

Welfare socio-sanitario: se lo conosci lo riformi

di Francesco Longo e Stefano Tasselli

Da vent'anni la riforma del welfare socio-sanitario italiano è costantemente al centro dell'attenzione. Ciò non significa, però, che si abbia una chiara rappresentazione del sistema. Se lo si analizza meglio, si scopre un quadro della spesa frammentato tra una molteplicità di attori, famiglie comprese, che gestiscono quote diverse di risorse. E' arrivato il momento di decidere il livello di governo del settore, di offrire un'interfaccia unica agli utenti e di coordinare l'attività assistenziale direttamente acquistata dalle famiglie con quella pubblica.

Negli ultimi vent'anni il tema della riforma del **welfare socio-sanitario italiano** è stato costantemente al centro dell'attenzione di autorevoli studi e ricerche, di interventi legislativi (su tutti, la legge 328/2000, legge quadro di riforma dell'assistenza sociale) e di disegni programmatici di cambiamento da parte dei governi: si pensi, solo per citare i più recenti, al "Libro bianco" del ministro Turco e al "Libro verde" del ministro Sacconi. Temi centrali degli interventi sono stati il sistema di governo dell'offerta dei servizi sanitari e socio-assistenziali, le modalità di finanziamento del welfare, le prospettive di governance decentrata in chiave federalista, l'integrazione tra risorse pubbliche e private.

Tutto ciò avviene senza una chiara rappresentazione del sistema: chi sono i finanziatori, chi gli erogatori e per quali importi finanziari?

LE COMPONENTI

In una ricerca patrocinata dall'Ausl di Bologna, sono state analizzate le diverse componenti di quello che può essere definito, nel suo complesso, il "welfare socio-sanitario" italiano, attribuendo i rispettivi valori economici (spesa annua pro capite) e indicando i soggetti istituzionali di riferimento delle differenti tipologie di risorse.

La fotografia che emerge mostra un quadro della spesa per il welfare frammentato tra una **molteplicità di attori** che gestiscono quote diverse di risorse. A fronte di un ammontare

complessivo di risorse di circa **3mila euro** per residente, che salgono a quasi 3.400 euro se si considerano le partite socio-assistenziali gestite dell'Inps destinate a integrazione del reddito, la spesa gestita dal Servizio sanitario nazionale rappresenta solamente il 56 per cento di tale valore (1.686 euro). Il 20 per cento delle risorse (614 euro) è costituito da trasferimenti socio-assistenziali dall'**Inps** alle famiglie per il sostegno alla non autosufficienza, esclusa quindi la componente previdenziale, destinati principalmente al finanziamento del mercato delle badanti (secondo le ultime stime, circa 700mila in Italia), per una spesa pro-capite di circa 120 euro. Un altro 20 per cento è costituito dalla **spesa sanitaria privata** autofinanziata dalle famiglie (611 euro per residente). Oltre a coprire tipologie di servizi tradizionalmente non erogati dal Ssn, in primis spese odontoiatriche e farmaci da banco, è sempre più rivolta verso la spesa per la specialistica ambulatoriale (prime visite ed esami diagnostici in contesti con elevate liste di attesa) e verso la medicina complementare e alternativa. È invece esigua, pari a 91 euro per residente (3 per cento delle risorse complessive), la spesa socio-assistenziale gestita in media dai comuni.

LE CRITICITÀ

Quali sono le principali criticità del sistema?

1. Il sistema socio-sanitario risulta istituzionalmente molto **frammentato**, sprovvisto di un livello di governo che ricomponga gli interventi sul singolo utente o sulla singola famiglia. Gli utenti sono chiamati a fare "*shopping around*" e chi detiene le maggiori competenze di lettura del sistema ottiene i maggiori servizi (la classe media e medio-alta).
2. Vi è un notevole sforzo di **programmazione** del sistema da parte delle istituzioni locali, in primis i comuni attraverso i piani di zona intercomunali e le Ausl per la componente sanitaria. I comuni in realtà governano solo il 3 per cento della spesa e pertanto i loro ingenti sforzi di programmazione sono sostanzialmente irrilevanti. Le Ausl controllano il 56 per cento del sistema, ma rimane al di fuori di ogni logica di concertazione il rimanente 44 per cento delle risorse.
3. Quindici anni di dibattito sul **federalismo** hanno prodotto come risultato che la parte più rilevante della spesa assistenziale sia gestita centralmente dall'Inps, la sanità sia governata dalle Regioni, i pochi servizi sociali reali dai comuni e l'*out of pocket* dalle famiglie, con un completo disallineamento verticale della catena di governo.

4. Le risorse direttamente in mano alle **famiglie** sono costituite dai trasferimenti dell'Inps e dalla loro spesa sanitaria *out of pocket*, per un totale del 40 per cento del sistema. Di questo 40 per cento si ignorano sostanzialmente l'utilizzo e il livello di efficacia.

5. Nel complesso, 3mila euro per abitante rappresentano una spesa per il welfare socio-sanitario considerevole: il problema non sono le risorse, ma la loro **distribuzione** istituzionale frammentata e disallineata e, a cascata, la loro configurazione come servizi.

INTERVENTI NECESSARI

Se queste sono le criticità del sistema, quali implicazioni in termini di policy se ne possono trarre?

1. È arrivato il momento per decidere il **livello di governo** del settore socio-sanitario: regionale, Ausl o aziende/consorzi intercomunali, eliminando il ruolo dell'Inps come erogatore socio-assistenziale. Ricordiamo che per la Costituzione vigente il settore sociale è competenza esclusiva delle Regioni che possono delegarlo a enti locali o loro aggregazioni.

2. Crediamo che non sia più differibile la costruzione di un'**interfaccia unica** per gli utenti, capace di selezionare i bisogni e di offrire loro una risposta integrata, evitando lo *shopping around* per le famiglie e la conseguente esclusione dall'accesso ai servizi per quei cittadini con minori competenze di lettura del sistema di offerta.

3. I servizi socio-sanitari pubblici (60 per cento) devono interrogarsi su come integrare i servizi del welfare con quelli acquisiti direttamente dalle famiglie, che pesano oggi per il 40 per cento delle risorse, ovvero su come **coordinare** l'attività assistenziale della badante con quella del medico o dell'infermiera dipendente dall'Ausl.

Fonti: Finanziamento Ssn dati Istat 2007. Stima gestione partite socio-assistenziali a carico Inps da ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali - parte seconda (2008), dati di spesa tendenziale nazionale 2006. Per il sostegno alla non autosufficienza, si sono considerate pensioni per invalidità civile e indennità di accompagnamento, pensioni di inabilità e assegni di invalidità, rendite per infortunio sul lavoro, integrazioni al minimo di pensioni di invalidità. Per l'integrazione reddito, si sono considerate pensioni e assegni sociali e integrazioni al minimo di pensioni di vecchiaia/anzianità e di pensioni ai superstiti. Stima spesa sociale comuni dati Istat 2007 e ministero Lavoro 2005. Stima quota consumi sanitari out of pocket, da Conti economici regionali Istat (2007), dati riferiti a media Italia anno 2003.