



Audizione Confetra nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale – Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati – Roma, 10 luglio 2019.

Premessa – Benché disciplinati per la prima volta agli inizi degli anni '90 i fondi sanitari esistono già dalla fine del 1800 con quella logica squisitamente mutualistica che li contraddistingue ancora oggi. I cambiamenti avvenuti nel corso del tempo infatti non ne hanno modificato la configurazione di strumenti autofinanziati che contribuiscono alla maggiore efficienza del sistema complessivo di assistenza operando secondo principi di mutualità e solidarietà ed in complementarietà col Servizio Sanitario Nazionale.

La necessità di efficientare il sistema di welfare ha prodotto un assetto basato, tanto dal lato previdenziale che da quello assistenziale, sulla coesistenza organica di due pilastri, uno pubblico e uno privato. Ciò ha favorito la diffusione, attraverso la contrattazione collettiva nazionale, dei fondi di previdenza complementare e dei fondi sanitari entrambi alimentati esclusivamente dalla contribuzione di aziende e lavoratori, senza quindi alcun concorso di risorse del pilastro pubblico che anzi beneficia del gettito derivante dal contributo previdenziale di solidarietà del 10% dovuto dalle aziende sulla quota a proprio carico.

In particolare nel campo dell'assistenza sanitaria i fondi di origine contrattuale hanno contribuito sensibilmente ad elevare il benessere fisico di milioni di lavoratori i quali, proprio grazie ai fondi, possono usufruire di prestazioni elevate secondo un meccanismo solidaristico che, a differenza di quello assicurativo, non prevede alcuna discriminazione in ingresso e conseguente modulazione del premio in funzione di un'analisi del rischio individuale.

Dimensione del fenomeno – Attualmente sono oltre 13 milioni gli assistiti dalla sanità integrativa, di cui circa la metà sono iscritti a fondi sanitari di origine contrattuale che coprono la quasi totalità dei settori produttivi.

Nel panorama dei fondi contrattuali esistono in particolare due fondi di cui la Confetra è parte costituente. Si tratta del Fasdac, fondo costituito 70



anni fa con Confcommercio e Manageritalia per i dirigenti di aziende commerciali e dei trasporti che conta circa 40 mila iscritti per una platea di oltre 100 mila assistiti considerando anche i familiari, e di Sanilog, giovane fondo per i dipendenti del settore della logistica costituito con CGIL, CISL e UIL che in pochissimi anni ha già oltrepassato i 150 mila iscritti.

Nel 2018 le prestazioni erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale e quindi pagate di tasca propria dai cittadini (cosiddette *spese out of pocket*) sono state pari a 150 milioni per una spesa complessiva di circa 40 miliardi di euro che ha interessato più di 2 italiani su 3 con un esborso medio pro capite di oltre 650 euro che si stima supererà i 900 euro nel 2025 (fonte VIII Rapporto RBM-Censis).

Nell'ultimo anno quasi il 15% (circa 5,7 miliardi di euro) di spese out of pocket sono state rimborsate da forme sanitarie integrative con un rimborso medio pro capite di oltre 430 euro; ciò ha determinato per gli iscritti ai fondi una riduzione di oltre il 66% della spesa sanitaria media pro capite.

Regime fiscale – In virtù della acclarata funzione sociale svolta dai fondi sanitari, il legislatore da sempre riconosce sulla relativa contribuzione un trattamento fiscale agevolato che peraltro nel corso del tempo è passato da un regime di piena deducibilità ad un regime di deducibilità parziale vincolato al rispetto di condizioni non sempre facilmente raggiungibili dai fondi se non con profondi cambiamenti sia sul piano organizzativo che delle prestazioni.

In particolare l'attuale assetto normativo dei fondi sanitari poggia sul D.LGVO n. 502/1992 e successive modifiche che li ha istituiti, nonché sul D.M. 27 ottobre 2009 che ha stabilito i requisiti necessari per l'applicazione del trattamento fiscale sui contributi versati da aziende e lavoratori (deducibilità fino a un massimo di 3.615,20 euro annui, artt. 10 e 51 del TUIR). La deducibilità fiscale scatta a condizione che il fondo sia iscritto all'*Anagrafe dei fondi sanitari* presso il Ministero della Salute e destini almeno il 20% delle proprie risorse alla copertura di prestazioni non ricomprese nei cosiddetti LEA (*Livelli Essenziali di Assistenza*) garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale quali cure odontoiatriche, assistenza a soggetti non autosufficienti e a soggetti temporaneamente invalidi per malattia o



infortunio. La verifica del rispetto della suddetta soglia del 20% viene effettuata annualmente dall'Anagrafe dei fondi in occasione del rinnovo dell'iscrizione.

Siffatto regime fiscale non costituisce interamente un costo per lo Stato atteso che sulle prestazioni sanitarie erogate tramite i fondi non opera ovviamente la detrazione del 19% il cui costo per la finanza pubblica è poco meno di 3,5 miliardi di euro contro i 6/700 milioni di euro stimati per le deduzioni sui contributi versati ai fondi sanitari. Occorre inoltre considerare come il meccanismo delle detrazioni, oltre ad essere più costoso rispetto a quello delle deduzioni, risulti anche molto meno efficace sul piano della lotta all'evasione in quanto l'esiguità della aliquota di detraibilità lascia ampi margini di manovra a chi emette fattura e vada a beneficiare soprattutto cittadini con redditi medio alti.

Conclusioni – Fondi sanitari e Servizio Sanitario Nazionale non devono essere visti come due sistemi in competizione tra loro bensì come un unico sistema in cui uno è complementare all'altro. In realtà, più elevata è la diffusione dei fondi sanitari più il Servizio Sanitario Nazionale si libera di adempimenti e oneri che altrimenti rischierebbero di appesantirne l'organizzazione a scapito dei livelli generali del servizio. Andrebbe pertanto rimossa l'erronea credenza secondo cui i fondi ostacolerebbero il funzionamento del servizio pubblico. I dati relativi alla diffusione sul territorio nazionale dei lavoratori iscritti a forme sanitarie integrative attestano infatti che le regioni in testa sono Lombardia e Veneto, cioè proprio dove il servizio pubblico raggiunge standard di eccellenza. Ciò a ulteriore conferma di come il ricorso a strutture private non dipenda necessariamente da inefficienze del sistema pubblico ma anche dalla naturale propensione del lavoratore ad utilizzare strutture di propria fiducia.

In conclusione qualsiasi intervento normativo che andasse a modificare l'attuale assetto dei fondi sanitari metterebbe a rischio la copertura sanitaria di milioni di lavoratori con inevitabili ripercussioni anche sullo stesso Servizio Sanitario Nazionale.