

# Le nuove frontiere del sistema socio-sanitario



Dott. **Roberto Gussoni** - ANIA Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici - Milano

Come punto di partenza del mio intervento, vorrei richiamare la vostra attenzione circa le indicazioni emerse dal lavoro della Commissione Onofri nel 1997.

In quell'occasione è stato sottolineato come fosse prioritario procedere al riequilibrio della spesa per il Welfare tramite il trasferimento di risorse dal comparto pensionistico a quello assistenziale ma, ancora oggi, l'argomento rimane quasi tabù a causa dell'opposizione dei rappresentanti delle coorti di lavoratori più anziani o già in pensione.

Un corretto approccio al tema della riforma del sistema di protezione sociale implica la definizione della funzionalità dei tre comparti in cui si articola il Welfare: quello pensionistico, quello sanitario e quello assistenziale.

Per ognuno di essi deve essere disegnato un sistema a tre pilastri, in cui schemi "qualificati" privati (derivanti dalla regolamentazione dei fondi integrativi e di forme individuali ad hoc) e assicurazioni "libere" potranno svolgere, oltreché una funzione integrativa rispetto al sistema pubblico, anche un ruolo di coordinamento orizzontale del sistema di tutela, particolarmente nell'"area di confine" socio-sanitaria.

Per comprendere meglio la migliore strada di rinnovamento da intraprendere, appare utile ripercorrere l'evoluzione normativa che ha portato all'attuale struttura dei tre comparti del Welfare.

Per quanto riguarda il comparto pensionistico, in seguito alle note riforme del 1992 e del 1995 molti correttivi sono stati proposti e si è dato vita ad un ampio dibattito sulla necessità di intervenire nuovamente.

A tal proposito, merita particolare attenzione, l'eccellente lavoro di verifica compiuto dalle c.d. Commissione Brambilla, il quale ha calcolato che il rapporto tra spesa pensionistica e PIL riprenderà preoccupantemente a correre dopo il 2010 per effetto del raggiungimento della soglia del pensionamento da parte delle "ricche" classi di nati dopo la fine della 2a guerra mondiale. Si calcola che l'aliquota di equilibrio dovrebbe arrivare a toccare il livello record di 46,8% nel 2032.

Riguardo ciò, il ddl in materia previdenziale attualmente sul tavolo di discussione politico, in contraddizione rispetto tali conclusioni, non riporta alcuna indicazione su un eventuale intervento correttivo.

Anche il tema della previdenza complementare, a partire dal d.lgs. 124/93, è stato oggetto di un perenne dibattito tra politici, studiosi e tecnici. Un passaggio fondamentale potrebbe derivare dalla futura conversione in legge dello stesso ddl il quale prevede, tra l'altro, la devoluzione delle quote di TFR maturando alle forme di previdenza complementare.

Passando al comparto sanità, preme sottolineare come esso rappresenti l'altra grossa spina nel Welfare. Molti sono stati gli interventi successivi al D.lgs. 229 del 1999, e la materia appare tuttavia in continua evoluzione.

Tra gli ultimi interventi, notevole importanza assumono l'Accordo tra Stato e Regioni dell'8 Agosto 2001, che attribuisce competenza e responsabilità di spesa sanitaria alle Regioni fissando un tetto di risorse disponibili di anno in anno, e la recente definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal sistema pubblico.

L'anomalia che contraddistingue il nostro Paese in tema di spesa sanitaria è l'ammontare di quella privata, che supera quota 25% sul totale (percentuale molto superiore a quella registrata negli altri paesi europei). Di questo ammontare, solo il 5% è destinato all'acquisto di coperture assicurative, mentre per la parte rimanente si tratta esclusivamente di spesa out-of-pocket, impiegata quindi in maniera irrazionale.

Con la Legge 328/2000 in materia di assistenza infine, si sono gettate le basi per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Anche in questo caso ritorna il problema del reperimento di risorse aggiuntive rispetto a quelle pubbliche e la necessità di dar vita ad una efficiente rete locale di assistenza domiciliare, ancora oggi assente in gran parte del territorio.

Considerati questi accenni sull'impostazione del sistema, si evidenzia la necessità di dar vita ad nuovo modello di Welfare, capace di rispondere ai nuovi bisogni di protezione sociale, incidendo sugli impianti legislativi descritti, talvolta tramite riforme strutturali, tal'altra mediante semplici assestamenti.

Il primo passo appare quello di predisporre la riallocazione delle risorse finanziarie attraverso il concorso organizzato delle risorse pubbliche e di quelle private, non prescindendo in ogni caso dalla fondamentale centralità riconosciuta al sistema pubblico.

Il rinnovato modello di protezione sociale dovrebbe prevedere:

- Un'impostazione che miri a realizzare la "crescita zero" nella componente pubblica finanziata a ripartizione, accentuando il profilo solidaristico in favore dei soggetti più bisognosi e incentivando, negli altri casi, forme di l'autoprotezione,
- L'impiego razionale di risorse private attraverso il ricorso ai già menzionati schemi "qualificati" e a schemi "liberi", sia assicurativi che mutualistici.

In questo scenario di riforma, e a conclusione del mio intervento, rimane da affrontare l'attualissima questione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti.

La riflessione nasce dall'analisi del progressivo innalzamento dell'età media della popolazione, che, in aggiunta al superamento del tradizionale modello di famiglia, hanno portato la società moderna a doversi interrogare ed impegnare circa lo sviluppo di soluzioni idonee e innovative volte a contrastare tale fenomeno.

L'allungamento della vita infatti, conseguenza degli importanti successi ottenuti in campo medico e del generale miglioramento delle condizioni di vita, ripropone con forza gli interrogativi sulla qualità degli anni vissuti in tarda età.

Un'indicazione sul numero di cittadini italiani attualmente e potenzialmente bisognosi di assistenza, ci è fornita dall'Indagine Multiscopo Istat 1999 e dallo studio ILSA condotto dal Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Gli studi mostrano che ad oggi, il numero degli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti è prossimo ai due milioni, con la tendenza ad un continuo aumento nei prossimi decenni. Tra questi, maggiormente preoccupante è la quota dei disabili gravi tra i soggetti "molto anziani", che ha raggiunto il livello del 25%.

Il problema quindi, non è più quello di prolungare la vita, ma proprio di migliorare la qualità degli anni guadagnati. L'attenzione alla dimensione qualitativa, impone anche sul piano metodologico, uno sforzo volto ad individuare indicatori sensibili a questo aspetto del fenomeno.

È quindi subito necessario evidenziare come non vi sia sufficiente chiarezza intorno al concetto di non autosufficienza. Esso infatti, viene diversamente interpretato da Istituzioni e Servizi in Italia (INPS, INAIL, Nuclei di valutazione multidimensionale delle ASL, ecc.), a differenza di altri paesi dove vigono linee guida nazionali.

Analogamente, va anche ripensato l'intero sistema di erogazione delle prestazioni e di allocazione delle risorse finanziarie tra il settore Pubblico e quello Privato Non-Profit e Profit.

Dal lato delle prestazioni oggi erogate agli anziani si registra un massiccio ricorso ai ricoveri ospedalieri, giustificato dalla carenza di posti letto nelle RSA e soprattutto dalla mancata attivazione di servizi di assistenza domiciliare, il tutto in mancanza di un adeguato coordinamento ed integrazione tra i vari soggetti erogatori.

È quindi necessario procedere alla individuazione della tipologia e della quantità dei servizi, dei sostegni economici e delle prestazioni, sanitarie e sociosanitarie, da erogare ai soggetti non autosufficienti partendo dalla mappatura della attuale rete di prestazioni pubbliche e private attivate a livello territoriale.

Lo stesso vale per quanto riguarda le risorse finanziarie impiegate. Non è ad oggi possibile valutare compiutamente l'ammontare e la destinazione delle stesse. In ogni caso, il finanziamento pubblico, come emerge dalle stesse dichiarazioni del Ministro della Salute, appare, proprio in funzione dell'evoluzione dei tassi demografici, del tutto inadeguato.

Si deve pertanto procedere impostando un sistema capace di raccogliere risorse aggiuntive derivanti dal settore privato non profit e profit e di affiancarle a quelle pubbliche in una logica di integrazione secondo il comune principio dell'appropriatezza nell'utilizzo.

In questo senso, e operando lungo la traccia delle attuali normative civilistiche (Legge 328/00 per gli aspetti sociali, D.lgs. 124/93 per gli aspetti previdenziali e Legge 229/99 per quelli sanitari), le soluzioni applicabili appaiono molteplici:

- Dal lato dell'erogazione di prestazioni economiche, si può ipotizzare l'intervento nell'area della previdenza complementare attraverso la connessione delle coperture assicurative LTC ai Fondi Pensione e alle Forme Pensionistiche Individuali, che per natura e obiettivi, si prestano particolarmente allo scopo. Inoltre, potrebbero essere incentivati piani di accumulo sotto forma di assicurazioni sulla vita, alimentati da risparmio pri-

---

vato, da contributi aziendali, da Organismi di Categoria o da Organismi territoriali quali Regioni e Province. Una soluzione di questo tipo permetterebbe di poter diluire nel tempo il costo dell'acquisto della copertura, ed è pertanto particolarmente indicata per i soggetti meno avanti negli anni.

- Se passiamo invece dal lato degli schemi per la fruizione di servizi socio-sanitari, appare interessante poter intervenire nell'ambito del funzionamento dei futuri fondi sanitari e socio-sanitari volontari che nasceranno presumibilmente in ambito regionale. Anche in questo caso una struttura degli interventi che possa fare conto anche sulle risorse private risulterebbe più rispondente alle necessità. Fondi socio-sanitari, Compagnie di Assicurazione e Società di Mutuo Soccorso potrebbero essere preposte ad affrontare l'area dei "grandi rischi", mentre il Sistema Pubblico potrebbe maggiormente concentrarsi sull'organizzazione di una rete di assistenza domiciliare. Anche le assicurazioni malattia c.d. "libere", possono rappresentare un valido strumento per fronteggiare il rischio non autosufficienza. Esse possono essere finanziate da un premio di rischio, senza quindi la necessità di attivazione di un piano di accumulo di risparmio di durata medio/lunga. La maggior parte dei premi raccolti infatti, vengono impiegati per garantire le prestazioni delle persone che, nello stesso anno, diventano non autosufficienti. I soggetti che maggiormente potrebbero agevolare una introduzione di massa della garanzia LTC dell'ambito delle Polizze di rischio sono le Casse professionali, rivolte ai liberi professionisti e già operanti nell'ambito della previdenza e le Casse sanitarie gestite dai Brokers, maggiormente aperte ad introdurre innovazioni nella propria offerta.

Rimane infine opportuno attivare un'opera di sensibilizzazione verso questo problema a tutt'oggi ancora poco percepito. In tal senso, il Governo, le Regioni, gli Enti locali, i media, i soggetti di rappresentanza collettiva e le Fonti Istitutive, dovrebbero svolgere un ruolo decisivo operando in una logica di stretta concertazione.