

Federalismo e fondi sanitari integrativi: un modello italiano di “big society”

A cura di Isabella Mastrobuono

Il recente rapporto del Fondo monetario internazionale “Long Term Trends in Public Finances in G7” pone l’accento sul fatto che nelle economie dei Paesi maggiormente industrializzati debbano essere avviate politiche di contenimento dei costi in sanità, anche creando spazi di tipo fiscale per l’erogazione dei servizi ai cittadini alternativa al settore pubblico, considerando che l’impatto della crescita della spesa sanitaria e pensionistica potrà essere ben più devastante nel futuro del debito pubblico conseguente la crisi di questi anni. Il documento pone l’accento sul fatto che le tecnologie (nuovi farmaci, dispositivi medici, apparecchiature) potrebbero giocare un ruolo superiore a quello dell’invecchiamento nel generare nuovi costi, ponendo le Società industrializzate dinanzi al problema di indicare delle priorità di intervento. Il tema è molto sentito in Italia, Paese caratterizzato da una percentuale di anziani che ha ormai superato il 20% (oltre 12 milioni di persone di cui 1.098.000 con non autosufficienza grave secondo i dati ISTAT 2007), con il serio rischio che negli anni a venire i giovani occupati si trovino a finanziare la spesa pubblica per pensioni ed anzianità dedicata ai 65enni ed oltre, per circa il 62,3% del loro PIL procapite (Pamolli 2011). Il finanziamento per la sanità pubblica è oggi pari a circa 106 miliardi di euro (salvo le quote vincolate) e aumenterà solo dello 0,5% nel 2012 e dell’1,4% nel 2013, con una riduzione della spesa di circa 8 miliardi di euro. Su questo finanziamento, pari al 7,3% del PIL, gravano le scelte governative più recenti, e cioè l’introduzione del tetto nazionale per i dispositivi medici, la riduzione della tetto della farmaceutica territoriale al 12,5%, e, a partire dal 2014, l’introduzione di ulteriori tickets, oggi probabilmente ammontanti ad oltre 5 miliardi di euro (farmaceutica, specialistica, compreso il trasferimento dei DRG a rischio in appropriatezza, e codici bianchi del Pronto soccorso – stime a cura della Scrivente, in corso di approfondimento). Uno scenario complesso che potrebbe favorire la sanità low-cost, la cui crescita annua è calcolata intorno al 20-30% con un mercato del valore di 10 miliardi di euro.

Sarebbe però un errore strategico guardare alla spesa sanitaria senza contemporaneamente considerare quella sociale. Il legame tra i due mondi è strettissimo. Una drastica riduzione e senza una strategia precisa della spesa sociale può riflettersi sul versante sanitario determinando una maggiore richiesta di servizi soprattutto di emergenza e vanificare, nelle regioni in piano di rientro, gli sforzi per la riduzione della spesa sanitaria.

Sono a rischio dunque soprattutto le prestazioni sociosanitarie, che rientrano nel forziere della spesa sociale, pari nel nostro Paese a oltre 120 miliardi di euro, e caratterizzata, rispetto a tutti i Paesi europei, da una tendenza a garantire prestazioni in denaro piuttosto che in servizi.

Su questa spesa si abatteranno i provvedimenti recenti di stabilizzazione finanziaria (legge 148 del 14 settembre 2011) che riduce di 6,5 miliardi nel 2012 il finanziamento agli enti locali, fino agli 11,4 del 2014, mentre dalla riforma dell'assistenza (assegni di invalidità, pensioni di reversibilità) dovranno ottenersi, entro il 2014, risparmi per 20 miliardi di euro, pena il taglio di tutte le agevolazioni fiscali vigenti. A tale proposito, il Governo è stato delegato ad emanare una riforma fiscale e assistenziale che integri ed armonizzi le risorse destinate al sociosanitario e promuova la welfare society e le realtà del terzo settore e, aggiunge chi scrive, dell'imprenditoria for profit. E' dall'analisi di questi dati che nasce la consapevolezza di dovere intervenire con rapidità, con proposte realizzabili in un arco di tempo ragionevole, da attuarsi parallelamente agli interventi di "moralizzazione" dell'assistenza (termine utilizzato nel disegno di legge delega) e che consiste nel convertire i contributi monetari o parte di essi (l'indennità di accompagnamento, pensione di reversibilità) in servizi, utilizzando la rete dei partecipanti al terzo settore (fondi integrativi, volontariato, cooperative) con il contributo dell'imprenditoria for profit.

Se è vero che allo stato attuale in Italia sono presenti 242.028 posti letto residenziali e semiresidenziali (Anaste 2011) a fronte di un fabbisogno (su valori internazionali) di 496.198 (dati Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA- 2007), che l'ADI viene erogata a 385.348 anziani (22 ore di assistenza su base annua-dati Ministero della salute 2007) a fronte di un fabbisogno almeno pari al 6%, e cioè 870.000 assistiti (ad almeno 8 ore a settimana, come da valori internazionali), la conversione di quote delle prestazioni in moneta in servizi consentirebbe di avviare un sistema in grado di offrire in breve tempo una risposta ai maggiori bisogni della popolazione e delle famiglie (non più sole ad affrontare i problemi), contribuendo all'occupazione di 500.000 persone.

Tagli, dunque, non lineari ma finalizzati ad una crescita di sistema che consenta di veicolare le riduzioni alle indennità reimmettendo una parte di esse nel sistema Paese attraverso i fondi integrativi sanitari e sociosanitari, consentendo investimenti nel settore dell'edilizia e nuova occupazione. E' giunto il tempo per completare il quadro normativo dei fondi integrativi: l'obiettivo finale è quello di sviluppare una rete integrata tra pubblico e privato quale passaggio fondamentale per dare impulso ad un modello italiano di "big society", orientato alla responsabilizzazione dei cittadini ed alla mutualità solidaristica.