

Il secondo pilastro? Va rivisto dalle basi

La proprietà intellettuale è riconducibile alla fonte specificata in testa alla pagina. Il ritaglio stampa è da intendersi per uso privato

Laura Crescentini (Assoprevidenza):
«Rendere obbligatorio il contributo per la non autosufficienza»

Isabella Della Valle

■ La buona notizia è che la vita media si allunga, quella meno buona è che le coperture sanitarie potrebbero non bastare. Non solo. Anche il tema della non autosufficienza sarà sempre più rilevante, senza però poter contare sugli strumenti necessari per affrontarlo. Insomma, il secondo pilastro sanitario/assistenziale in Italia va decisamente rafforzato. Attualmente nel nostro Paese ci sono due tipologie di fondi sanitari che possono beneficiare della deducibilità dei contributi, almeno in teoria. I fondi di derivazione contrattuale che possono offrire ogni genere di prestazioni sanitarie a patto che destinino almeno il 20% delle risorse alle cure odontoiatriche alla non autosufficienza (Long term care) e i fondi destinati a tutti coloro che non possono usufruire di un accordo collettivo (tipicamente i lavoratori indipendenti) che possono erogare esclusivamente prestazioni di tipo integrativo, ma si tratta più che altro di una fattispecie teorica. Questa quindi è la situazione di partenza.

PIÙ EFFICIENZA

«Purtroppo sulla sanità complementare ci si scontra con pregiudizi ideologici che considerano il fondo sanitario privilegio di pochi anche se così non è - spiega Laura Crescentini, co-

ordinatore tecnico di Assoprevidenza e della Commissione Sanità dell'Ordine degli Attuari -, e che vi scorgono una minaccia per l'universalismo dell'Ssn, che però già di fatto universale non è più visto che per una prestazione si aspettano anche sei mesi. Ciò detto, per rendere più efficiente il secondo pilastro sanitario, occorre estendere in via generale il regime tributario agevolato ora previsto per i lavoratori dipendenti, dotare il comparto di un'adeguata regolamentazione quadro, analogamente a quanto fatto per la previdenza complementare, rendere pubblici i dati dell'anagrafe. Non solo. Poiché anche laddove operano fondi sanitari, nella maggior parte dei casi la copertura si limita agli attivi, bisognerebbe incentivare l'estensione della copertura anche ai pensionati a costi contenibili, sfruttando i vantaggi connessi alla copertura collettiva». Il

grande vantaggio di offrire protezione a livello collettivo infatti, è ridurre gli oneri e questo è vero anche per quanto riguarda un altro tema sempre più attuale del quale si parla molto ma si fa meno: la non autosufficienza.

LE CRITICITÀ DELLA RISPOSTA ATTUALE

La risposta sia pubblica, sia privata continua a essere nettamente inadeguata sotto il profilo quali/quantitativo: mancanza di una definizione unica, frammentazione disorganizzata di interventi con conseguente rischio di inappropriata delle prestazioni, dispersione delle già scarse risorse e attribuzione alle famiglie dell'onere organizzativo e in gran parte di quello economico dell'assistenza. La copertura pubblica si fonda essenzialmente sull'indennità di accompagnamento, pari a circa 516

euro al mese corrisposta a chi dimostra di essere invalido senza condizioni di reddito e senza alcun controllo sul suo utilizzo. In teoria ci sarebbero anche le prestazioni erogate da regioni e comuni (come ad esempio l'assistenza domiciliare) erogate però in misura talmente ridotta da essere poco più che simboliche. Quindi che fare? «Bisognerebbe prendere coraggio a due mani - prosegue Crescentini - e riconoscere la non autosufficienza come una branca a sé stante del sistema di welfare (come le pensioni o la sanità), dotata di un quadro normativo e regolativo specifico che definisca un nuovo e organico disegno organizzativo».

E quindi come potrebbe essere organizzata la copertura? « Il nuovo modello di copertura dovrebbe sposare un approccio multidimensionale integrato, che realizzi sinergie fra servizi sanitari e sociali, professiona-

lità diverse, attori pubblici e privati, profit e non profit, focalizzato sui servizi e non sulle prestazioni monetarie». Si tratta, del resto di un tipo di intervento già previsto dal Piano cronicità predisposto dal ministero della sanità nel 2016, la cui attuazione è peraltro ancora agli inizi.

PIANO DI ASSISTENZA ORGANIZZATO

«Il Piano cronicità - afferma Crescentini - prevede la definizione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale (PDTA), centrato non sulla malattia ma sulla persona, che tenga conto non solo del profilo clinico ma anche del contesto familiare, economico, ambientale, coinvolgendo attivamente il paziente e i caregivers in un vero e proprio "patto di assistenza". Sulla base di queste variabili deve essere predisposto un piano

di assistenza personalizzato sulla base di una valutazione multidimen-

sionale che veda il coinvolgimento di tutte le professionalità (medici infermieri, psicologi assistenti sociali) interessate dal tema della non autosufficienza».

IL RUOLO DELLE REGIONI

«Diverse regioni come Lombardia ed Emilia si stanno organizzando in questo senso - spiega ancora Crescentini -, partendo da un punto unico di accesso e da un care manager che organizza un piano di assistenza. Questa attività andrebbe istituzionalizzata e non lasciata alla disponibilità e alla volontà delle regioni. Un altro elemento qualificante sarebbe la messa a sistema di tutte le risorse disponibili per l'iscritto: indennità di accompagnamento, prestazioni locali, prestazioni derivanti da coperture private, spesa out of pocket del singolo. Realizzare l'unitarietà delle risorse e del coordinamento del piano sanitario consentirebbe di fare sistema ed evitare duplicazioni e inefficienze». Secondo Crescentini un'organizzazione di questo tipo è un servizio che potrebbe essere dato dai fondi pensione e da quelli sanitari o dal welfare aziendale. Con la premessa che si tratta di coperture che sono economicamente sostenibili se sono collettive e iniziate in giovane età. «Bisognerebbe istituire l'obbligo di versare contributi anche per la non autosufficienza a fronte di un'agevolazione fiscale - prosegue Crescentini - proprio come è obbligatorio versare contributi per la pensione. In Francia e in Germania questo si fa già. Si può seguire questa strada, confermando peraltro la libertà delle parti sociali circa le modalità organizzative della copertura».



Il confronto

Principali differenze tra fondi sanitari e polizze assicurative

	FONDI SANITARI	POLIZZE ASSICURATIVE
Scopo di lucro	NO	SÌ
Rapporto con l'assistito	Statuto/regolamento	Contratto
Costi	Contributo fisso	Premio variabile in relazione a diversi elementi
Selezione dei rischi	NO	SÌ
Coperture malattie pregresse	SÌ	NO
Possibilità di recesso	NO	SÌ
Agevolazioni fiscali	Deducibilità contributi a € 3,615,20. Detrazione della quota parte delle spese sanitarie a proprio carico	Detrazione al 19% delle spese sanitarie rimborsate per effetto di polizze il cui premio non dà diritto a detrazione

FONTE: Osservatorio Gimbe