



Fondi sanitari: **CHI FINANZIA LA SANITÀ?**

UN MODELLO DI WELFARE INTEGRATIVO CHE UTILIZZI L'IMPIANTO DI PREVIDENZA COMPLEMENTARE ANCHE PER LA SALUTE. PER LA QUALE URGE UN VERO E PROPRIO SECONDO PILASTRO, CHE PRIVILEGI GLI STRUMENTI CHE TUTELANO I BISOGNI NON COPERTI DAL PUBBLICO. QUESTA LA STRADA PER SOSTENERE IL PESO DEL COMPARTO, IN ITALIA, SECONDO CENSIS ED ESPERTI DI SETTORE

di LAURA SERVIDIO

Su una spesa complessiva di 800 miliardi di euro, l'Italia utilizza, per il welfare, il 49% ovvero 390 miliardi, di cui 110, per la sola sanità, equivalenti a 1.850 euro pro-capite. "Su un Pil di 1.570 miliardi di euro – spiega **Alberto Brambilla**, coordinatore del comitato tecnico scientifico di **Itinerari Previdenziali** – questo si traduce in un'incidenza sulla ricchezza del 29%, a cui si aggiunge il fatto che, nella sola Lombardia, sei milioni di abitanti non pagano il ticket sanitario, gravando sui restanti tre milioni.

Risultato: il costo per il welfare e, in particolare per la sanità, è troppo alto per le nostre possibilità”.

È naturale chiedersi chi finanzia questa spesa: “il 52,64% dell’**Irpef** è a carico di appena il **15,68%** dei contribuenti: solo il 50% degli italiani presenta la dichiarazione dei redditi (31 milioni) e, di questi, quelli che sostengono il Paese sono il 16% scarso”.

Una situazione insostenibile per un cittadino che, oltre a pagare i tributi, deve sostenere anche i costi per le prestazioni sanitarie: “se 40 milioni di italiani – conferma Brambilla – non pagano né imposte né servizi, pur costando 1.850 euro a testa, è necessario riversare sui restanti 20 milioni di abitanti il costo della sanità”. Anche in materia di *ticket sanitari*, sono moltissime le agevolazioni e le esclusioni: al sud, la maggior parte non paga alcun ticket, il che spesso provoca un uso abnorme sia di visite sia di medicinali. La Lombardia non fa eccezione, oltre sei milioni non pagano il ticket scaricando sul resto della popolazione costi elevati.

“Occorre – continua Brambilla – che lo Stato si adoperi per agevolare il concetto di welfare integrativo e complementare attraverso un’opera di formazione e cultura, veicolata attraverso i *media* e la scuola, con l’obiettivo di far capire che, continuando così, non esisterà più il welfare di Stato”.

Qui si inserisce il discorso della sanità integrativa, laddove – secondo il **Censis** – l’80% degli italiani non è in grado di fronteggiare un evento imprevisto. “In Italia – spiega **Carla Collicelli**, vice direttore Censis – la spesa privata aggiuntiva per le prestazioni non coperte è, per l’87%, a carico di pazienti e famiglie, mentre, in altri contesti, esistono forme di copertura assicurativa e inte-



Carla Collicelli,
vicedirettore Censis

grativa già consolidate. Da qui l’interesse per un processo di rilancio dei *Fondi sanitari integrativi*: un comparto che, ad oggi, tutela solo alcune categorie privilegiate, con prestazioni prevalentemente sostitutive rispetto a quanto offerto dal sistema pubblico. Risorse che potrebbero essere meglio impiegate per offrire ciò che il sistema pubblico non dà. Siamo in sostanza ancora lontani dalla costituzione di un vero e proprio **secondo pilastro** della copertura socio-sanitaria, da ripensare rapidamente, specie a favore dei fondi che tutelano i bisogni meno coperti dal pubblico”.

UN PROBLEMA DI SOVRAPPOSIZIONE

Nel quadro della sussidiarietà in sanità, la questione dei Fondi sanitari integrativi è cruciale per tre ordini di motivi, secondo Collicelli: “il peso della spesa privata *out of pocket*, con cui le famiglie e gli individui pagano di tasca propria ciò che non riescono a ottenere dal servizio pubblico; la continua crescita della spesa sanitaria pubblica e del suo fabbisogno, spesso disatteso, con i noti problemi di disavanzo delle finanze regionali; l’emergenza sociale di patologie e ambiti di cura fino ad oggi rimasti nascosti nelle pieghe dell’autotutela individuale e fami-

liare, quali l'assistenza ai non autosufficienti, disabili e malati psichici, con elevati costi indiretti (che comportano una perdita di risorse lavorative o di altro genere) e intangibili (sofferenza psichica e fisica) per le famiglie, e delle cure odontoiatriche, considerate indispensabili e finanziate dai diretti interessati, con parcelle molto esose, nel 92% dei casi”.

Nel frattempo, in sanità, si continuano a registrare inefficienze e sprechi di risorse, dati dalla *sovrapposizione tra le prestazioni* coperte dai fondi sanitari integrativi e quelle offerte dal sistema pubblico universalistico e, su una platea di aventi diritto di circa sei milioni di iscritti (che diventano 12 milioni con i familiari), si può capire quanto ingente sia l'area di sovrapposizione. “Una strada utile – propone il vice direttore di Censis – può essere il ripensamento del welfare contrattuale e aziendale in chiave di integrazione tra previdenza, assistenza e sanità, visto che i bisogni sono sempre più spesso integrati”.

LEVA FISCALE E NORMATIVA

Occorre, però, non solo guardare alla sanità integrativa, ma anche alla riduzione del carico fiscale. “È necessario – spiega Brambilla – che tutti i lavoratori godano di ampi sgravi fiscali: ad oggi, il **lavoratore dipendente** ha la deducibilità della spesa sanitaria fino a **3.600 euro**, mentre il **lavoratore autonomo** ha la detraibilità fino a **1.291**; siamo, quindi, di fronte a una situazione di incostituzionalità a svantaggio anche del servizio pubblico: se il 25% della popolazione aderisse ai fondi sanitari si produrrebbe una riduzione delle liste di attesa”.

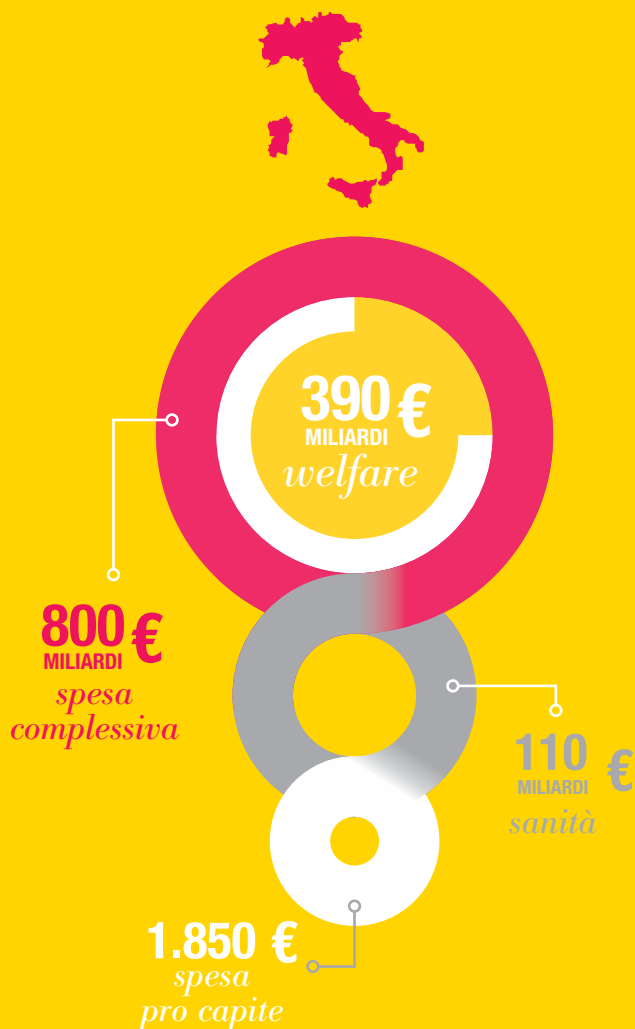
Altro problema, la normativa sulla sanità integrativa. “Serve – spiega **Federica Rambaldi**, partner di **Jenny. Avvocati Studio legale associato** – un'armonizzazione della disciplina dei fondi sanitari contrattuali, quali enti, casse e società di mutuo soccorso con finalità assistenziale e dei fondi sanitari integrativi, che sono disincentivati a creare forme di integrazione, perché mancano di

UN'OPPORTUNITÀ PER I CANALI DISTRIBUTIVI



Le prospettive per i fondi sanitari sono molto interessanti in quanto strumento di primaria importanza nel rapporto tra il cittadino e il bisogno di assistenza sanitaria, anche se le attuali condizioni potrebbero ostacolarne la loro evoluzione, soprattutto per quelle categorie che non rientrano nella definizione di lavoratore dipendente. “In particolare – spiega **Federica Rambaldi**, partner di **Jenny. Avvocati Studio legale associato**, i fondi sanitari rappresentano un'allettante opportunità per gli attuali canali distributivi, che possono incasellare nelle loro competenze anche il collocamento di piani di assistenza sanitaria: un settore poco esplorato, dove si iniziano a scorgere atteggiamenti concorrenziali da parte di canali distributivi alternativi a quelli professionali, creati appositamente per il settore dei fondi sanitari e delle società di mutuo soccorso. Questo rappresenta un monito per le associazioni di categoria – conclude – che dovrebbero sensibilizzare maggiormente i propri associati e fornire maggiore cultura sul tema”.

I NUMERI DELLA SPESA PUBBLICA



una normativa organica; senza dire che, per la disciplina di questi fondi, non vi è ancora la normativa attuativa, tra cui l'indicatore quantitativo sugli ambiti di intervento in tema di prestazioni”.

A compromettere il ruolo della sanità integrativa contribuisce anche la mancanza di una definizione univoca di prestazioni integrative, sostitutive e complementari al servizio sanitario nazionale, erogabili in favore dei cittadini e dei lavoratori dipendenti. “Qui esistono potenziali sinergie tra previdenza e assistenza nella fase gestionale e amministrativa dei fondi sanitari, finalizzata a un contenimento dei costi. Su questo, però, bisognerebbe coinvolgere **Covip**”.

Sempre in tema di normativa, sarebbe sufficiente, secondo Brambilla, utilizzare la legislazione che regola la previdenza complementare, in una logica di integrazione tra sanità e previdenza complementare. Una normativa – propone – che preveda l'aggancio dei coefficienti

di trasformazione e dell'età pensionabile alla speranza di vita (e non dell'anzianità contributiva, come previsto dalla *riforma Fornero*) e che preveda, per tutte le categorie, la medesima norma, gli stessi sgravi fiscali e il medesimo controllo sui fondi, effettuato dalla stessa autorità di controllo (Covip). Basterebbero questi quattro elementi per consentire sia lo sviluppo della sanità integrativa sia l'attività dei canali distributivi”, conclude Brambilla.

SUSSIDIARIETÀ E NUOVI BISOGNI

L'evoluzione del sistema di welfare passa anche per l'applicazione del principio costituzionale di sussidiarietà, abbandonando l'attuale meccanismo di riparaione, utilizzato per porre riparo all'inefficienza del sistema pubblico: “il legislatore – spiega Rambaldi – non può pensare che le consuetudini, create dall'associazionismo di categoria, possano rappresentare gli interessi dell'intera collettività e sopperire al bisogno assistenziale e previdenziale latente”.

Secondo Collicelli, è necessario gestire il passaggio dalla protezione pubblica alla sussidiarietà in un mix tra pubblico e privato, con una maggiore attenzione ai bisogni in continua modificazione e al ruolo dei nuovi soggetti di responsabilità collettiva, collocati nell'area del terzo settore. “In particolare, occorrerebbe che le parti sociali abbracciassero un'ottica di responsabilità concertativa, di poliarchia, di attenzione alle nuove forme di bisogno e ai soggetti tradizionalmente non rappresentati; che gli individui, le famiglie e le imprese fossero messi nelle condizioni di sviluppare una cultura del rischio e della sussidiarietà sociale di tipo attivo e promozionale, oltre il garantismo e il corporativismo; che lo Stato si predisponesse a sgonfiarsi nel livello gestionale, ma a rafforzarsi nel ruolo di coordinamento e di collaborazione tra funzioni distinte tra loro; che si lavorasse seriamente a progetti di welfare locale e territoriale autogestiti dal basso, contro le logiche piramidali e i conflitti inter istituzionali, con *empowerment* di tutti i soggetti validi e attivi”.