

Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale

Audizione Prof. Alberto Brambilla, Presidente Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali

Mercoledì 12 giugno 2019

XII Commissione Affari Sociali, Camera dei Deputati

Premesse e conclusioni

Il programma dell'indagine, come si evince nelle prime righe della premessa (pag.118), mette in evidenza che i **fondi integrativi** del Servizio Sanitario Nazionale (d'ora in poi per comodità FSI), come da previsione dell'articolo 9 del decreto legislativo n° 502 del 30 dicembre 1992, **non devono sostituirsi** al primo pilastro e quindi non devono fornire le stesse prestazioni. **Tali fondi devono offrire solo prestazioni extra LEA.**

Il testo prosegue poi evidenziando che i Fondi Sanitari che non hanno i requisiti di cui al citato art. 9 del D. Lgs. 502/92 sono generalmente identificati in **Enti, Casse e SMS** (di seguito FaSI, fondi di assistenza sanitaria integrativa) aventi fini esclusivamente assistenziali che possono erogare anche prestazioni sanitarie sostitutive comprese nei LEA. Per concludere (pagina 119) che *“i cosiddetti fondi integrativi o le polizze assicurative non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro”* anche se poi si aggiunge che *“si stanno con il tempo rivelando come le uniche forme risolutive del problema dell'inaccessibilità alle cure”*.

Poiché il percorso pare segnato da una volontà di ridimensionare il sistema dei FaSI anche attraverso l'eliminazione delle agevolazioni fiscali, si offrono alcune considerazioni di merito, mentre negli altri punti della relazione si procederà ad un'analisi di sistema.

- a) I FaSI, al pari di quanto successo per i “fondi di previdenza complementare”¹, non sono stati costituiti su di una normativa specifica ma sul combinato disposto dell'articolo 46 della legge n. 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (**la mutualità è libera e volontaria**), dell'articolo 9 (**fonti istitutive**) e del DPR n. 917/1986 del TUIR, che ne prevede **le agevolazioni fiscali**. Questa forma “mista” ha riscontrato un ampio successo presso gli iscritti, a differenza della “soluzione” del legislatore del 1992, la quale non ha avuto altrettanto successo **dato che dopo 26 anni gli FSI sono solo 9 su 322**, mentre i FaSI, offrendo prestazioni anche comprese nei LEA pur con il 20% di quota vincolata, sono 313. Basterebbe questa osservazione per orientare la politica e assecondare questa forma sanitaria che ha riscontrato più successo, visto che i soggetti iscritti ai FSI sono solo circa 11.000 su 10,6 milioni di iscritti totali. **Se l'idea è quella di vietare le prestazioni comprese nei LEA e di eliminare le agevolazioni fiscali ai FaSI occorre essere consapevoli che si distrugge un patrimonio culturale e contrattuale di vitale importanza prospettica per il Paese e si “lasciano per strada” 13 milioni di iscritti.**
- b) Quanto ai vincoli previsti dalla normativa, occorre considerare la temporalità delle leggi citate: l'articolo 46 della legge istitutiva del SSN del 1978 (legge 833/1978), nel sancire che la

¹ Il D. Lgs. N° 503 del 1992 riguardante il mondo delle pensioni ha previsto schemi pensionistici complementari del sistema pubblico senza alcun divieto.

“*mutualità volontaria è libera*”, discrimina tra dipendenti pubblici e privati, imponendo il divieto di contribuzione alle forme di sanità integrativa per tutto lo Stato e parastato; norma comprensibile calandosi nel contesto di quegli anni, che vedevano la nascita del SSN. La stessa considerazione vale per il D.Lgs. N. 502/1992, redatto assieme agli altri due decreti in uno dei momenti più critici dell’economia italiana (si ricordi il prelievo notturno su tutti i conti correnti), per cui ogni agevolazione fiscale veniva ampiamente ridimensionata.

Il D. Lgs. n. 229/1999 – cosiddetto “Bindi” – emendando l’art. 9 del D. Lgs. n. 502/1992 tendeva al superamento delle sperimentazioni di gestione pubblico/privatizzate, introducendo uno strumento sanitario integrativo, senza comunque voler eliminare i FaSI sin lì attivi e operativi al fine di verificare se i FSI “puri” potessero conoscere un’effettiva diffusione creando una vera sinergia tra primo e secondo pilastro sanitario, esperimento come si è visto non riuscito e che dunque sarebbe poco logico ritentare.

La situazione di oggi è molto diversa sia da quella pensata nell’ormai lontano 1978 che da quella del 1992/99. Le esigenze sono cambiate e anche la stessa sostenibilità del sistema sanitario oggi è a rischio, come vedremo in seguito.

- c) Quanto alle finalità dell’indagine, è sicuramente corretto che la Commissione voglia approfondire il tema dei fondi sanitari “*al fine di valutare l’opportunità di un riordino della sanità integrativa*” sotto il profilo normativo, della vigilanza e della tutela degli iscritti: infatti, oggi siamo uno dei pochi Paesi sviluppati a non avere una “legge quadro” in questa materia. Positivo è anche l’intendimento di rendere più funzionale *l’Anagrafe dei fondi*, che a tutt’oggi non è pubblica e non funziona minimamente come vigilanza e garanzia per gli iscritti. **Meno comprensibile**, anche alla luce di queste prime considerazioni, è però l’obiettivo di questo riordino, che prevede di “*rendere più cogente il divieto già posto ad enti, imprese e aziende pubbliche di contribuire*” a tali forme, “*nonché di eliminare ogni forma di defiscalizzazione per quei fondi integrativi che non hanno i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992*”. O, peggio ancora, di “*analizzare se sia opportuno introdurre il divieto esplicito per i fondi sanitari integrativi di erogare prestazioni sanitarie «sostitutive», in quanto ricomprese nell’ambito di intervento del SSN e dei LEA*”.
- d) Infine l’obiettivo di verificare quale sia l’onere finanziario derivato dalle agevolazioni fiscali è riduttivo, perché occorrerebbe correlarlo anche ai vantaggi derivanti dai FaSI, per il sistema pubblico, per il fisco e per gli utenti (*si veda il paragrafo 5*).

La relazione che segue cercherà di dare qualche risposta partendo da **due punti fondamentali** dai quali il nostro Paese (come del resto la maggior parte degli altri Paesi) non può prescindere: **1) la situazione demografica**, che genererà sul sistema sanitario e di finanza pubblica pesanti ricadute economiche, che difficilmente potranno essere superate senza il contributo dei cittadini attraverso la partecipazione ai fondi sanitari (esattamente come accade per i fondi pensione); **2) la situazione finanziaria del Paese**, che non consente incrementi di spesa oltre a quelli che si dovranno fare per forza in materia di assunzioni di medici di base, specialisti e infermieri professionali nella misura di qualche migliaio di unità per ogni categoria. Senza queste nuove risorse di personale, sarà l’intero sistema sanitaria a collassare: basta vedere cosa succede già oggi nei Pronto Soccorso e nella medicina di base, dove ogni medico ha in carico oltre 1.200 pazienti.

È ovvio che, in questa situazione, pensare di fare a meno della sanità integrativa è un’utopia che la popolazione pagherebbe duramente.

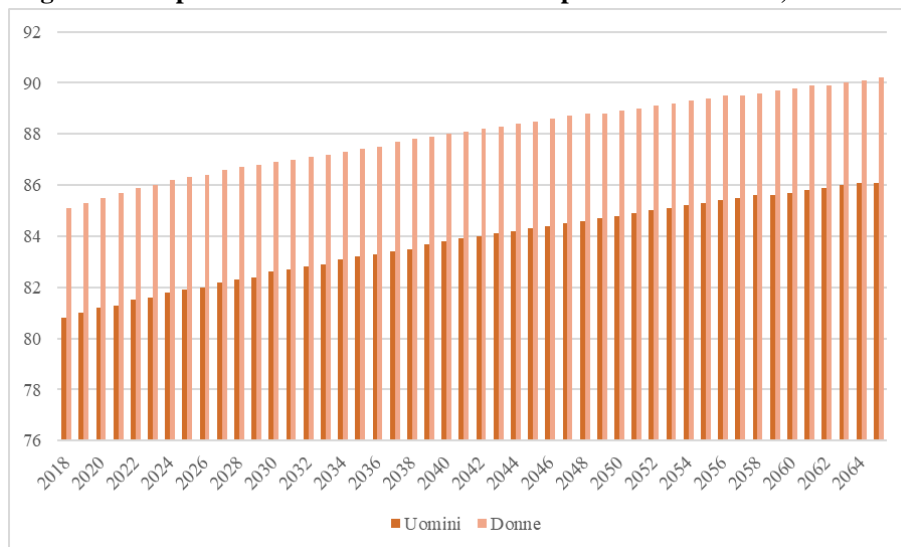
1. La situazione demografica

Il quadro demografico è di particolare importanza per indicare gli andamenti sociali e finanziari dei sistemi pensionistici e sanitari. Secondo le ultime stime diffuse da ISTAT all'inizio di febbraio, a livello demografico nel 2018 si evidenziano le seguenti tendenze:

- un nuovo **aumento della speranza di vita alla nascita**, che si attesta a **80,8 anni** per gli **uomini** (+0,2 sul 2017) e **85,2 anni** per le **donne** (+0,3);
- un nuovo **aumento anche della speranza di vita residua a 65 anni di età**, pari a **19,3 anni** per gli **uomini** (+0,3 sul 2017) – **cioè una media di 84 anni e 3 mesi** – e di **22,4 anni** per le **donne** (+0,2) – **cioè 87 anni e 4 mesi**;
- **un'ulteriore flessione della popolazione residente**, scesa a 60 milioni 391mila individui al 1° gennaio 2019, dato che si registra nel nostro Paese da quattro anni consecutivi;
- **una prosecuzione della crescita, in termini assoluti e relativi, della popolazione anziana**. Al 1° gennaio 2019 **gli over 65enni** sono **13,8 milioni**, pari al **22,8%** della popolazione totale, e **gli over 85** sono **2,2 milioni**, per un peso sul totale del **3,6%**.

In termini prospettici, l'Istat si attende un progressivo aumento dell'**aspettativa di vita**: entro il 2065 la vita media giungerebbe a 86,1 anni e 90,2 anni, rispettivamente per uomini e donne.

Figura 1.1 – Speranza di vita alla nascita attesa per uomini e donne, 2018-2065

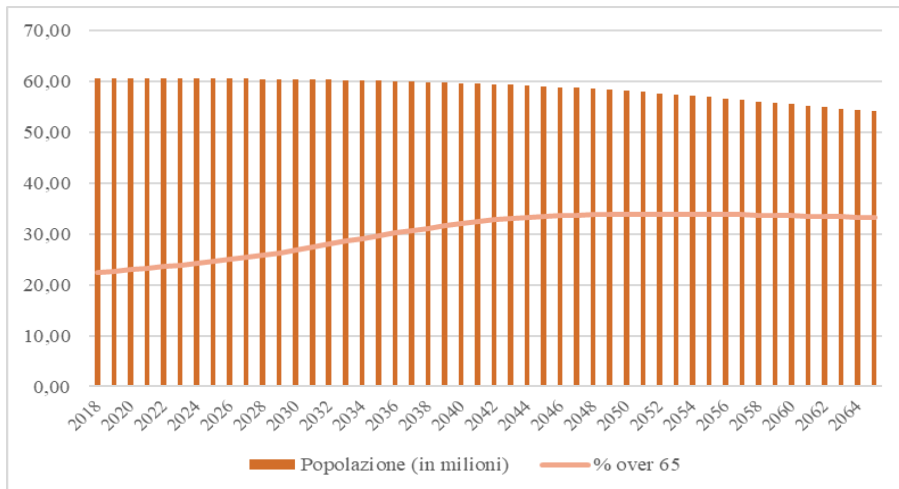


Fonte: Elaborazioni Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali su stime ISTAT

Proseguirà il calo della popolazione residente, mentre **aumenterà in particolare il peso della fascia di popolazione più anziana**.

Parte del processo di invecchiamento in divenire è spiegato dal transito delle coorti del baby boom (1961-76) tra la tarda età attiva (39-64 anni) e l'età senile (65 e più). Si prevede un picco di invecchiamento tra gli anni 2045-50, quando si risconterà una quota di **ultrasessantacinquenni vicina al 34%**. L'età media della popolazione passerà dagli attuali 44,9 a oltre 50 anni nel 2065.

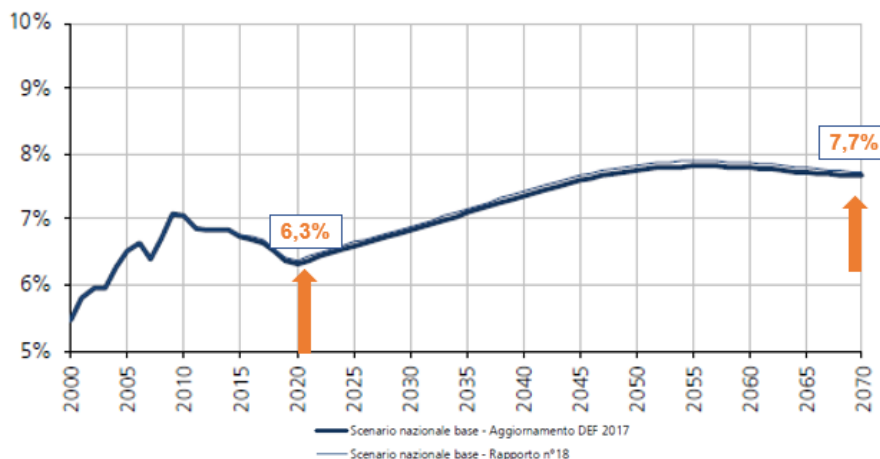
Figura 1.2 – Popolazione residente in Italia e peso degli over 65 sul totale, previsioni 2018-2065



Fonte: Elaborazioni Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali su stime ISTAT

L'invecchiamento della popolazione non potrà che produrre un rilevante aumento dei costi per l'assistenza sanitaria e per la non autosufficienza, problema di cui in Italia semplicemente non si parla nonostante siamo il secondo Paese al mondo per aspettativa di vita. Sulla base dei dati relativi alla demografia e al finanziamento del sistema pubblico, la RGS effettua due previsioni circa la spesa sanitaria pubblica e quella per la non autosufficienza. Per quanto riguarda la prima (**Figura 1.3**), si prevede un costante aumento nei prossimi 50 anni del rapporto spesa/PIL, passando dal 6,3% del 2020 al **7,7% del 2070** – e si tratta di dati prudenziali.

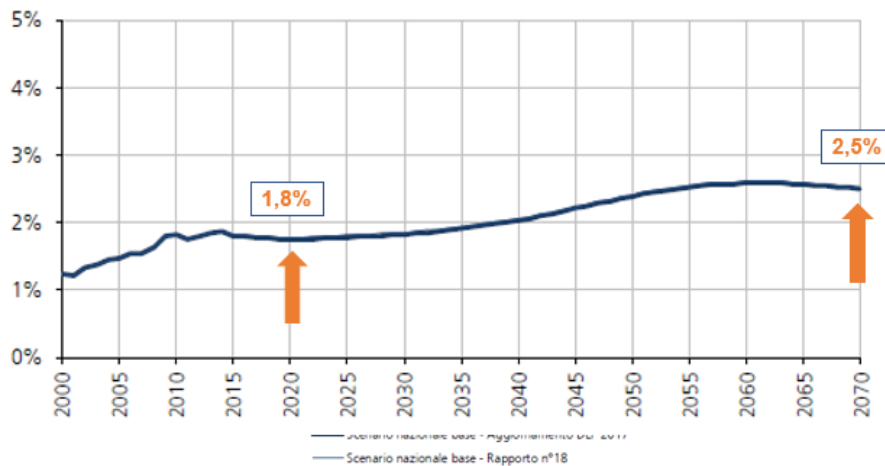
Figura 1.3 – L'evoluzione della spesa sanitaria pubblica



Fonte: Rapporto «Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario», RGS, luglio 2018.

Relativamente alla spesa per la non autosufficienza (**Figura 1.4**), si prevede un aumento in termini assoluti e rispetto al PIL che toccherà l'1,8% nel 2020 e il **2,5% nel 2070**.

Figura 1.4 – L’evoluzione della spesa pubblica per la non autosufficienza



Fonte: Rapporto «Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario», RGS, luglio 2018.

Sarà pressoché impossibile per lo Stato far fronte a questi importanti incrementi di spesa senza il contributo dei cittadini: questi, piuttosto, dovrebbero porsi il problema della salute e della non autosufficienza, siccome in presenza di un aumento della aspettativa di vita e di una modifica sostanziale della famiglia – che sarà sempre più mono nucleare – ci saranno sempre meno probabilità di essere assistiti da familiari nel momento del bisogno. Qui i fondi sanitari integrativi potrebbero fare la differenza, lasciando allo Stato i soli indigenti assoluti, che ovviamente non si potranno iscrivere alle forme integrative.

Certo, spetta allo Stato e alla Politica avere un minimo di idea di come si svilupperà il Paese nei prossimi 20 anni (la demografia per questo periodo è già scritta), di come sarà la struttura demografica della popolazione e dei relativi bisogni soprattutto in campo socio-sanitario; di come saranno le nuove famiglie e quanto potranno “internalizzare” i loro bisogni; e infine alla luce dell’enorme debito pubblico, di quanto si potrà spingere la spesa pubblica, essendo oggi ai massimi livelli sia la pressione fiscale sia quella contributiva.

2. La spesa sanitaria pubblica nel contesto del bilancio statale

Se nel paragrafo precedente abbiamo stimato i costi dell’invecchiamento della popolazione sulla spesa sanitaria e su quella per la LTC, in questo paragrafo si vuole evidenziare il totale della spesa pubblica per il welfare, che ha raggiunto dimensioni poco sostenibili. Sul totale di 839,6 miliardi di spesa pubblica, comprensiva degli interessi sul debito pubblico, la spesa per prestazioni sociali è pari a ben 453,5 miliardi e incide per il 54,01% (il 58,6% al netto degli interessi).

Non solo: se, da un lato, si rapporta la spesa sociale alle effettive entrate contributive e fiscali e, dall’altro, si tiene conto anche di tutte le funzioni sociali e delle spese di funzionamento degli enti che gestiscono il welfare a livello centrale e locale, si può stimare che la spesa sociale rispetto al PIL si attesti al 30% circa, uno dei livelli più elevati dell’Europa a 27 Paesi (cfr. **Tabella 2.1**).

Tabella 2.1 – Spesa per welfare su spesa totale 2012 al 2017 e sua composizione

VOCI DI SPESA (in milioni)	ANNO 2012	ANNO 2013	2013 in % sul totale	ANNO 2014	2014 in % sul totale	ANNO 2015	2015 in % sul totale	ANNO 2016	2016 in % sul totale	ANNO 2017	2017 in % sul totale
PENSIONI <i>tab 1a</i>	211.088	214.626	26,21%	216.112	26,18%	217.897	26,22%	218.479	26,34%	220.843	26,30%
SANITA'	110.422	110.044	13,44%	110.961	13,44%	111.240	13,38%	112.372	13,55%	113.599	13,53%
Assistenza + inv. LTC + GIAS (1)	62.941	65.515	8,00%	66.500	8,06%	68.979	8,30%	70.050	8,45%	70.138	8,35%
Prestazioni Temporanee (2)	22.534	32.013	3,91%	32.139	3,89%	28.356	3,41%	30.804	3,71%	29.129	3,47%
Prestazioni INAIL	10.409	10.400	1,27%	9.927	1,20%	9.945	1,20%	10.128	1,22%	8.859	1,06%
Welfare Enti Locali (3)	9.690	9.656	1,18%	9.696	1,17%	9.818	1,18%	9.900	1,19%	10.919	1,30%
Retrib. Dip. PA (4)	128.347	126.179	15,41%	123.296	14,94%	123.918	14,91%	121.841	14,69%	122.400	14,58%
Spese funzionam. (5)	115.992	115.298	14,08%	122.372	14,82%	126.258	15,19%	131.916	15,90%	132.399	15,77%
Spese conto capitale	64.532	57.746	7,05%	60.099	7,28%	66.745	8,03%	57.521	6,93%	65.673	7,82%
INTERESSI	84.086	77.568	9,47%	74.377	9,01%	68.018	8,18%	66.440	8,01%	65.641	7,82%
Totale spesa prestazioni sociali	427.084	442.254	54,00%	445.335	53,95%	446.235	53,69%	451.733	54,46%	453.487	54,01%
TOTALE SPESE FINALI (6)	820.041	818.986	100%	825.479	100%	831.174	100%	829.451	100%	839.599	100%
Totale entrate		772.023		776.480		788.607		787.813		799.908	
SALDO e incidenza sul PIL		46.963	2,93%	48.999	3,02%	42.567	2,59%	41.638	2,48%	39.691	2,31%
PIL serie SEC 2010/incidenza	1.615.131	1.604.478	27,56%	1.621.827	27,46%	1.645.439	27,12%	1.680.948	26,87%	1.716.935	26,41%

(1) La voce comprende il totale Gias (35,582 mld; vedasi tab 1. a) + spese assistenziali (pensioni e assegni sociali, invalidità e accompagnamento, pensioni di guerra) + 14° e importo aggiuntivo + 10,8 mld di contributo Stato alla gestione dip. Pubblici. (2) Spese per prestazioni temporanee che comprendono: trattamenti di famiglia, integrazioni salariali, disoccupazione, mini Aspi, Aspi, Naspi, trattamenti economici di malattia e maternità e trattamenti di fine rapporto a carico della GPT (Gestione Prestazioni Temporanee Inps) e finanziate dai contributi della produzione e in parte dalla Gias per indennità di mobilità, Cigs e coperture figurative x disoccupazione, mobilità, Cig e Cigs o in deroga (somme non ricomprese negli importi Gias di tabella 1a) tab 6.1 + 6.4; (3) stima su dati RGS e proiezioni su dati Lombardia sociale.it, esclusa la funzione casa; (4) Nei "redditi da lavoro dipendente" il costo delle retribuzioni al personale relativo alla sanità è ricompreso nella spesa per sanità e quindi è stato sottratto al totale retribuzioni dipendenti PA; (il costo del personale sanitario è 35,5 miliardi nel 2012, 35,238 nel 2013 e 35,487 nel 2014 e 35,158 nel 2015, 34,907 nel 2016 e 34,917 nel 2017); lo stesso per il personale di nota 2. (5) Nel DEF sono indicati come "consumi intermedi" al cui importo sono sottratti alcuni oneri della sanità e degli enti previdenziali; (6) Dati relativi alla "nota di aggiornamento al DEF 2018 (del 27/9/18) che in parte modificano quelli utilizzati lo scorso anno relativi all'aggiornamento DEF settembre 2017/2016; **NOTA 1:** Le differenze delle cifre 4 e 5, rispetto al DEF sono imputabili a una riclassificazione di taluni costi. **NOTA 2:** Nei costi per le "prestazioni sociali" non sono comprese le spese di funzionamento e quelle per le retribuzioni del personale degli enti pubblici (Inps e Inail), di quelli privati (Casse Privatizzate), dei Ministeri, e delle amministrazioni Istituzionali (Camera, Senato, Corte Costituzionale, Presidenza della Repubblica, Regioni, Banca d'Italia, che gestiscono tali prestazioni e che per il 2017 sono stimabili in circa **6,7 miliardi di €** che andrebbero sommati al totale spese per prestazioni sociali.

INAIL 2017: Contributi incassati x Cassa = 10.609.333.000; spese di funzionamento = 925,7 milioni di €; Uscite di CASSA x prestazioni = 8.859.031.000

Per finanziare questa ingente spesa, oltre a tutti i contributi sociali, occorrono tutte le imposte dirette (IRPEF, IRES, IRAP e ISOS) e almeno altri 7,68 miliardi di euro da recuperare attraverso imposte indirette (Iva e accise, cfr. **Tabella 2.2**). È ovvio che dirottando tutte queste entrate per la funzione welfare, resta pochissimo per l'istruzione, la ricerca e lo sviluppo; risultano altresì impossibile, salvo follie, ulteriori aumenti di spesa sia finanziati da ulteriori aumenti fiscali sia a debito. Si consideri che spendiamo circa 46 miliardi per tutta l'istruzione e ben 65,6 per interessi sul debito (siamo il peggior Paese in questa classifica); ma ancora, per tutti gli investimenti in conto capitale spendiamo la stessa cifra degli interessi passivi. E siamo in un periodo di bassi tassi di interesse grazie al QE della BCE; figurarsi tra qualche anno quando non avremo più questo scudo protettivo.

Ma chi paga? La metà degli italiani dichiara reddito zero o inferiore a 7.500 euro lordi l'anno; il 45% di tutti i contribuenti (sono circa 40 milioni) versa solo il **2,8%** dell'Irpef mentre il **57%** dell'Irpef è a carico del 12% dei contribuenti, tra cui l'1,1%, massacrato dalle imposte e da tagli indiscriminati e mancate rivalutazioni sulle pensioni, versa il **18,86% dell'Irpef**.

Dati fiscali e assistenziali non credibili per un Paese come il nostro, e che rappresentano un punto di grande vulnerabilità del sistema pubblico. Peraltro, questa scarsa fedeltà fiscale, che pone il nostro Paese tra quelli con la maggiore evasione fiscale, ha un solo rimedio che non è certamente la *flat tax* (usata ormai da pochi e discutibili Paesi): l'unico sistema è il "contrasto di interessi" e la deducibilità delle spese che lo Stato ha interesse a ridurre e ripartire con i propri cittadini, non

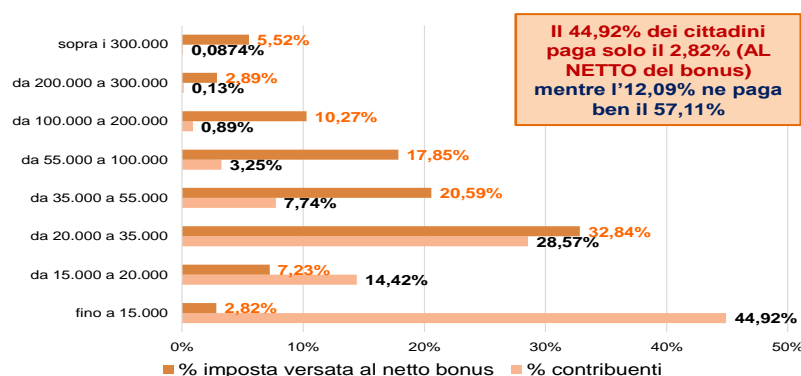
potendole sostenere. Tra queste, la sanità integrativa-duplicativa, la non autosufficienza e le pensioni complementari rivestono un posto principale.

Tabella 2.2 – Il finanziamento della spesa per welfare, 2012 al 2017

Tipologia Entrate/anni	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Entrate da contributi sociali (1)	172.323	171.911	172.800	176.303	181.225	185.479
Entrate tributarie						
DIRETTE (3)						
Irpef ordinaria (imposta al lordo bonus 80 €)	152.270	152.238	151.185	155.429	156.047	157.500
Irpef ordinaria (dal 2014 imposta al netto bonus 80€)	152.270	152.238	145.108	146.193	146.679	147.000
Ires	33.333	31.107	32.486	33.332	35.373	35.246
Imposta sostitutiva (Isost)	9.227	10.747	10.083	11.123	9.022	8.841
TERRITORIALI (3)						
Addizionale regionale	10.730	11.178	11.383	11.847	11.948	12.000
Addizionale comunale	3.234	4.372	4.483	4.709	4.749	4.780
Irap	34.342	34.767	30.468	29.370	22.773	23.618
TOTALE entrate contributive e imposte dirette	415.459	416.320	406.811	412.878	411.769	416.964
INDIRETTE (3)	246.110	238.675	248.207	249.324	250.000	DEF
altre Entrate (2)	110.162	117.028	121.571	121.839	127.622	DEF
Entrate totali	771.731	772.023	776.589	784.041	789.391	
Spesa totale per prestazioni sociali (per memoria)	436.064	442.254	445.335	446.235	451.733	453.487

(1) Entrate contributive dalla produzione senza i trasferimenti da Stato e altri enti (tabella 1 a);
(2) Calcolate per differenza dal resto delle altre entrate rispetto al totale entrate (non coincidono con DEF); contengono i contributi Inail (11,625 mld. nel 2016) e GPT (gestione prestazioni temporanee Inps pari per il 2016 a circa 20,8 miliardi)
(3) Dati desunti da MEF: http://www.finanze.it/export/sites/finanze/it/.content/Documenti/entrate_tributarie_anno/RETeC-pdf; da Mostacci.it

Figura 2.1 – Analisi dei redditi 2016 per tutte le persone fisiche



La **Tabella 2.3** che segue evidenzia lo sviluppo della spesa sanitaria dal 2013 al 2017, che in questi anni ha registrato un **incremento modesto (+3,2%)** a fronte di un rapido invecchiamento della popolazione che incide su questa spesa. La spesa pubblica è aumentata nel 2014 dello 0,8% e poi, annualmente, dell'1,2%, 0,1% e 0,9%; di contro, l'**inflazione** è stata rispettivamente dello 0,2%, -0,1%, -0,1% e 1,1%. In particolare, è stata ridotta la spesa per il personale sia in termini assoluti sia reali; questo, anche in previsione dell'elevata età media dei medici e del personale infermieristico specializzato che nei prossimi anni andrà in quiescenza, è indubbiamente il problema più grave della sanità pubblica, dato che già oggi mancano molte migliaia tra medici di base e specialisti.

È aumentata la spesa per i consumi intermedi, sulla quale i fondi sanitari potrebbero invece esercitare un effetto finanziario positivo. È persino evidente da questi dati che difficilmente il nostro Paese potrà aumentare le risorse destinate alla sanità pubblica, considerando gli inevitabili incrementi di spesa dovuti all'invecchiamento della popolazione.

Tabella 2.3 - La spesa sanitaria negli anni dal 2013 al 2017 e sua composizione

VOCI DI SPESA (in milioni)	ANNO 2013	2013 in % sul totale	ANNO 2014	2014 in % sul totale	ANNO 2015	2015 in % sul totale	ANNO 2016	2016 in % sul totale	ANNO 2017	2017 in % sul totale
Spesa per il personale	35.735	32,47%	35.487	31,96%	35.158	31,28%	34.907	31,02%	34.917	30,74%
Spesa per consumi intermedi	28.544	25,94%	29.579	26,64%	30.969	27,55%	31.586	28,07%	32.823	28,89%
Spesa per prestazioni acquistate da produttori e sul mercato (1)	39.365	35,77%	39.684	35,74%	39.744	35,36%	39.589	35,18%	39.565	34,83%
Altre componenti di spesa	6.400	5,81%	6.278	5,65%	6.537	5,82%	6.460	5,74%	6.298	5,54%
Totale spesa sanitaria	110.044		111.028		112.408		112.542		113.603	
INCIDENZA % SU TOTALE SPESA PUBBLICA	818.986	13,42%	825.479	13,45%	831.174	13,52%	829.451	13,57%	839.599	13,53%
INCIDENZA % su PIL serie SEC 2010	1.604.478	6,86%	1.621.827	6,85%	1.645.439	6,83%	1.672.438	6,73%	1.716.935	6,62%

NOTA: Dati aggiornati al DEF 26 aprile 2018 e alla nota di variazione del 27 settembre 2018, che modificano quelli utilizzati negli scorsi anni relativi ai DEF dal 2017 al 2013 che erano: 2013, 109.614; 2014, 110.938; 2015, 111.242. (1) La voce comprende: 8.076 milioni per assistenza farmaceutica convenzionata; 6.688 per assistenza medico generica; 24.825 per ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa e altra assistenza.

Fonte: Sesto Rapporto sul bilancio del sistema previdenziale italiano a cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali

Vediamo, dopo il quadro complessivo, anche l'analisi dei dati su base regionale², dai quali possiamo dedurre quanto segue:

- la spesa pubblica pro-capite nel 2017 è pari a € **1.867,2** (+1,0% rispetto al 2016).
- a livello regionale si verificano forti scostamenti: la spesa massima pro-capite è a Bolzano, in Sardegna e in Umbria (rispettivamente € 2.305,6, € 2.137,4 e 2.111,8); la minima, invece, si registra in Campania, Lombardia e Veneto (rispettivamente € 1.799,4, € 1.797,9 e € 1.761,5).

Tra il 2012 ed il 2017 la spesa pubblica pro-capite, *in termini nominali*, è aumentata dell'1,2%. L'Umbria è la regione cresciuta di più (+2,9% medio annuo), seguono Puglia con l'1,2%, Basilicata con l'1,1%, Marche e Abruzzo (+0,9%). Al contrario, sono diminuite la Valle d'Aosta (-2,0% medio annuo), il Friuli Venezia Giulia (-1,1%), Trento ed il Lazio, con -0,8%.

Ne deriva una differenza del 30,9% (€ 544,2) tra spesa massima e minima, che si riduce al 21,3% escludendo le Regioni a statuto speciale. Considerando la spesa pro capite di Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna (le regioni che ricevono la maggior parte dei malati provenienti dalle regioni del sud) attorno ai 1.800 €, non si comprende l'esodo massiccio di "malati" dalle regioni del sud a quelle del nord che, salvo per la Campania (stesso importo della Lombardia), hanno una spesa pro capite superiore (*Tabella 2.4*).

È probabile che con l'ingresso di una sanità integrativa di natura privatistica, poco presente al Sud, la vigilanza e il controllo di questi enti possa produrre significativi miglioramenti negli

² Fonte 14° Rapporto Sanità CREA, <http://www.creasanita.it/images/rapportosanita/14/14%20RapportoSanita.pdf>

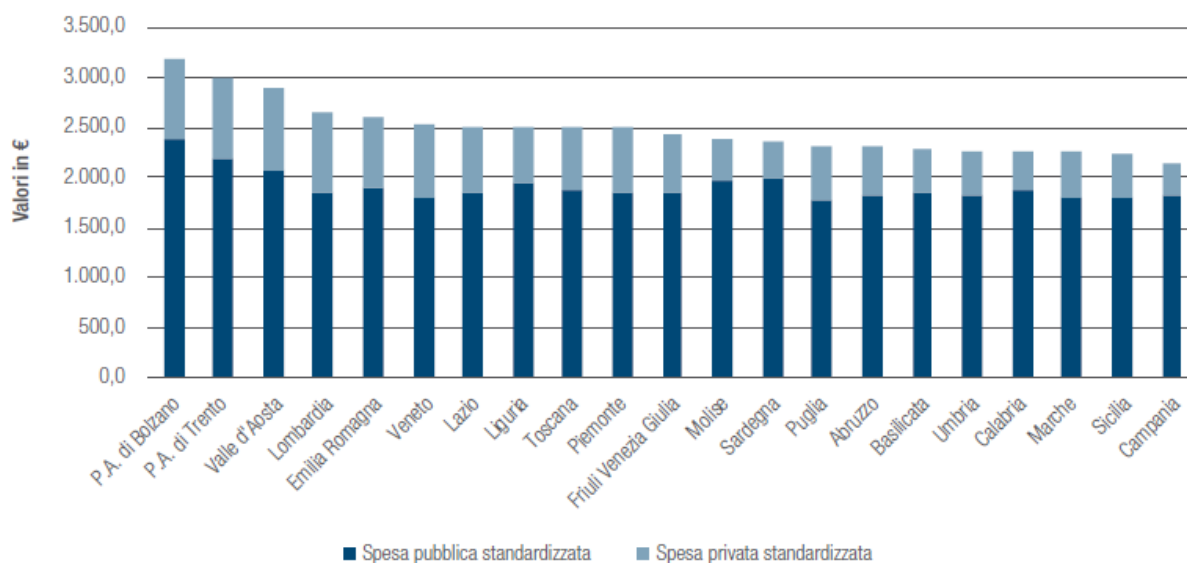
standard di efficienza e cura. La **Figura 2.2** evidenzia bene che dove la sanità integrativa FaSI è più diffusa, anche la gestione pubblica migliora, è meno costosa e più efficiente.

Tabella 2.4 - La spesa sanitaria pro capite per regione

Regioni	Spesa pro-capite nominale Anno 2017	Var. media annua nominale (%) 2017/2012
Italia	1.867,2	0,4
Piemonte	1.887,1	0,3
Valle d'Aosta	2.081,1	-2,0
Lombardia	1.797,9	0,5
P.A. di Bolzano	2.305,6	0,4
P.A. di Trento	1.913,2	-0,8
Veneto	1.761,5	0,6
Friuli Venezia Giulia	1.922,7	-1,1
Liguria	2.102,8	0,6
Emilia Romagna	1.829,9	0,3
Toscana	1.812,6	0,1
Umbria	2.111,8	2,9
Marche	1.877,0	0,9
Lazio	1.950,4	-0,8
Abruzzo	1.876,1	0,9
Molise	2.022,1	0,3
Campania	1.799,4	0,7
Puglia	1.889,1	1,2
Basilicata	1.937,8	1,1
Calabria	1.922,4	0,9
Sicilia	1.808,9	0,6
Sardegna	2.137,4	0,6

Fonte: elaborazione su dati Istat, 2018 – C.R.E.A. Sanità

Figura 2.2 – La spesa sanitaria pubblica e privata regionalizzata



Fonte: elaborazione su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze e Istat, 2017 – C.R.E.A. Sanità

3. La spesa sanitaria privata

Abbiamo fin qui analizzato gli andamenti della spesa sanitaria pubblica e sommariamente evidenziati i limiti di fruibilità dovuti a: **a)** mancanza di personale (medici di base, specialisti e infermieri) anche a causa delle contorte procedure di ingaggio e selezione del personale; **b)** limiti di spesa imposti dai DRG (*Diagnosis Related Groups* ossia Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi); **c)** gestione non ottimale delle risorse in alcune regioni sfociate nel commissariamento; **d)** costi standard inesistenti. Il tutto con il risultato dell'aumento delle liste d'attesa e dell'assalto ai Pronto Soccorso, ormai unici punti di approdo per avere diagnosi e cure anche a causa dell'insufficiente gestione dei medici di base (anch'essi letteralmente in prima linea).

In questo paragrafo vediamo come la collettività dei cittadini ha risposto alle problematiche del sistema sanitario pubblico, SSN.

Su un totale di circa 70 miliardi di euro che la popolazione italiana destina al welfare complementare, ossia spende per garantirsi privatamente l'accesso a prestazioni sanitarie, di assistenza e di previdenza complementare, **la voce più consistente di spesa è quella sanitaria cosiddetta out of pocket, pari a circa 35,9 miliardi di euro.** Con tale voce di spesa si identificano i costi sostenuti dalle famiglie e dai singoli direttamente, senza intervento alcuno di intermediari di spesa, quali fondi sanitari, mutue, compagnie di assicurazione o altro.

Tabella 3.1 - La spesa privata per il welfare complementare e integrativo (dati in milioni di euro)

Tipologia	2013	2014	2015	2016	2017		
	Spesa privata				Spesa privata	in % del PIL	in % spesa pubblica
Previdenza complementare	12.414	13.000	13.500	14.256	14.873	0,86%	1,76%
Spesa per sanità OOP*	26.240	30.000	32.287	32.081	35.989	2.08%	4,28%
Spesa per assistenza LTC **	11.000	9.280	8.900	8.900	10.700	0,62%	1,27%
Spesa per sanità intermediata (1)	4.060	4.300	3.689	3.809	4.901	0,28%	0,58%
Spesa welfare individuale***	1.000	2.567	2.963	3.008	3.087	0,17%	0,36%
	54.714	59.147	61.339	62.054	69.550	4,03%	8,27%

* Il dato 2017 è quello rilevato da ISTAT secondo le nuove regole di verifica puntuale delle singole voci di spesa (ove conosciute e conoscibili) che compongono il paniere delle prestazioni normalmente ricondotte alla spesa OOP. Riclassificando anche il 2016 secondo la nuova regola, il dato sarebbe stato pari a 34.705 milioni di euro, in luogo dei 32.081 milioni rilevati secondo la vecchia regola e che nell'edizione precedente di questo Bilancio avevamo avuto modo di mettere in discussione in quanto si trattava di un dato apparentemente fortemente sottostimato; sensazione oggi confermata dalle nuove tecniche di rilevazione.

** Dal 2015 il dato è calcolato con riguardo alla spesa per assistenza domiciliare e residenziale al netto dei valori dell'indennità di accompagnamento erogata da INPS. Per l'anno 2017 si è tenuto conto anche della quota di TFR destinata ai "collaboratori domestici" con compiti di cura e assistenza regolarmente registrati presso INPS. La stima della quota di lavoro "irregolare", certamente sottostimata, è calcolata con riferimento al restante numero dei "collaboratori domestici" non dichiarati come adibiti ad attività di cura e assistenza.

*** La voce tiene conto solo della raccolta premi del ramo assicurativo 1° danni - infortuni.

(1) dei 4,9 miliardi di spesa intermediata, 2,33 miliardi sono gestiti dai fondi sanitari e sms, mentre il restante è relativo a polizze individuali o collettive gestite dalle Assicurazioni sulle quali la detraibilità è pari al 19% di 1.291 €, quando possibile e con limiti di franchigia e 1.300 € per le SmS.

Fonte: Sesto Rapporto sul Bilancio del sistema previdenziale italiano a cura del CSR Itinerari Previdenziali

Si consideri che il dato relativo alla *spesa out of pocket* potrebbe essere sottostimato, come ha dimostrato una analisi del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali che ha elaborato il possibile costo per le famiglie per l'acquisto delle prestazioni relative alla salute. Non sono state utilizzate tecniche di rilevazione statistica, ma una stima ragionata sulle più comuni voci di spesa per le stesse famiglie (si veda la **Tabella 3.2**). Il risultato della simulazione indica una **spesa di circa 40 miliardi di euro**, dato sul quale si è attestata anche l'ultima stima Istat. A questa cifra occorre sommare la spesa per l'assistenza sanitaria intermediata da fondi sanitari e compagnie di assicurazione, che per il 2017 (ultimo dato disponibile) ammonta a **4,9 miliardi di euro**, sicché la **spesa privata totale per la sanità raggiunge la ragguardevole cifra di circa 45 miliardi, cioè ben il 40% dell'intera spesa pubblica.**

Questo dato non è tanto importante in sé (come dimensione di spesa), quanto è fondamentale per definire l'efficienza di questa spesa e i potenziali risparmi che ogni famiglia potrebbe accumulare:

- a) è dimostrato (basta esaminare le convenzioni) che visite specialistiche ed esami diagnostici (spesso anche esami di laboratorio) sono pagati dai FaSI ai soggetti convenzionati meno della metà di quanto un singolo individuo in stato di bisogno paga per le stesse prestazioni. E quasi tutte le strutture cercano di convenzionarsi con i FaSI (tranne i super privati), anche per ammortizzare in un tempo più breve i costi di acquisto e gestione delle strutture e degli apparecchi diagnostici.

Tutto ciò significa che le nostre famiglie potrebbero risparmiare quasi 20 miliardi l'anno se, anziché accedere singolarmente a visite, esami e cure, fossero associate ad un FaSI o Assicurazione. Si tratta di circa 850 € l'anno di risparmio per ciascuna delle 23,5 milioni di famiglie. Ma ci guadagnerebbe anche la fiscalità generale in quanto le prestazioni "intermediate" sono integralmente soggette alle imposte. Infine ne trarrebbe vantaggi anche il SSN perché grazie ad una differente organizzazione che prevede percorsi e tempi differenti per la "solvenza", potrebbe ridurre di molto le liste di attesa.

- b) la spesa sanitaria privata veicolata per il tramite di intermediari di spesa (fondi sanitari, compagnie di assicurazione e altri soggetti) è ancora bassissima e ammonta solo a una piccola percentuale del totale, pari a poco meno del 14%, seppure con una leggera crescita rispetto al 2016.

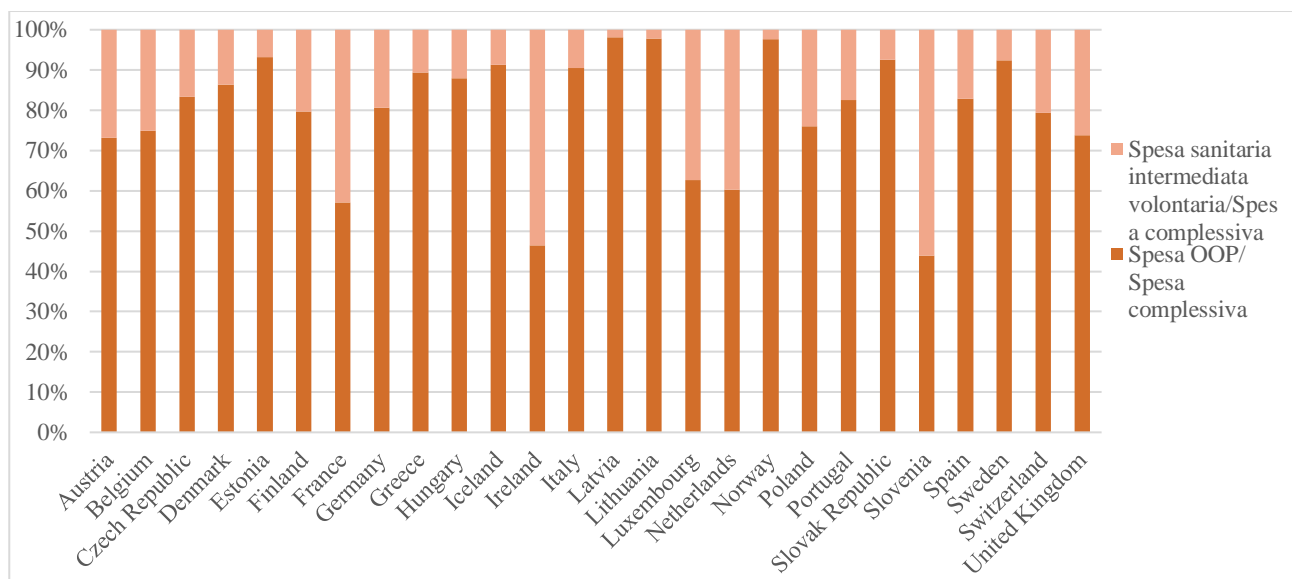
Tabella 3.2 – Esempi di voci di spesa per famiglia

Prestazioni	Simulazione
Oculistica	Acquisto di un paio di occhiali da vista da parte di un componente della famiglia, nonché costo per lenti a contatto e soluzioni igieniche
Odontoiatria	Una pulizia dei denti per ogni componente della famiglia nonché una minima spesa di cura
Ticket	Dato complessivo nazionale diviso per numero di famiglie
Farmacia	Costo per farmaci, esclusa la quota a carico del SSN e senza contare farmaci omeopatici e integratori alimentari
Visita specialistica	Una visita specialistica per almeno un componente del nucleo familiare
Riabilitazione/fisioterapia	Un trattamento massofisioterapico per ragioni terapeutiche
Analisi di laboratorio	Un esame periodico del sangue per check up o verifica valori per utilizzatori abituali farmaci e pillola contraccettiva
Diagnostica	Un'ecografia o un esame radiologico

La **Figura 3.3** mostra la ripartizione della spesa privata tra OOP e spesa intermediata da fondi o assicurazioni. Esattamente come accade anche per i fondi pensione (rapporto tra patrimonio dei FP sul PIL), il raffronto è abbastanza impietoso per il nostro Paese: come si vede dal confronto, l'Italia ha una quota più bassa di spesa intermediata rispetto a quello out of pocket.

Ma quanto costano allo Stato le agevolazioni fiscali a favore di chi si preoccupa di gravare il meno possibile sul SSN e si paga, dopo aver pagato anche le imposte, una quota supplementare di sanità? Supponendo un'aliquota fiscale media pari al 30%, il costo delle agevolazioni si attesta su **1,5 miliardi l'anno**. A questo importo occorre sottrarre le imposte e l'IVA che gravano sulle prestazioni intermedie che in pratica annullano e ripagano l'onere delle agevolazioni.

Figura 3.3 – Composizione della spesa sanitaria privata in alcuni Paesi



Fonte: OCSE

Infine, occorre considerare che almeno un terzo delle prestazioni intermedie (1,6 miliardi su 4,9 miliardi), anziché essere a carico del SSN sono a totale carico degli intermediari, realizzandosi così un vantaggio economico non irrilevante per le finanze pubbliche e lasciando queste disponibilità ai beneficiari del SSN.

3.1 I fondi attestati dall'Anagrafe

Dai primi dati provvisori elaborati dal Ministero della Salute, emerge che i fondi che entro il 31 luglio del 2018 hanno inviato la documentazione per l'iscrizione all'Anagrafe sono 311, di cui **9 di tipo A e 302 di tipo B**; rispetto allo scorso anno (quando si era registrato un forte aumento del numero dei fondi dai 305 del 2015 ai 322 del 2016) il numero si è ridotto di 11 unità, considerando che uno dei fondi che aveva richiesto l'iscrizione non è stato attestato in quanto non ha raggiunto la soglia del 20% delle risorse vincolate da destinare, ai sensi dei Decreti "Turco" e "Sacconi", a odontoiatria e LTC (**Tabella 3.3**).

La forma giuridica utilizzata in stragrande maggioranza dai fondi sanitari è quella dell'associazione non riconosciuta ex art. 36 c.c. (233 fondi), seguono in leggera crescita le società di mutuo soccorso ex L. 3818/1886 (42 SMS). Residuale, in misura rispettivamente inferiore alle 10 unità la forma dell'associazione riconosciuta ex art. 12 c.c. (n. 6) e della fondazione (n. 5). Per 25 forme sanitarie non si conosce invece la forma giuridica.

L'ammontare generale delle risorse impiegate, secondo i dati provvisori del Ministero Salute, aumenta a circa **2,4 miliardi**, di cui 780 milioni vincolati alle prestazioni di LTC e odontoiatria ai sensi dei Decreti Ministeriali cc.dd. "Turco" e "Sacconi", con un aumento in linea con quello degli anni precedenti.

Tabella 3.3 - Numero fondi attestati all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, iscritti e ammontare generale

Anno	Fondi attestati	Tipo A	Tipo B	Totale iscritti	di cui dipendenti	di cui familiari	Ammontare generale	Ammontare parziale (20%) *	Ammontare parziale/ammontare generale
2010	255	47	208	3.312.474	1.647.071	1.250.499	1.614.346.536	491.930.591	30,47%
2011	265	43	222	5.146.633	3.209.587	1.475.622	1.740.979.656	536.486.403	30,82%
2012	276	3	273	5.831.943	3.724.694	1.601.080	1.913.519.375	603.220.611	31,52%
2013	290	4	286	6.914.401	4.734.798	1.639.689	2.111.781.242	690.892.884	32,72%
2014	300	7	293	7.493.824	5.141.223	1.787.402	2.159.885.997	682.448.936	31,60%
2015	305	8	297	9.154.492	6.423.462	2.195.137	2.243.458.570	694.099.832	30,94%
2016	322	9	313	10.616.847	6.680.504	2.160.917	2.329.791.397	753.775.116	32,35%
2017	311	9	302	12.900.000			2.400.000.000	780.000.000	32,50%

Fonte: elaborazioni Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali su dati Anagrafe dei fondi sanitari del Ministero della Salute. * Ammontare delle prestazioni extra LEA che devono essere per legge almeno pari al 20% delle prestazioni totali; le cifre in verde sono stime in attesa di conferma da parte del Ministero della Salute. * Il campo "anno" è quello di effettiva riconducibilità dei dati e non quello di rilevazione (così, ad esempio, il dato "anno" 2016 è quello rilevato dal Ministero entro la fine dell'anno 2017)

Quanto al numero degli iscritti, dopo l'importante raddoppio di lavoratori "non dipendenti" dello scorso anno (prevalentemente assistiti da alcune società di mutuo soccorso), il totale sarebbe pari – secondo i primi dati provvisori – a circa 12,9 milioni tra lavoratori dipendenti, autonomi e familiari a carico.

Tabella 3.4 – Gli iscritti ai fondi sanitari

Anno	Situazione iscritti									
	Lavoratori dipendenti	Lavoratori non dipendenti	Familiari lavoratori dipendenti	Familiari lavoratori non dipendenti	Pensionati	Familiari pensionati	Totale lavoratori	Totale familiari dei lavoratori	Totale pensionati	Totale iscritti
	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>	<i>f</i>	<i>g=a+b</i>	<i>h=c+d</i>	<i>i=e+f</i>	<i>j=g+h+i</i>
2010	1.647.071	414.904	983.593	266.906	-	-	2.061.975	1.250.499	-	3.312.474
2011	3.209.587	461.424	1.264.534	211.088	-	-	3.671.011	1.475.622	-	5.146.633
2012	3.724.694	506.169	1.290.336	310.744	-	-	4.230.863	1.601.080	-	5.831.943
2013	4.734.798	539.914	1.373.444	266.245	-	-	5.274.712	1.639.689	-	6.914.401
2014	5.141.223	565.199	1.563.015	224.387	-	-	5.706.422	1.787.402	-	7.493.824
2015	6.423.462	535.893	1.862.206	332.931	-	-	6.959.355	2.195.137	-	9.154.492
2016	6.680.504	1.074.038	1.908.962	251.955	527.716	173.672	7.754.542	2.160.917	701.388	10.616.847
2017										12.900.000

Fonte: elaborazioni su dati Anagrafe dei fondi sanitari del Ministero della Salute; in verde dati provvisori

4. L'assetto normativo e di vigilanza della sanità integrativa in Italia

Non esiste una *definizione di legge di sanità integrativa*. Tuttavia, per sanità integrativa normalmente s'intende l'insieme degli strumenti e delle prestazioni offerti da enti non profit (associazioni, fondazioni e società di mutuo soccorso) intesi a offrire ai propri "assistiti" (lavoratori e non) il rimborso delle spese sanitarie sostenute in proprio ovvero a consentirne la fruizione tramite reti di strutture sanitarie e socio-sanitarie convenzionate.

La materia della sanità integrativa *continua a registrare un vuoto normativo* pericoloso per l'intero settore. Il tutto con possibili ricadute in termini di gestione e solvibilità delle singole forme di sanità integrativa. Resta ancora priva di concreta attuazione la riforma del terzo settore, per la mancanza del quadro regolamentare delegato (pur a fronte dell'emanazione nel corso del 2017 del c.d. Codice del Terzo Settore, D. Lgs. 117/2017).

Le principali disposizioni intese a regolare la materia, oltre a quelle citate in premessa, sono la legge finanziaria 2008 (art. 1, commi 197 e 199 L. 244/2007) e i successivi decreti ministeriali attuativi "Turco" (DM Salute 31 marzo 2008) e "Sacconi" (DM Lavoro, Salute e Politiche Sociali 27 ottobre 2009). A ciò si aggiungono le disposizioni fiscali di cui al Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 917/1986) in materia di benefici fiscali per gli "assistiti".

Chiunque è libero di aderire ad un fondo sanitario integrativo (direttamente o per il tramite delle proprie rappresentanze sindacali). Qualsiasi ente è libero di svolgere attività sanitaria integrativa. L'articolo 38, comma 5, della Costituzione prevede infatti che "*L'assistenza privata è libera*": ogni limitazione di segno contrario si pone in contrasto con il dettato costituzionale.

Si consideri che l'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari gestita dal Ministero della Salute **non è obbligatoria**: l'iscrizione è volontaria e la documentazione richiesta è il bilancio o un documento equivalente, senza grandi possibilità di controllo da parte del Ministero. Peraltro, la cosiddetta "attestazione" avviene con un ritardo incompatibile con la garanzia di vigilanza: infatti, ad esempio, entro luglio 2018 si attestano i fondi sulla base del bilancio fiscale del 2017, presentato nel 2018, mentre il Report del Ministero viene pubblicato nel 2018 ma su dati di bilancio relativi al 2016. Basta solo questo per definire totalmente carente di regole e vigilanza il sistema Italia.

La vigilanza generale sui fondi sanitari iscritti all'Anagrafe è deputata al Ministero della Salute; al Ministero si affianca il controllo tributario dell'Agenzia delle Entrate. A questi si aggiungono, a seconda della forma giuridica assunta dai fondi sanitari: a) il Ministero dello Sviluppo Economico e le realtà nazionali rappresentative del fenomeno cooperativo, se si tratta di società di mutuo soccorso; b) Regioni o Prefettura (per conto del Governo), se sono associazioni riconosciute e fondazioni; c) l'art. 345 del Codice delle Assicurazioni prevedrebbe anche la vigilanza di IVASS sulle società di mutuo soccorso che si impegnino per prestazioni per un valore superiore a 100.000 euro e per tutti le casse sanitarie autogestite.

I fondi sanitari possono essere:

- “integrativi”: diretti a rimborsare le prestazioni sanitarie non erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e la quota di costi a carico dell'assistito per il ricorso allo stesso SSN (i.e. i ticket);
- “duplicativi”: intesi a garantire il rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute da privati o dal SSN in *intra* o *extra moenia* (con costo a carico del paziente), indipendentemente dal fatto che queste rientrino tra quelle che il Servizio Sanitario Nazionale eroga in proprio poiché ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA;
- **“misti” integrativi e duplicativi: è questo il modello di più del 95% dei fondi sanitari integrativi italiani e in linea con le principali esperienze europee.**

La legge (e, così, l'Anagrafe) distingue tra fondi di:

- TIPO A: solamente “integrativi” del SSN e disciplinati dall'art. 9 del D. Lgs. 502/1992. Normalmente definiti dagli operatori come FONDI DOC;
- TIPO B: “misti” integrativi e duplicativi. Trattasi di enti, casse e società di mutuo soccorso che devono appostare almeno il 20% dei contributi raccolti (c.d. soglia delle risorse vincolate) per prestazioni sociali e sanitarie verso soggetti non autosufficienti (temporanei o permanenti) e/o odontoiatriche.

Come abbiamo visto i fondi sanitari iscritti all'anagrafe sono 311, di cui 9 di TIPO A e 302 di TIPO B.

Considerato che gli iscritti al sistema fondi sono 10,6 milioni, solo 11 mila aderiscono ai fondi di TIPO A, a riprova di una preferenza della collettività per l'adesione a fondi sanitari “misti” e non squisitamente “integrativi” (mai sviluppatasi dal 1999 in avanti, anno in cui è stato modificato il D. Lgs. 502/1992 con introduzione dell'art. 9)

I fondi sanitari possono gestire in proprio i contributi raccolti ai fini dell'erogazione delle prestazioni ovvero contrarre polizze assicurative collettive a favore dei propri assistiti, con maggiore garanzia di solvibilità dei fondi stessi.

5. **Focus: la fiscalità dei fondi sanitari e i facili equivoci sui benefici**

a) **Agevolazioni fiscali per gli aderenti ai FaSI e FSI**

I fondi sanitari iscritti all'Anagrafe tenuto presso il Ministero della Salute possono far sì che i propri assistiti fruiscano di determinati benefici fiscali.

Chiunque si iscriva ai fondi di TIPO A (fondi "Bindi" o "DOC") ha diritto di portare in deduzione il contributo versato nel massimo di 3.615,20 euro. Il plafond è unico e complessivo anche per i contributi versati a favore dei familiari a carico (ex art. 12 TUIR).

Solo i lavoratori dipendenti che aderiscano collettivamente ad un fondo di TIPO B (e i pensionati che contribuiscano sulla base di una fonte istitutiva collettiva) possono dedurre dal reddito da lavoro i contributi versati da loro e dal loro datore nel limite di **3.615,20 euro** (i contributi del datore non concorrono al reddito da lavoro tassabile).

I lavoratori autonomi e i liberi professionisti che si iscrivano ai fondi sanitari non hanno benefici fiscali. L'unico beneficio è indirettamente riconnesso al versamento di contributi associativi a società di mutuo soccorso. Il contributo è detraibile per un massimo del 19% di 1.300 euro³.

b) **Agevolazioni fiscali per i cittadini non iscritti ai fondi**

Tutti i contribuenti che non aderiscano a fondi sanitari e sostengano spese sanitarie in proprio (e quelle relative alla quota a carico per cui non si sia fruito della detrazione o deduzione per premi assicurativi o contributi ai fondi) **hanno diritto a dedurre dal reddito complessivo, senza limiti, o di detrarre** le spese sanitarie e di assistenza. La deduzione spetta nei casi di spese mediche e assistenza specifica in caso di grave e permanente invalidità o menomazione; la detrazione per le altre spese mediche e di assistenza specifica diverse dalle prime per la parte che eccede le 250 mila lire (129,11 euro).

I contribuenti hanno diritto anche alla detrazione e deduzione del reddito delle spese sanitarie rimaste "a carico" pur in presenza di una polizza di assicurazioni o dell'adesione ad un fondo sanitario che le abbia rimborsate. Si considerano rimaste a carico del contribuente le spese rimborsate per effetto di contributi o di premi di assicurazione versati, e per i quali non spetta la detrazione d'imposta o la deduzione dal reddito complessivo; si considerano altresì rimaste a carico del contribuente le spese rimborsate per effetto di contributi o premi che, pur essendo versati da altri, concorrono a formare il reddito.

La Legge di Bilancio 2017 (art. 1 comma 160), nell'ottica di ampliare gli incentivi fiscali legati alla possibilità di convertire i premi di produttività in servizi di welfare aziendale, ha introdotto la completa detassazione dei contributi destinati alla previdenza complementare o

³ Art. 83, comma 5, del d.lgs. 117/2017 (Codice del Terzo Settore): Dall'imposta lorda si detrae un importo pari al 19 per cento dei contributi associativi per un importo non superiore a 1.300 euro versati dai soci alle società di mutuo soccorso che operano esclusivamente nei settori di cui all'articolo 1 della legge 15 aprile 1886, n. 3818, al fine di assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, di impotenza al lavoro o di vecchiaia, ovvero, in caso di decesso, un aiuto alle loro famiglie.

all'assistenza sanitaria integrativa (destinati ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale), anche se eccedenti i limiti di deducibilità fissati dalla normativa di settore, ossia 5.164,57 euro per i fondi pensione e 3.615,20 euro per i fondi sanitari.

Dal punto di vista dei possibili *benefici fiscali* relativi all'iscrizione/adesione a forme sanitarie integrative, si registra ancora una forte discriminazione tra lavoratori dipendenti e autonomi, a scapito dei secondi; i primi e i loro datori di lavoro possono portare in totale deduzione fino a 3.615,20 euro annui, mentre i secondi hanno una limitata detraibilità, pari nel massimo al 19% di circa 1.300 euro della quota associativa versata o nessuna detrazione.

Nonostante i benefici fiscali legati all'adesione a forme sanitarie integrative, meno della metà dei lavoratori dipendenti e circa il 25% di autonomi e liberi professionisti aderisce ai fondi sanitari nelle loro differenti forme. Escludendo i soggetti che hanno stipulato polizze danni e infortuni (spesso unico modo di tutela per chi non può iscriversi all'Inail), sono 10,6 milioni i soggetti iscritti ai FSI e poco più di 1,1 milioni gli aderenti a polizze individuali o collettive (considerando quelli che hanno stipulato una polizza assicurativa danni di ramo 2 per il rimborso delle spese sanitarie).

c) Alcune considerazioni sulla proposta di eliminare i benefici fiscali ai fondi sanitari

Volendo calcolare a quanto ammonti il totale dei benefici fiscali relativi a FSI e FaSI, si può procedere così: dei 4,9 miliardi di spesa intermediata, 2,33 dipendono dai FaSI, che consentono la deducibilità per i lavoratori dipendenti e la detraibilità per tutti gli altri lavoratori indipendenti; la restante parte di matrice assicurativa (polizze individuali e collettive) beneficia solo della detraibilità al 19%, quando consentita. Il costo per l'erario del beneficio fiscale concesso agli iscritti ai fondi è stimabile intorno ai 600 milioni; ipotizzando poi che tutti i restanti iscritti portino in detrazione tutto il 19% di 1300 euro – cosa non possibile, dato che non tutti sono soggetti di imposta (essendo familiari a carico) o iscritti a società di mutuo soccorso e, ancora, non tutti hanno una imposta da versare capiente per l'intero beneficio – il mancato incasso dello Stato si incrementerebbe di 345 milioni di euro.

In conclusione, si risparmierebbero poco più di 900 milioni di euro che, versati al primo pilastro (SSN), incrementerebbero la dotazione finanziaria dello 0,88% (da 112 a 113 miliardi di euro), con impatti irrilevanti e con maggiori costi per lo stesso Stato; ove tali contributi diventassero spese e fossero portati in deduzione piena come spese sanitarie e assistenziali, produrrebbero una minore entrata per lo Stato superiore a quella di abolire il beneficio sui fondi.

Inoltre, il SSN risparmia circa 1,5 miliardi di prestazioni, i cui costi sono posti a carico dei fondi e quindi degli iscritti. Infine, fatto da tener ben presente, diversamente dalla spesa OOP, con i FaSI tutte le prestazioni sono soggette alle imposte dirette e indirette.

Conclusioni

Anzitutto, onde evitare denominazioni che potrebbero indurre a interpretazioni o attribuzioni erranee, **si suggerisce di definire questi fondi come: “Forme di assistenza sanitaria e sociale di natura privatistica” (in sigla FASSP)**. Essi dovrebbero: corrispondere a parametri di legge ben precisi; iscriversi al registro di questi operatori tenuti da una Authority (per comodità e attinenza di materia, la Covip); comunicare trimestralmente e annualmente tutti i dati utili alla vigilanza; rendere pubblici e trasparenti i bilanci; avere amministratori in possesso dei requisiti di onorabilità e professionalità; disporre di un patrimonio di vigilanza e solvibilità. Solo rispettando tali obblighi è possibile beneficiare delle agevolazioni fiscali. ***Occorre quindi una legge quadro di sistema.***

A queste condizioni e sulla base di quanto finora descritto, si può concludere che queste Forme Sanitarie sono indispensabili per il nostro Paese. Immaginare che un Paese come il nostro, caratterizzato da un altissimo debito pubblico (che non ci consente di fare alcun paragone con alcun paese, salvo la Grecia o il Portogallo), da una spesa sociale totale giunta ormai al 54% della spesa totale e al 57% delle entrate e quindi non ulteriormente espandibile e da un livello di finanziamento che assorbe ormai tutte le imposte dirette, possa fare a meno dell'apporto incentivato dei cittadini, almeno di quelli che possono o che sono contrattualizzati o che beneficiano di welfare aziendale, equivale a non guardare in faccia la realtà. Maggiore sarà il numero degli iscritti ai FSI e più ampi spazi (riduzioni liste di attesa) si creeranno per coloro che hanno meno risorse.