

## La sanità pubblica tra indifferenza e *laissez faire*

**Nerina Dirindin**

RPS

*Da parecchi anni, la sanità pubblica italiana si sta indebolendo, complice l'indifferenza nei confronti di restrizioni economiche che, accolte con rassegnato distacco rispetto al diritto fondamentale alla tutela della salute, aggravano le difficoltà di accesso alle cure di molti cittadini. In tale contesto, paradossalmente, il tema più dibattuto non è quello delle diseguaglianze che ne conseguono bensì quello della inefficienza della spesa sanitaria privata e della presunta*

*necessità di una maggiore intermediazione. Su tale tema, molte affermazioni discendono da luoghi comuni incapaci di mettere a fuoco il vero quesito cui dovremmo dare risposta: quali soluzioni sono praticabili nell'interesse dell'individuo e della collettività? L'analisi indaga i fattori che giustificano il comportamento degli italiani poco inclini ad acquistare una copertura assicurativa o a partecipare a fondi sanitari.*

Due emigranti, due contadini traversano l'oceano su un piroscampo traballante. Uno di questi dormiva nella stiva, l'altro stava sul ponte e si accorgeva che c'era un gran burrasca con onde altissime e il piroscampo oscillava. E allora il contadino impaurito domanda a un marinaio «ma siamo in pericolo?» e questo dice «se continua questo mare, tra mezz'ora la barca affonda». Allora lui corre nella stiva a svegliare il compagno e dice «Beppe, Beppe, se continua questo mare il bastimento fra mezz'ora affonda». Quello dice: «che me ne importa, non è mica mio!».

Piero Calamandrei, 1955

### *1. Indifferenza e laissez faire nella tutela della salute*

I lettori de «la Rivista delle Politiche Sociali» ricorderanno sicuramente la storia dei due contadini in barca che Piero Calamandrei raccontò in occasione del «Discorso sulla Costituzione agli studenti» di Milano nel 1955. La metafora fu utilizzata per denunciare una delle offese più gravi che si possano fare alla Costituzione: l'indifferenza. Perché «la Costituzione non è una macchina che una volta messa in moto va

avanti da sé. La Costituzione è un pezzo di carta: la lascio cadere e non si muove. Perché si muova bisogna ogni giorno [...] metterci dentro l'impegno, lo spirito, la volontà di mantenere queste promesse, la propria responsabilità» (Calamandrei, 1955).

Ho voluto aprire il presente contributo riprendendo la frase di Calamandrei perché ritengo che le parole riferite alla Costituzione italiana potrebbero, con il dovuto rispetto per la Carta, essere trasferite anche al nostro sistema sanitario: l'offesa più grave che in questi anni si sta perpetuando nei confronti del servizio sanitario, e più in generale delle politiche per la tutela della salute, è infatti l'*indifferenza*. L'indifferenza di chi pensa di non aver bisogno di un sistema di protezione (perché crede di potersi permettere qualunque trattamento in caso di bisogno), di chi dimostra disinteresse per favorire specifici obiettivi (la lenta decadenza del sistema è funzionale al rafforzamento di sistemi alternativi), di chi ritiene che la sanità pubblica non sia un ambito in grado di produrre consenso politico-elettorale (e quindi evita di inserirlo nell'agenda dei governi), di chi ritiene il settore sanitario troppo complesso e difficile da governare (e quindi da trattare con distacco, evitando responsabilità eccessivamente impegnative), di chi esprime una profonda e talvolta sprezzante critica nei confronti della sanità pubblica accusata di essere inefficiente e corrotta (ed evita un confronto aperto con chi, al contrario, esprime una critica costruttiva a salvaguardia del sistema pubblico), di chi è rassegnato di fronte alle difficoltà di accesso ai servizi (ed è troppo debole per rivendicare i propri diritti) e di chi infine si sente impotente di fronte a ristrettezze e complicazioni sempre più ignorate (e assiste disorientato alle incursioni della *spending review* e agli approcci sanzionatori).

Una indifferenza che nasconde non solo disimpegno per le molte, piccole o grandi, difficoltà del settore ma che, ben più gravemente, è espressione di una sorta di *laisser faire* secondo il quale qualunque intervento è inopportuno, prima ancora che complesso e costoso, perché il sistema è in grado di evolvere naturalmente verso un qualche esito, positivo o comunque non indesiderato. Per la verità più che di una consapevole adesione ai principi del liberismo economico si ha l'impressione che si tratti di un mix di incapacità (rispetto alla complessità del settore) e compiacenza (rispetto agli interessi del mercato). In effetti l'impoverimento della sanità pubblica, spesso presentato come inevitabile conseguenza della pesante situazione dei conti pubblici, non può che condurre a un aumento della sanità privata e, indi-

rettamente, a uno sviluppo di quel mercato delle prestazioni sanitarie che faticosamente il sistema pubblico tenta di contenere (talvolta anche maldestramente) entro i principi dell'appropriatezza, proprio a tutela del consumatore disinformato. Al contempo, la scarsa consapevolezza della complessità del settore sanitario è figlia di un momento in cui la semplificazione è un imperativo cui sembra difficile sottrarsi. Non che non ci sia bisogno di semplificazione anche nel settore sanitario. Ma le carenze si trovano principalmente (o prioritariamente) nelle modalità pratiche con le quali i cittadini ricevono l'assistenza di cui hanno bisogno, a causa delle complicate procedure di accesso ai servizi, in molti casi inutilmente intricate oltre che difformi persino all'interno di una stessa struttura sanitaria.

Al contrario, i governi, nazionali e regionali, si stanno sempre più cimentando nella semplificazione delle regole alla base della programmazione e dell'organizzazione del servizio sanitario (ipotizzando ad esempio ingannevoli e impegnativi accorpamenti e incorporazioni di aziende sanitarie), con uno stillicidio di deregolamentazioni, ufficialmente volto a contrastare sprechi e inefficienze ma spesso frutto di un mero desiderio di cambiamento, di presa di distanza rispetto alle norme, di compiacenza nei confronti di chi pretende di superare le regole semplicemente rimuovendole, a prescindere da ogni valutazione di merito.

E così, ad esempio, si semplificano le procedure per l'installazione di sofisticate apparecchiature di risonanza magnetica (d.l. 113/2016 convertito nella legge 160/2016) e al contempo si pongono limiti severi alla prescrizione di una risonanza (d.m. 9 dicembre 2015 – cd. «decreto appropriatezza» – destinato a essere abrogato dal d.p.c.m. di aggiornamento dei Lea in corso di approvazione), ignorando che favorire l'aumento dell'offerta produce inevitabilmente un aumento della domanda.

Ciò nonostante, nella sanità sono ancora tanti coloro che tenacemente si ostinano a opporsi all'indifferenza, si impegnano a garantire servizi ai cittadini, si assumono rischi con senso di responsabilità, sopportano condizioni di lavoro anche poco dignitose, restano operosi nel proprio posto di lavoro in attesa che la notte finisca. Potremmo in qualche modo affermare che molti operatori (anche se non tutti, purtroppo) continuano a fare il proprio dovere, ogni giorno e ogni notte, ponendosi la biblica domanda «a che punto è la notte?», consapevoli che la notte va riconosciuta per quello che è, che non esistono scorciatoie o

RPS

Nerina Dirindin

soluzioni facili, ma che non si può rinunciare a lavorare per il mantenimento e il miglioramento del sistema<sup>1</sup>.

E allora proviamo ad approfondire il quesito «a che punto è la notte?»: la *notte* delle difficoltà in cui versa il servizio sanitario e la *notte* del silenzio che lo circonda.

Le questioni che attanagliano il sistema sanitario del nostro paese sono numerose e sembrano spesso prefigurare una sanità al bivio. Anzi, a leggere le dichiarazioni ufficiali, sembra che i responsabili della sanità regionale e locale si trovino quotidianamente nella necessità di scegliere fra due diverse alternative e che la scelta sia obbligata o comunque condizionata dai vincoli esterni, imposti da qualche livello normativo cui ci si deve adeguare. In realtà, non sempre si tratta di un bivio, anche perché il bivio implica spesso la scelta *fra* due diverse destinazioni, mentre più frequentemente si tratta di trovare un faticoso equilibrio fra strumenti almeno in parte complementari: se l'ottica è – come ovvio – la tutela della salute (e non il semplice impiego delle risorse) gli obiettivi sono chiari, mentre variegata sono le misure disponibili.

Stressare il dramma delle scelte da adottare rivela una confusione fra fini e mezzi, svela la difficoltà di liberarsi dei condizionamenti che, talvolta anche comprensibilmente, inducono a considerare solo i vincoli contabili, a dispetto di ogni obbligo etico a garantire l'assistenza agli individui e alla popolazione. E invece molto spesso le amministrazioni regionali paiono limitarsi a *restringere l'offerta di servizi* sulla base delle risorse disponibili, anzi, peggio, *sulla base delle risorse che lo Stato trasferisce loro*, diventando amministrazioni di mera attuazione di provvedimenti decisi dal centro (anche se in realtà sono sempre adottati d'intesa o di concerto con le stesse), giustificando la scelta a favore del mix di indifferenza e deregolamentazione con la scusa della scarsità delle risorse e rinunciando a svolgere quel ruolo che negli anni passati avevano esercitato con forza politica (in gran parte perduta) e capacità tecnica (ancora presente). Non è certo possibile generalizzare, ma più elementi portano a ritenere che la qualità delle politiche messe in atto da tutte le regioni è nettamente peggiorata nel corso dell'ultimo decennio, con il risultato che le realtà storicamente più solide e organiz-

<sup>1</sup> Il versetto di Isaia (21, 11-12) recita «Sentinella, a che punto è la notte? Dimmi, quanto manca all'alba?»; la sentinella risponde «viene il mattino, e poi anche la notte».

zate riescono a vivere di rendita (ma ancora per quanto?) mentre le realtà meno mature mostrano difficoltà crescenti.

Sotto questo profilo, gli interrogativi importanti sui quali dovremo cimentarci nel prossimo futuro riguardano l'assetto complessivo del nostro sistema, a partire dal rapporto tra finanziamento pubblico e finanziamento privato nella tutela della salute, fino al ruolo di tutela del *consumatore* (e non solo di tutela di chi necessita di assistenza) che la sanità pubblica dovrebbe sempre più imparare a svolgere.

In tale ottica, ci soffermiamo su due questioni: il ruolo della spesa sanitaria privata e lo sviluppo delle coperture assicurative e dei fondi sanitari.

## 2. *La spesa sanitaria privata*

L'accesso ai servizi pubblici è in questa sede analizzato guardando alla spesa privata sostenuta dai cittadini per l'acquisto di beni e servizi sanitari. L'ottica risponde all'esigenza non solo di approfondire il peso dei consumi sanitari nei bilanci delle famiglie (in presenza di un sistema che dovrebbe garantire la gran parte delle prestazioni senza oneri al momento del consumo), ma soprattutto di fare luce su una voce di spesa spesso accusata di essere causa di inefficienze perché caratterizzata da un basso livello di intermediazione<sup>2</sup>.

La pluralità di fonti informative sulla spesa sanitaria privata impone in via preliminare la scelta della fonte da utilizzare. In questa sede si fa riferimento ai dati Istat di Contabilità nazionale, i quali riportano le risultanze dell'Indagine sui Consumi delle famiglie italiane, opportunamente integrati con altre fonti informative.

Nel 2014 la spesa privata delle famiglie per servizi sanitari ammonta a poco meno di 33 miliardi di euro (Istat, 2015). Il valore è superiore a quello del 2013 (+3,2%, il più alto tasso di incremento fra tutte le macro-categorie di consumi analizzate dall'Istat), ma ancora inferiore a quello del 2011, segno della difficoltà che incontrano i cittadini a sostituire i servizi pubblici (sempre meno accessibili) con un maggior ricorso al mercato privato.

<sup>2</sup> Si vedano le posizioni dell'Ania, secondo la quale la «quota elevata, ormai consolidata, di spesa privata non intermediata» riflette un sistema che «è lecito ritenere [...] possa essere reso più efficiente» ([www.ania.it](http://www.ania.it)).

Tabella 1 - Spesa delle famiglie per consumi finali: servizi sanitari

	Milioni euro	var. %	% su totale consumi famiglie
2010	30.954	-	3,2
2011	33.254	7,4	3,3
2012	32.759	-1,5	3,3
2013	31.939	-2,5	3,3
2014	32.971	3,2	3,4

Fonte: Istat, 2015.

I dati Istat consentono una prima analisi della composizione della spesa per macro categorie di consumi<sup>3</sup>. La maggior parte della spesa privata è destinata a due grandi voci: servizi ambulatoriali (circa il 45%) e medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico (circa il 41%). L'incidenza della spesa per la specialistica ambulatoriale è aumentata nel corso degli ultimi anni anche in relazione all'introduzione nel 2011 del super ticket di 10 euro<sup>4</sup>, un provvedimento che ha reso, per un gran numero di accertamenti a basso costo, più conveniente l'acquisto presso i privati anziché l'accesso al servizio pubblico, consegnando così al privato un ramo della diagnostica sulla quale si concentrano molte delle aspettative dei produttori privati del settore (Dirindin, 2011). Il provvedimento ha aumentato la babele dei ticket nelle diverse regioni, ha vanificato l'obiettivo di aumento delle entrate pubbliche (sul quale puntava la manovra) e ha abituato i cittadini (in particolare i non esenti) a considerare normale non rivolgersi alla sanità pubblica in caso di bisogno (Gruppo Remolet di Agenas, 2013). In tal senso costituisce uno dei fattori che maggiormente hanno contribuito a cambiare l'atteggiamento degli assistiti nei confronti del Ssn.

Guardando ai dati di dettaglio, il capitolo di spesa più importate è quello dei medicinali (compreso il ticket) al quale i consumatori destinano circa

<sup>3</sup> I dati Istat di Contabilità nazionale classificano la spesa in tre grandi componenti: servizi ambulatoriali (cure odontoiatriche, visite mediche specialistiche e generiche, analisi cliniche, esami radiologici, servizi ausiliari e cure termali), prodotti medicinali, articoli sanitari e materiale terapeutico (inclusi i ticket) e servizi ospedalieri. Dati più analitici possono essere desunti dall'Indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat, la cui classificazione risponde a criteri diversi da quelli di contabilità nazionale ma le cui informazioni sono in linea di massima coerenti con i dati aggregati.

<sup>4</sup> Il super ticket è stato introdotto dall'art. 17, comma 6, del d.l. n. 98 del 6/7/2011, convertito con modificazioni nella legge 111 del 15/7/2011.

12 miliardi; gli acquisti si distribuiscono su una pluralità di voci, nessuna delle quali risulta prevalere: farmaci di classe C, presidi medico chirurgici, parafarmaci e prodotti di automedicazione. Dopo i medicinali, la voce di spesa più rilevante è quella riferita alle visite odontoiatriche: 4,5 miliardi. Il dato si riferisce alla voce «visita medica dal dentista» come rilevato dall'Indagine Istat sui Consumi delle famiglie (Istat, 2015) e sembra non comprendere le spese per protesi e apparecchi dentali. In realtà la cura dei denti assorbe probabilmente una quota più rilevante dei bilanci delle famiglie, come mostrano anche le stime dell'Agenzia delle entrate per gli studi odontoiatrici e i servizi odontotecnici che indicano un fatturato complessivo pari a circa 7,7 miliardi ([www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it)). In ogni caso, i dati Istat mostrano un settore in difficoltà: nel 2007 (ovvero prima della crisi economica) la spesa per il dentista era superiore di ben il 50% rispetto a quella del 2013, una conferma della propensione dei cittadini a risparmiare soprattutto sulla spesa odontoiatrica. La spesa sostenuta dai cittadini che scelgono di accedere al servizio pubblico ma pagano una parte del costo dello stesso è stimabile in circa 4 miliardi, di cui oltre 2 per ticket su farmaci e specialistica, 0,9 per farmaci con prezzo superiore a quello rimborsato e oltre 1 miliardo per intramoenia. Con riguardo alla spesa sanitaria privata sono necessari due approfondimenti. Il primo attiene al rimborso fiscale riconosciuto a coloro che evidenziano le spese nella dichiarazione dei redditi, pari di norma al 19% delle stesse al netto della franchigia. Il secondo attiene alle coperture assicurative e ai fondi sanitari attraverso i quali è intermedia una parte della spesa privata.

### *3. Le agevolazioni fiscali a favore delle spese private*

Nel 2013, circa metà della spesa privata è stata portata in detrazione in occasione della dichiarazione dei redditi (15,6 miliardi)<sup>5</sup>. Gli italiani che hanno dichiarato spese sanitarie detraibili sono 16,7 milioni (il 41% del totale dei contribuenti) e ognuno di loro ha evidenziato mediamente 930 euro di spese sanitarie detraibili<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Il confronto tra spese dichiarate a fini fiscali e spesa privata non è immediato, ma i dati aggregati sono sufficienti a consentire una stima del fenomeno.

<sup>6</sup> Il dato (fonte [www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it)) si riferisce al totale delle spese sanitarie, delle spese sanitarie per portatori di handicap e per l'acquisto di cani guida

Si noti che, mentre negli ultimi anni la crescita della spesa sanitaria privata ha registrato una battuta di arresto (in analogia con quanto avvenuto per i consumi generali), il ricorso alle agevolazioni fiscali è in continua crescita, segno di una maggiore attenzione da parte degli aventi diritto a seguire le procedure per vedersi riconoscere la detrazione. Nel periodo 2008-2013, il numero di contribuenti che hanno presentato richiesta di detrazione fiscale è aumentato complessivamente di 3,4 milioni (+25%); il dato è particolarmente significativo se si tiene conto che nello stesso periodo il numero totale dei contribuenti che hanno presentato la dichiarazione dei redditi si è ridotto di 800 mila unità (-2%). Le detrazioni sono in crescita sostanzialmente in tutte le regioni e in tutte le classi di reddito.

Tabella 2 - Spese sanitarie evidenziate nelle dichiarazioni dei redditi (2008-2013)

Anno	Numero totale contribuenti	Totale spese sanitarie, spese sanitarie per portatori di handicap e spese per acquisto cani guida			
		Frequenza*		Ammontare (euro)	
		Numero	%	Totale (000)	Medio
2008	41.802.902	13.361.823	32	11.950.685	894
2009	41.523.054	14.172.055	34	12.678.153	895
2010	41.547.228	15.002.250	36	13.605.890	907
2011	41.320.548	15.684.283	38	14.382.963	917
2012	41.414.154	16.400.628	40	15.204.903	927
2013	40.989.567	16.731.808	41	15.580.805	931

\* Contribuenti che hanno evidenziato spese sanitarie detraibili (in assoluto e in percentuale sul totale dei contribuenti dell'anno di riferimento).

Fonte: elaborazione a cura dell'autrice su dati Agenzia delle entrate, [www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it).

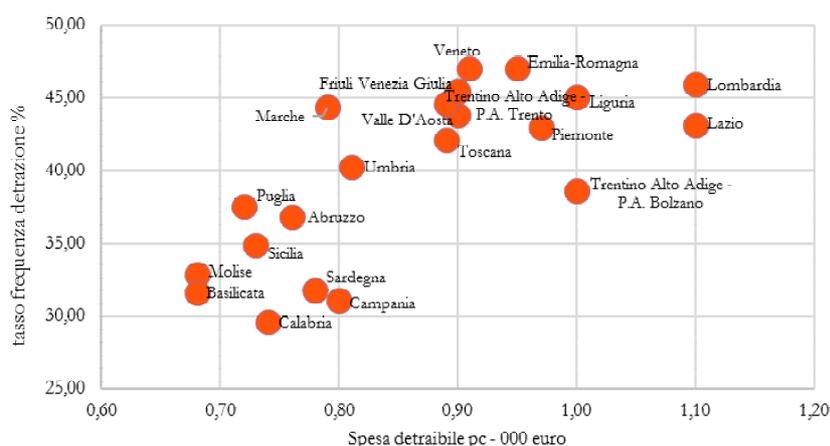
La richiesta di detrazione fiscale presenta notevoli differenze per classe di reddito: è rara fra coloro che dichiarano redditi irrisori (5-6% fra i contribuenti con reddito fino a 3 mila euro) mentre è molto diffusa fra i redditi elevati (71% fra i redditi superiori a 200 mila euro). Ne ri-

evidenziate nella dichiarazione dei redditi dei vari anni. A partire dal 2013 le spese sanitarie per le quali spetta la detrazione del 19 per cento sono indicate per l'intero importo, al lordo della franchigia di 129,11 euro.

sulta una forte concentrazione delle agevolazioni a favore dei ceti medi e medio-alti, più interessati ai consumi sanitari privati e più in grado di sostenerne la spesa<sup>7</sup>.

Differenze si registrano anche fra le regioni: la frequenza delle richieste è più elevata in Veneto, Emilia Romagna e Lombardia (oltre il 45%) mentre è più contenuta in Campania e Calabria (intorno al 30%). La spesa portata in detrazione è più elevata al Nord (oltre 1.100 euro pro capite in Lombardia e Lazio) e più contenuta nel Mezzogiorno (meno di 700 euro in Basilicata e Molise). In generale si osserva una relazione positiva fra spese portate in detrazione e la frequenza delle stesse.

Figura 1 - Spesa sanitaria detraibile e detrazioni fiscali per regione (anno 2013)



Fonte: elaborazione a cura dell'autrice su dati Agenzia delle entrate ([www.agenziaentrate.gov.it](http://www.agenziaentrate.gov.it)).

La detrazione costituisce una sorta di sussidio fiscale a favore di chi ricorre al mercato privato delle prestazioni sanitarie. Dati puntuali sul risparmio di imposta conseguente a tale agevolazione non sono disponibili. Una stima può essere effettuata ipotizzando che tutte le spe-

<sup>7</sup> La materia è trattata in profondità in Dirindin, 1996, Cap V.

se, al netto della franchigia, siano detraibili al 19%<sup>8</sup>. Ne risulta, per il 2013, un risparmio di imposta stimabile in almeno 2,5 miliardi di euro. A tale risparmio di imposta (per il contribuente) corrisponde un minor gettito per le finanze pubbliche: dal punto di vista del finanziamento, il sistema pubblico destina 2,5 miliardi di euro per sussidiare coloro che acquistano prestazioni sanitarie sul mercato privato.

Più in generale, la dimensione delle spese portate in detrazione (oltre 16 miliardi di euro) contribuisce a smentire il luogo comune secondo il quale la spesa privata è inefficiente e poco intermediata: i consumatori si avvantaggiano di una sorta di «intermediazione fiscale», cui possono ricorrere sostanzialmente a costo zero (salvo il costo della dichiarazione dei redditi) e dalla quale possono ottenere un rimborso fino al 19% della stessa.

#### 4. *Le coperture assicurative private e i fondi sanitari*

Piuttosto complesso è il tema del ruolo svolto dalle coperture assicurative e dai fondi sanitari nell'ambito della sanità privata. Mancano infatti dati certi con riguardo a tutti i suoi principali aspetti: numero e tipologia di persone interessate, dimensioni del settore (premi e contributi raccolti, rischi protetti, agevolazioni fiscali riconosciute, costi di gestione), entità e composizione delle spese sanitarie rimborsate. Le informazioni disponibili sono parziali, provenienti da fonti differenti, limitate nei contenuti e difficilmente confrontabili. La scarsa conoscenza del fenomeno appare in netta contraddizione rispetto all'enfasi posta sui presunti benefici dei fondi sanitari ed è segno di mancanza di trasparenza nella gestione degli stessi. Anche i dati riferiti a singoli fondi (quando indagati in dettaglio) non riportano mai le informazioni utili a comprendere il costo effettivo della intermediazione finanziario-assicurativa, tema di fondamentale importanza per valutare i pro e i contro delle scelte a disposizione del consumatore.

Di seguito una sintesi dei pochi elementi utili per iniziare a inquadrare il problema.

Una prima informazione di carattere generale è desumibile dalle ela-

<sup>8</sup> Le spese sanitarie per le persone con disabilità e le spese per l'acquisto di cani guida, di entità non note ma sicuramente contenute rispetto al totale, sono soggette a agevolazioni in parte diverse dalla generalità dei casi.

borazioni Oecd (2015) dalle quali risulta che la componente *out of pocket* (sostenuta direttamente dai cittadini) rappresenta circa l'82% della spesa privata mentre la voce *assicurazioni private* (sostenuta attraverso l'intermediazione di assicurazioni o altre imprese o organizzazioni private) assorbe il restante 18%<sup>9</sup>. Sulla base di tali considerazioni si può ritenere che dei 33 miliardi di spesa privata, circa 6 miliardi siano sostenuti attraverso le varie tipologie di intermediazione, stima da utilizzare con estrema prudenza, ma indicativa dell'ordine di grandezza del fenomeno.

Con riguardo alla spesa sostenuta dalle famiglie per le polizze malattia, alcune utili informazioni possono essere tratte dalle statistiche dell'Ania, Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici.

Nel 2015, l'ammontare complessivo dei premi del ramo malattia riscossi dalle imprese di assicurazione è pari a 2,1 miliardi di euro. Il dato comprende i premi versati da singoli cittadini (per polizze individuali e familiari) e quelli versati da datori di lavoro (per coperture a favore dei propri dipendenti); non comprende i contributi versati a fondi o casse che non si rivolgono alle imprese assicuratrici (una componente crescente delle coperture integrative). Secondo l'Ania, la maggior parte dei premi (68%) è costituita da polizze collettive, una parte importante delle quali è stipulata da «casse sanitarie privatistiche o da aziende in favore dei propri dipendenti».

Le statistiche dell'Ania forniscono dati significativi anche con riguardo alla gestione delle polizze. Con riferimento al ramo malattia, le spese di gestione<sup>10</sup> risultano pari al 25,8% dei premi contabilizzati (*expense ratio*), una percentuale che conferma gli elevanti costi connessi alla gestione delle coperture assicurative, anche in ragione della frequente interazione con gli assistiti e dell'elevata specificità tecnica del contatto con gli assicurati. In generale, l'Italia è fra i paesi con i più alti valori dell'*expense ratio*, per di più in lieve aumento.

Con riferimento al trattamento fiscale delle polizze assicurative, è necessario distinguere fra le diverse tipologie di coperture. I premi ver-

<sup>9</sup> Oecd, 2015. La spesa *out of pocket* comprende anche la compartecipazione alla spesa. Le percentuali risultano dalla media degli ultimi tre anni disponibili.

<sup>10</sup> Spese per l'acquisizione dei contratti, la riscossione dei premi, l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva e spese di amministrazione relative alla gestione tecnica. Per maggiori informazioni si rinvia al sito internet: [www.ania.it](http://www.ania.it).

sati come corrispettivo di una polizza *individuale* non godono di alcun trattamento agevolato, ma gli assicurati possono beneficiare delle detrazioni al 19% anche per le spese rimborsate dalla compagnia di assicurazione. I premi versati a *fondi sanitari gestiti da una compagnia di assicurazione* sono soggetti allo stesso regime fiscale riconosciuto ai fondi: i contributi versati sono deducibili fino al tetto annuo di 3.615,20 euro, a condizione che il fondo abbia la natura di «fondo integrativo del Ssn» (cosiddetti fondi Doc) o operino «in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale»<sup>11</sup>. I premi versati per polizze a copertura dei rischi della *non autosufficienza* beneficiano della detrazione d'imposta del 19% fino a un importo massimo annuo di 1.291,14 euro<sup>12</sup>.

La varietà dei trattamenti fiscali e la carenza di dati di dettaglio rendono impossibile stimare il risparmio di imposta di cui beneficiano i contribuenti in ragione delle agevolazioni fiscali previste per le coperture assicurative. Considerato il peso delle polizze collettive stipulate dalle aziende a favore dei propri dipendenti (secondo l'Ania, la maggior parte dei premi per polizze collettive) e la maggiore diffusione delle assicurazioni presso le classi più ricche della popolazione (dati Banca d'Italia) è ipotizzabile un risparmio di imposta di dimensioni non irrisorie, a favore dei ceti medi e medio-alti, tanto più elevato quanto più alto è il reddito imponibile.

Ancor più complessa è la stima del risparmio di imposta connesso alle agevolazioni fiscali riconosciute alle varie tipologie di *fondi sanitari*. Come noto, si tratta di centinaia di fondi, casse e assicurazioni molto eterogenee (quanto a coperture, premi, gestione delle attività, erogazione delle prestazioni), spesso collegate in un sistema di scatole cinesi, che coprono circa 6 milioni di iscritti per 11 milioni di assistiti (il dato non è reperibile in alcuna fonte ufficiale ed è quindi da considerarsi di prima approssimazione). Grazie alle agevolazioni fiscali i fondi contrattuali appaiono vantaggiosi per tutti: la copertura sanitaria costa

<sup>11</sup> Ai cd. fondi Doc (fondi sanitari integrativi del Ssn, articolo 9 del decreto legislativo 502/1992 e s.m.i.) si applica l'articolo 10 del Testo unico delle imposte sui redditi (Tuir). Ai cd. fondi non Doc (enti, casse, società di mutuo soccorso ecc. che raccolgono contributi per garantire coperture sanitarie a favore di lavoratori dipendenti) si applica l'articolo 51 del Tuir, d.p.r. 917/1986, comma 2 lettera a).

<sup>12</sup> Il trattamento fiscale è analogo a quello previsto per le polizze vita, invalidità permanente e infortuni.

infatti all'azienda meno rispetto a un parallelo aumento in busta paga e costa meno anche al lavoratore. In realtà le agevolazioni costano alla finanza pubblica, ovvero alla generalità dei contribuenti, e producono effetti redistributivi a carico di chi non partecipa ad alcun fondo sanitario. Il che appare discutibile sotto il profilo dell'equità. I fondi producono infatti importanti discriminazioni, in primo luogo a favore di chi è occupato (rispetto a chi non lo è) e in secondo luogo a favore dei lavoratori dipendenti con reddito medio alto, fortemente omogenei come categoria, con maggiori capacità negoziali e interessati a contrattare integrazioni salariali sotto forma di *fringe benefits*. Producono inoltre iniquità nell'accesso alle cure e inefficienze nel mercato delle prestazioni (ad esempio la rimborsabilità dei ticket o delle prestazioni inappropriate depotenzia l'efficacia delle politiche di riduzione del sovra-consumo).

##### 5. Prime considerazioni conclusive

Ormai da parecchi anni la sanità pubblica si sta indebolendo, complice l'indifferenza e il disimpegno sempre più diffusi nei confronti di restrizioni economiche che, accolte con rassegnato distacco rispetto al diritto fondamentale alla tutela della salute, aggravano le difficoltà di accesso alle cure di molti cittadini e mettono a dura prova una certezza che credevamo ormai acquisita, quella di poter contare in un sistema in grado di curarci senza costringerci a fare i conti con i bilanci familiari. In tale contesto, paradossalmente, il tema più dibattuto non è quello delle disuguaglianze che ne conseguono (di fronte alla malattia e, recentemente, persino di fronte al rischio di non poter accedere a trattamenti salvavita) bensì quello della inefficienza della spesa sanitaria privata e della presunta necessità di una maggiore intermediazione finanziario-assicurativa. Su tale tema, molte affermazioni discendono da luoghi comuni incapaci di mettere a fuoco il vero quesito cui dovremmo dare risposta: quali soluzioni sono praticabili nell'interesse dell'individuo e della collettività? L'analisi effettuata consente alcune prime considerazioni.

In primo luogo giova ricordare che, attualmente, la spesa privata è per metà oggetto di rimborso fiscale (fino al 19%) e per quasi un altro quinto oggetto di rimborso da parte di assicurazioni o fondi sanitari. Vero è che i due rimborsi non si sommano, ma ciò che resta a *totale*

carico del cittadino sono voci di spesa trascurate dal sistema pubblico così come dal sistema privato, sulle quali sarebbe necessario un serio approfondimento.

I dati mostrano una modesta diffusione, nel nostro paese, dell'assicurazione di malattia e dei fondi sanitari, fenomeno in gran parte riconducibile alla loro particolare onerosità per il cittadino per almeno tre ragioni. Anzitutto perché la maggior parte dei rischi, specialmente quelli più catastrofici per i bilanci delle famiglie, sono tutelati all'interno del sistema pubblico grazie alla fiscalità generale, ovvero grazie alla ripartizione fra tutti i contribuenti del relativo onere (in base al principio «paga chi può a favore di chi ha bisogno»). Secondariamente perché le spese sostenute nel mercato privato delle prestazioni sanitarie godono di un regime fiscale agevolato che garantisce al cittadino un *rimborso* fino al 19% della spesa sopportata, agevolazione cui – salvo casi eccezionali – il cittadino deve rinunciare qualora decida di partecipare a fondi assicurativi o polizze di gruppo. Infine, perché qualunque forma di intermediazione presenta costi di gestione molto elevati che impongono il pagamento di un premio o di un contributo pari ad almeno 1,5 volte il valore dei sinistri coperti a causa delle sole spese amministrative e ben oltre 1,5 volte se si considerano anche le riserve e l'eventuale profitto. La scarsa disponibilità dei cittadini a partecipare a coperture ulteriori rispetto a quella pubblica appare pertanto comprensibile e razionale.

A fronte di tali considerazioni vanno esaminati ulteriori tre aspetti. Primo, alcune voci di spesa molto impegnative per le famiglie non godono di adeguate coperture pubbliche (né tanto meno private): è il caso della non autosufficienza, rispetto alla quale è necessario individuare una strategia nazionale, a partire da alcune esperienze regionali, in grado di favorire soluzioni che rendano possibile la ripartizione degli oneri su una vasta platea di contribuenti. Secondo, i fondi sanitari sono una amalgama poco conosciuta e poco trasparente; godono di agevolazioni fiscali perché destinati a proteggere gli individui contro una spesa incerta, ma in realtà sono diffusi perché permettono ai datori di lavoro di moderare le richieste retributive (in particolare dei quadri e della dirigenza) e ai sindacati di incidere sui rinnovi contrattuali e sulla gestione di fondi molto consistenti. La loro estensione è comunque tale da richiedere, prima della definizione di qualunque strategia, una accurata analisi del loro funzionamento, dei vantaggi e degli oneri a essi connessi. Terzo, le agevolazioni fiscali alle coperture private e alla

spesa privata sono consistenti, gravano su tutti i contribuenti ma avvantaggiano prevalentemente i ceti medio-alti, producono iniquità nell'accesso alle cure e inefficienze nel mercato delle prestazioni. L'intermediazione della spesa privata sembra pertanto una terapia destinata a ingigantire, più che a risolvere, i problemi di equità e di efficienza più volte sottolineati da chi ne propone il suo sviluppo.

In breve, l'idea che l'intermediazione finanziaria (e il welfare aziendale) siano una risposta alle difficoltà del nostro sistema di tutela della salute è illusoria e priva di fondamento quando giudicata dal punto di vista dei cittadini. Essa è la risposta alle difficoltà del mercato dell'intermediazione finanziario-assicurativa (alla continua ricerca di settori profittevoli) e a quelle del mercato dell'industria della salute (che mal sopporta le sforbiciate alla spesa sanitaria pubblica). Approfondire serenamente tali aspetti sarebbe indispensabile per aiutare il sistema a essere meno indifferente, meno disimpegnato, meno rassegnato alla decadenza e, al contrario, più reattivo e costruttivo anche in tempi di crisi.

### *Riferimenti bibliografici*

- Ania, *L'assicurazione italiana, 2015-2016*, disponibile al sito internet: [www.ania.it](http://www.ania.it).  
Calamandrei P., 1955, *Discorso sulla Costituzione agli studenti di Milano*, 26 gennaio, disponibile al sito internet: [www.qualcosadisinistra.it](http://www.qualcosadisinistra.it).  
Istat, 2016, *Annuario Statistico Italiano 2015*, Roma.  
Istat, 2015, *Indagine sulle spese delle Famiglie 2014*, disponibile al sito internet: [www.istat.it](http://www.istat.it).  
Gruppo Remolet di Agenas (Nota a cura di C. Cislighi e A. Sferrazza), 2013, *Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica*, Monitor, anno XII, n. 33, pp. 92-103.  
Dirindin N., 1996, *Chi paga per la salute degli italiani?*, il Mulino, Bologna.  
Oecd, 2015, *Health Statistics 2015*, disponibile al sito internet: [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

RPS

Nerina Dirindin

