 è previsto questo fondo, tranne che in Italia: col governo Prodi era stato inserito nella Finanziaria del 2007 un capitolo che destinava 400 milioni di euro al fondo, poi la somma è scesa a 200 col governo di centro destra e ora con la nuova legge di Stabilità il capitolo è definitivamente scomparso».

Ma esistono altre forme sanitarie integrative individuali, senza ricorrere alle spesso costose polizze assicurative? Poche persone sanno che esistono le società di mutuo soccorso (sms) che consentono, con cifre intorno ai 150 euro l'anno, di usufruire di prestazioni, mutualità, servizi o anche di remunerazione monetaria nel caso l'iscritto non riesca a pagare di tasca propria le prestazioni.

**il ministro Sacconi**

«La Germania modello da considerare»

FRANCESCA ALLIATA BRONNER

«Vedo positivamente l'incremento della sussidiarietà e del sistema dei fondi integrativi». Il ministro del Lavoro e delle Politiche sociali Maurizio Sacconi, intervenendo al convegno del 16 novembre scorso di Fondo Est, ha molto insistito sul concetto di sussidiarietà tra Stato ed enti bilaterali.



«Quello che abbiamo espresso nel nostro libro bianco sul welfare non implica affatto disinteresse da parte dello stato verso la sanità integrativa. Anzi dimostra una capacità di immettere i vari settori della società in un contesto di regole efficienti e chiare per la tutela dei cittadini». Uno dei temi che dovranno vedere un forte incremento nel prossimo futuro è proprio l'articolato rapporto sul welfare tra le attività degli enti bilaterali, quali la formazione, la previdenza e la sanità integrative. In particolare la collaborazione e la sussidiarietà debbono esprimersi sul grande problema dell'assistenza alle persone che perdono la loro autosufficienza. «Dobbiamo lavorare perché il sistema sanitario nazionale possa essere messo in sintonia col sistema dei fondi» ha detto ancora il ministro Sacconi, che nel rapporto pubblicato a ottobre sulla non autosufficienza, ritiene che «per il futuro si debba ragionare come in Germania, in termini di assicurazione obbligatoria, poggiando anche sul sistema dei fondi sanitari integrativi, vero secondo pilastro».

Da noi ancora il 23 per cento della spesa sanitaria privata è "out of pocket". «I fondi debbono impegnarsi sulle materie definite dal decreto di riferimento, odontoiatria e disabilità, ma debbono anche insistere nel campo della prevenzione: spetta loro il compito di farsi sollecitatori di prevenzione del bisogno di salute». Sacconi, in conclusione, si è dimostrato aperto ad una sempre maggiore collaborazione con i fondi di assistenza sanitaria integrativa, «anche nella fase di riflessione per il completamento dell'normativa giuridica di riferimento».

### **P'esempio**

**Fondo Est: rimborsi per dentista e inabilità**

Cure odontoiatriche e per inabilità temporanea sono spesso le prestazioni in cui si spende di più di tasca propria. Per questo, alcuni fondi sanitari integrativi, come Fondo Est, prevedono il rimborso diretto delle prestazioni per il recupero della salute in caso di inabilità temporanea da malattia o infortunio (anche per presidi e ausili ortopedici), come la fisioterapia per infortunio e patologie varie (ictus, neoplasie invalidanti, forme neurologiche degenerative e neuro miopatiche) e l'agopuntura a scopo analgesico, effettuata da personale medico. L'offerta odontoiatrica a erogazione indiretta prevede anche la copertura delle estrazioni dentarie e dell'implantologia. [www.fondoeest.it](http://www.fondoeest.it)