

RIFONDARE LA SANITÀ

Publicco & privato per curarsi meglio

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

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 riguar-

do al futuro è legata alla possibilità di assicurarsi le cure mediche pagando di tasca proprio 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 cavarsela 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».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

le scelte

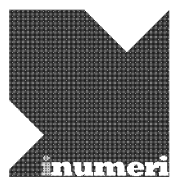
Casse, assicurazioni o mutuo soccorso?

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

l'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 antalgico, effettuata da personale medico. L'offerta odontoiatrica a erogazione indiretta prevede anche la copertura delle estrazioni dentarie e dell'implantologia. www.fondoeest.it



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