

Welfare aziendale, assicurazioni e fondi integrativi nuovi protagonisti dell'assistenza

Una spesa sempre più privata

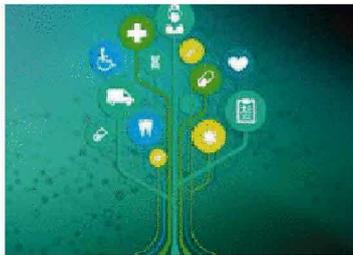
I punti fermi: universalità e garanzie in un quadro di sostenibilità della spesa

La gigantesca newco per il welfare sanitario aziendale annunciata negli Usa da JP Morgan, Buffet e Amazon ha lanciato il classico sasso nello stagno del dibattito nostrano sul futuro del sistema delle cure e dell'assistenza. Riflettori accesi, quindi, sul pianeta della sanità integrativa, fino a oggi quel "secondo pilastro" del servizio sanitario nazionale, rimasto sottotraccia e cresciuto negli anni in modo a dir poco disordinato. Un caos non più accettabile: il modello Beveridge in cui lo Stato si assume l'onere totale dell'assistenza ai cittadini è arrivato a un bivio e ogni ipotesi di integrazione sembra non poter prescindere dall'ingresso di nuovi attori. Nessuna strada può essere esclusa e, anche solo a guardare le prospettive di mercato e le varie componenti della spesa sanitaria, è probabile che la soluzione si trovi in un mix di ricette. Purché non si rinunci a una governance politica "forte", che garantisca libertà di scelta all'interno di un sistema di tutele complessive.

I dati parlano chiaro: i cittadini sono arrivati a pagare di tasca propria 37 miliardi di euro (valore in crescita), pari a un quarto dell'intera spesa sanitaria nazionale (150 miliardi di euro circa). Complice una serie di fattori: i tagli massicci degli ultimi anni (stimati in 10,5 miliardi di euro) al finanziamento pubblico delle cure, l'invecchiamento della popolazione e la mancata riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, ma anche una domanda di benessere che continua a evolvere, il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha perso terreno.

L'altra faccia della medaglia sono liste d'attesa e un accesso disomogeneo alle prestazioni. Senza contare la grande chance dei farmaci innovativi, che mette a dura prova la tenuta della spesa ospedaliera ma che nel lungo periodo riduce i costi di ricoveri e long term care e gli impatti socio-economici indiretti. In questo contesto, la pressione per ricette alternative cresce. È la sanità integrativa cerca nuovi spazi. Soprattutto, per ora, sul fronte del welfare aziendale, che anche in Italia si declina nelle principali industrie, entrando nei nuovi contratti grazie anche a politiche fiscali favorevoli. A fare il punto, nei giorni scorsi, è stata proprio Confindustria, nel suo primo rapporto sulla filiera della salute. Una presa d'atto di un settore che da solo vale l'11% del Pil e che non può più essere guardato come una mera voce di spesa, ma come un'opportunità. Anche di mercato.

A certificare lo scenario, è arrivata



poche settimane fa l'Indagine conoscitiva del Parlamento sulla sostenibilità del Ssn. Che dà conto di un territorio, quello del II pilastro, molto controverso. A partire dai fondi sanitari integrativi ancora nel far west e perciò da sistemizzare. Una realtà molto complessa, composta da centinaia di fondi, casse ed enti eterogenei fra loro per coperture, premi, gestione delle attività e prestazioni. A prevalere sono i fondi aziendali, comunque mal distribuiti tra nord e sud del Paese. In campo anche le compa-

gnie assicurative con le loro polizze malattia, che presentano costi tra i più elevati in Europa: non a caso, forse, le assicurazioni sanitarie volontarie coprono ancora appena l'1,5% della spesa privata. Infine, ma certo non per ordine di importanza, gli accordi di welfare integrativo che - sottolineano ancora i parlamentari - avrebbero l'effetto di tutelare soltanto i ceti medi e medio-alti. O comunque, chi un lavoro già ce l'ha.

La grande scommessa è far quadrare il cerchio: garantire a tutti l'assistenza, in un quadro di finanza sostenibile. Con un debito pubblico secondo soltanto alla Grecia e con un bilancio dello Stato sotto costante osservazione dei partner Ue, l'Italia non ha grandi spazi di manovra. Del resto, anche Paesi come la Francia, che alla sanità destinano il 2% di Pil in più rispetto a noi, hanno scelto un sistema ibrido, tra Beveridge e Bismarck. Che significa riservare la sanità pubblica alle fasce deboli e ai casi più gravi e

aprire gestione della cronicità, nuovi bisogni di cura e riabilitazione a forme integrative private. In definitiva, a una mutualità sostenibile. Per tracciare un quadro della potenziale domanda basta, come sempre, partire dai dati che raccontano di una spesa out of pocket (tutta a carico delle famiglie) in cui a parte l'esborso per i ticket (3 miliardi), gli altri ingredienti - a cui il mercato potrebbe guardare - spaziano dalla diagnostica alle residenze per gli anziani, voce in forte crescita. E a queste voci tradizionali si somma tutto il mondo del wellness e della prevenzione, verso cui la popolazione è sempre più interessata. Il trend attraversa tutti i "big" europei: la fase di transizione riguarda i Paesi più avanzati, alle prese con il difficile equilibrio tra i bisogni e le richieste dei cittadini e l'esigenza di far quadrare i conti, ma coinvolgerà tutti gli Stati membri, anche alla luce degli obiettivi fissati per il 2025, anche in tema di sanità, nel cosiddetto "pilastro europeo dei diritti sociali" approvato a novembre scorso a Göteborg. L'obiettivo, anche in Italia, è trovare una strategia di governo per lo sviluppo delle varie forme di protezione, senza indebolire la qualità dell'offerta pubblica - che resta un'eccellenza mondiale - e senza rinunciare a promuovere interventi appropriati. Una sfida di sistema, che necessita di un patto tra tutti gli stakeholder e che la prossima legislatura non potrà ignorare.

**Barbara Gobbi
Rosanna Magnano**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVISTA/ I

«Conciliare salute e finanza pubblica»

Il principio dell'universalità dell'assistenza sanitaria non è in discussione: il punto è trovare il modello in grado di tutelare la salute di tutti i cittadini, restando però nei vincoli della finanza pubblica». **Gabriele Pelissero**, presidente dell'Associazione nazionale dell'ospedalità privata (Aiop) - 500 case di cura in Italia, 53mila posti letto e 2,3 milioni di pazienti in carico - proprio in questi giorni è a Bruxelles per discutere con i suoi omologhi di tutta Europa, come affrontare le grandi sfide della sostenibilità.

Quali le ricette possibili per il welfare di domani?

Partiamo dal presupposto che i sistemi Beveridge sono in profonda difficoltà anche e soprattutto per la crisi che li ha scossi negli ultimi 7-8 anni. Tra le ricette possibili, c'è quella di rafforzare l'attuale Ssn aumentando le risorse, ma servirebbe una scelta politica di fondo che purtroppo non appare verosimile.

Il modello?

Un modello "misto": la salute viene garantita in parte dallo Stato e in parte da un grande patto tra le forze sociali, che si impegnano a sostenere le prestazioni, acquisendo un loro ruolo nella governance complessiva della sanità.

Che cosa resterebbe a totale carico del Ssn?

Il Ssn dovrebbe continuare a garantire totalmente i grandi rischi ospedalieri e le fasce deboli della popolazione, che non rientrano in un "patto del lavoro". Per gli ambiti ambulatoria-

le, delle prestazioni a minore intensità e per tutti i nuovi bisogni di cura, è invece ipotizzabile un concorso tra la spesa esclusivamente a carico della finanza pubblica e strumenti - aiutati dallo Stato - come i grandi contratti di lavoro e il welfare a essi collegato.

Come fanno negli Usa...

L'Italia si è mossa su questo terreno da oltre dieci anni. Da ultimo, il più recente accordo dei metalmeccanici apre al welfare.

In questo scenario che ruolo per i fondi sanitari integrativi?

Il modello ne prevede l'evoluzione: l'attuale autoregolamentazione, legata ad accordi aziendali o di categoria, deve lasciare spazio a un sistema razionale, che mobiliti l'intero mondo del lavoro. Tutte le parti sociali devono trovare la soddisfazione delle proprie esigenze, in un'ottica solidaristica. Se decideremo che, chi lavora, l'elettrocardiogramma lo può ottenere attraverso forme mutualistiche concordate, allora le fasce deboli potranno ottenere più facilmente lo stesso esame in ambito Ssn.

Viene da pensare a un modello Bismark...

Sì, pensiamo a una ibridazione tra il Beveridge e il Bismark. Modelli di questo tipo si stanno generando in tutta Europa a una velocità molto significativa...

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“ L'Europa guarda sempre più a un modello misto tra Beveridge e Bismark che continui a tutelare le fasce deboli ”

L'INTERVISTA/2

«Sanità integrativa, regole da rifare»

«Il prossimo governo dovrà avviare una riforma della sanità integrativa, perché la normativa è frammentata e non più in linea con le esigenze del servizio sanitario. E questo rende il sistema più iniquo». A parlare è **Nino Cartabellotta** - presidente della Fondazione Gimbe - think tank indipendente della sanità di respiro internazionale che cura il Rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Il Ssn è a corto di ossigeno e la spesa privata, intermedia e non, cresce. Come interpretare questo trend?

Mi convince poco l'assioma - sostenuto da chi vuole incrementare la spesa intermedia - che la spesa privata serva esclusivamente a coprire le minori tutele pubbliche conseguenti al definanziamento del Ssn. Questo è vero solo in parte. Infatti la spesa out-of-pocket è molto più elevata nelle Regioni più ricche alimentando solo il consumismo sanitario, come dimostrato dalle tipologie di spesa

Su cronicità e non autosufficienza l'assistenza pubblica deve ancora trovare il giusto assetto per vincere la sfida dell'invecchiamento della popolazione. Fondi e assicurazioni possono rappresentare una parte della soluzione?

Sì certo. Ma il problema è definire cosa esce dai Lea, separando nettamente le prestazioni a carico del finanziamento pubblico da quelle sostenute dalla sanità integrativa. Oggi invece, con una certa schizofrenia, l'ultima revisione dei Lea ha notevolmente ampliato il "paniere" senza un

aumento adeguato del Fondo sanitario nazionale. Così la sanità integrativa, assicurazioni in particolare, rischia di diventare sostitutiva, aumentando le diseguaglianze.

Un nuovo mercato però c'è. Come conciliare libertà di scelta del cittadino ed equità?

La normativa è estremamente frammentata, sia dal punto di vista delle prestazioni coperte sia sotto il profilo delle agevolazioni fiscali. I fondi sanitari integrativi legati ai contratti di lavoro godono di una deducibilità dei contributi fino a 3.615,20 euro. Una quota quasi doppia al finanziamento pubblico pro capite. Tale defiscalizzazione è sostenuta con le tasse di tutti i cittadini, ma ne beneficiano solo quelli iscritti ai fondi sanitari integrativi. Agevolazioni fiscali minori ci sono anche per le assicurazioni, che coprono anche prestazioni incluse nei Lea. Ecco perché è indifferibile un Testo unico della sanità integrativa. Non si può nemmeno escludere che il Ssn garantisca alcune prestazioni solo ai meno abbienti, ma serve un adeguato sistema di controlli.

In America entrano vistosamente nuovi giganti nel mondo della sanità. Potrebbe accadere anche in Italia?

Certo che può accadere. Però questo processo va governato. Perché con la normativa attuale chiunque entri rischia di creare pericolosi corti circuiti della sanità pubblica.



“ **Definire cosa esce dai Lea, separando prestazioni a carico dello Stato e quelle sostenute dalla sanità integrativa** ”

Ro.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA