

Il ritorno delle mutue integrative

Secondo il ministero del Welfare, uno tra i cambiamenti più urgenti per il Ssn sarebbe quello di definire per tutti i cittadini i criteri di creazione, di accesso e di funzionamento dei fondi integrativi e mutue. Forme di protezione sanitaria che, secondo il ministero, aggiungerebbero e non sostituirebbero prestazioni a

quelle erogate dal Ssn. Un cambiamento che però potrebbe interferire con l'attuale riconfigurazione delle cure del territorio, in particolare con la continuità assistenziale che vede chiamati in causa i Mmg ad attrezzarsi attraverso forme complesse di organizzazione professionale.

Monica Di Sisto

Sancire la fine della contrapposizione tra Stato e mercato, dunque tra pubblico e privato. Riempire di contenuti il decreto varato a fine mandato dall'ex ministro per la Salute **Livia Turco**, definendo per tutti i cittadini i criteri di creazione, di accesso e di funzionamento di quei Fondi integrativi, Casse e mutue che, secondo il Libro Verde del nuovo ministro del Welfare **Guido Sacconi** - libro dei problemi e degli indirizzi lanciato dal ministro sul modello europeo per il cambiamento del sistema della protezione sociale - devono diventare una possibilità concreta per le famiglie in condizione di "prevedere per provvedere".

È uno tra i cambiamenti più urgenti del Sistema sanitario nazionale che potrebbe veder forma alla ripresa dei lavori parlamentari. In una intervista a *Il Sole 24 Ore* il ministro Sacconi ha spiegato che la strada che vuole percorrere è quella di un Welfare negoziale come sta avvenendo con i rinnovi contrattuali: "come è avvenuto con i metalmeccanici - ha sottolineato - i chimici e tanti altri settori che stanno diffondendo forme di protezione sanitaria integrativa che aggiungono, non sostituiscono, prestazioni a quelle erogate dal servizio sanitario nazionale. Per incentivare queste forme - continua Sacconi - si pensa all'uso della leva fiscale". Ma come questo cambiamento potrebbe intrecciare la riconfigurazione delle cure del territorio? Non c'è il rischio che quelle prestazioni di continuità assistenziale che i

Mmg sono chiamati ad attrezzare attraverso le forme complesse della propria organizzazione - previste dalla nuova bozza di convenzione nazionale - possano venire risucchiate dalle nuove forme integrative e affidate al mercato in modo incontrollato?

■ In principio era il medico della mutua

Era il 1917 quando il Governo italiano nomina una commissione di studio sull'assicurazione obbligatoria contro le malattie. L'assistenza medica viene affidata a medici fiduciari (gli ex condotti), per i quali si fissano uno stipendio base - la cosiddetta "indennità di residenza" - più delle quote aggiuntive in base alle prestazioni erogate, e da liberi professionisti pagati a prestazione. **Giovanni Loriga**, tra i promotori del progetto di legge, spiega nel 1919 che la riforma servirà a uno scopo: che l'assistenza sanitaria debba essere integrata con la prevenzione della malattia.

Loriga, però, mette fin da subito il dito nella piaga delle possibili derive del sistema: *in primis* le difficoltà che potranno insorgere tra l'Istituto assicuratore (un ente unico) e gli Enti ospedalieri. E afferma, con attualità impressionante, che "bisogna evitare soprattutto la frantumazione dei servizi e la duplicazione degli organi esecutivi, bisogna coordinare la cura a domicilio con quella ambulatoria e con quella ospedaliera, bisogna assicurarsi la fornitura diretta dei medi-

cinali, dei materiali di medicazione, dei presidi o sussidi terapeutici a prezzi mitissimi" e, più avanti, sottolinea ancora che "l'unità dei servizi sanitari è indispensabile per ottenere il maggiore rendimento con la minore spesa". Il resto è storia: nel 1932 le Mutue erano già 1.875 in tutta Italia.

■ La riforma Turco

Poco prima di lasciare il suo incarico il ministro per la Salute Livia Turco ha firmato il Decreto ministeriale - attuativo dell'articolo 1, comma 198, della legge finanziaria 2008 - individuando gli ambiti delle prestazioni dei Fondi integrativi del Ssn e degli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso no profit che forniscono prestazioni assistenziali integrative a quelle fornite dal Ssn.

Gli ambiti di intervento dei Fondi integrativi (già previsti dall'articolo 9 del decreto legislativo 229 del 1999) comprendono:

■ prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati, e tra queste anche:

- a. le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
- b. le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
- c. prestazioni erogate dal Ssn comprese nei livelli essenziali di assistenza, per la sola quota posta a cari-

co dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito;

d. prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

e. prestazioni socio sanitarie e prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;

f. prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche;

Gli ambiti di intervento degli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, comprendono anche:

- il complesso delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, nonché i costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria;

- inoltre, a partire dall'anno 2010, gli Enti, Casse e Società di mutuo soccorso dovranno attestare che almeno il 20% delle prestazioni erogate sia riferito a prestazioni socio assistenziali per le persone non autosufficienti e per l'assistenza odontoiatrica.

Per il monitoraggio e il controllo dell'attività dei Fondi e dagli altri Enti preposti il decreto istituisce l'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute.

Il decreto, tuttavia, è in attesa di provvedimenti attuativi che potrebbero essere varati da Sacconi entro ottobre e dare risposta a capitoli spi-

nos: la governance dei Fondi integrativi, l'entità delle riserve, l'ingresso nei Consigli di amministrazione di rappresentanti dei datori di lavoro e la vigilanza stretta da parte del ministero dell'Economia, necessaria se beneficeranno di sconti fiscali.

■ La grande sfida

La scorsa estate, dunque, il ministro Sacconi ha voluto chiarire il suo pensiero sul Ssn per intero, spiegando che quello cui il Governo mira è che ci sia una presa in carico totale della persona, fin dall'inizio, in un sistema "continuo". "Per questo - ha dichiarato - rivalutiamo il ruolo della medicina generale, del territorio e del volontariato. La grande sfida è la riconversione del sistema sociosanitario, in particolare degli ospedali marginali. Contro il rischio forte "di insostenibilità della spesa da parte delle famiglie, che pagano *out of pocket*, di tasca propria, una parte della spesa sanitaria soprattutto in situazioni di emergenza", lo strumento messo in campo è proprio quello di fondi e mutue, "che aggiungono, non sostituiscono, prestazioni a quelle erogate dal Ssn".

Il "Tesoretto" cui il Governo vorrebbe attingere è quello delle risorse delle famiglie. Sì perché, come il Libro Verde di Sacconi evidenzia con chiarezza, "le attività finanziarie delle famiglie sono pari a quasi quattro volte il reddito disponibile. La ricchezza complessiva netta delle famiglie, tenendo conto degli immobili, è pari a oltre sette volte il reddito". E allora perché non mobilitarle in modo strutturale all'interno del Ssn, si chiede il Governo?

Ad oggi in Italia si stimano più di 500 tra Fondi integrativi di categoria e professionali, Casse aziendali, società di mutuo soccorso e assistenza. Con almeno 5 milioni tra iscritti e familiari al seguito e un futuro bacino di 15 milioni di persone, poco meno di un terzo degli italiani. Il mercato potenziale è imponente, tra assistenza ai disabili e specialistica in cima alla lista delle prestazioni cui si ricorre di tasca propria, visto che la spesa sanitaria privata degli italiani

vale 25 miliardi anche perché, al momento, in molti casi i fondi esistenti rimborsano ai propri iscritti assai poche prestazioni.

■ Tutti i dubbi dei Mmg

"Siamo d'accordo che il sistema ha poche risorse, ma occorre essere molto attenti a salti nel buio e a non creare un sistema sanitario di serie A e uno di serie B". Il richiamo è di **Mauro Martini**, Presidente del Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani (Snam), che ha commentato le dichiarazioni del ministro del Welfare con una certa preoccupazione. "Il decreto di fissazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) varato dal ministro Livia Turco è stato respinto dal suo successore Sacconi - ha precisato Martini - dunque ad oggi i cittadini italiani non sanno quali siano effettivamente le prestazioni garantite nell'ambito del pacchetto del diritto alla salute, e quali siano invece affidate al mercato e cioè alle mutue. Il pericolo è quello di creare un sistema a due velocità: per chi ha scarse risorse e per chi può permettersi una mutua privata e addirittura guadagnarci con lo sgravio fiscale. Per di più la nuova Convenzione per la medicina generale è ancora in cantiere, e per questo non è ancora dato di sapere di quali contenuti si riempirà l'obbligo di aderire a forme organizzative complesse che l'accordo prossimo venturo sembra con sempre maggiori probabilità voglia assicurare. Prevenzione, continuità delle cure, prima diagnostica: erano queste tutte le prestazioni che dovevano essere ricomprese nelle strutture - o nelle reti - che negli ultimi anni sono state immaginate/sperimentate/subite nel Ssn. Oggi, però, il tutto torna ad assumere contorni sfumati, troppo sfumati per non mettere in allarme i Mmg. "Per questo chiediamo al ministro - ha aggiunto Martini - di aprire un tavolo di confronto dove siano finalmente presenti anche i medici protagonisti delle riforme in ambito sanitario che si vanno a preparare". E speriamo che questa volta gli incontri precedano gli ulteriori decreti attuativi.