

Fondi sanitari e policy drift. Una trasformazione strutturale nel sistema sanitario nazionale italiano?

Marco Arlotti, Ugo Ascoli e Emmanuele Pavolini

RPS

L'articolo analizza l'espansione in Italia dei fondi sanitari integrativi, finalizzati (teoricamente) a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle erogate dal Servizio sanitario nazionale. Tale espansione è stata sostenuta da vari fattori, fra cui lo sviluppo significativo degli schemi di welfare occupazionale nel corso degli ultimi anni. L'ipotesi principale avanzata nell'articolo è che aspetti positivi e negativi sembrano essere associati a questo fenomeno. Infatti, da un lato, i fondi sanitari integrativi hanno garantito

una più ampia copertura nell'accesso alle cure per una parte significativa della popolazione italiana.

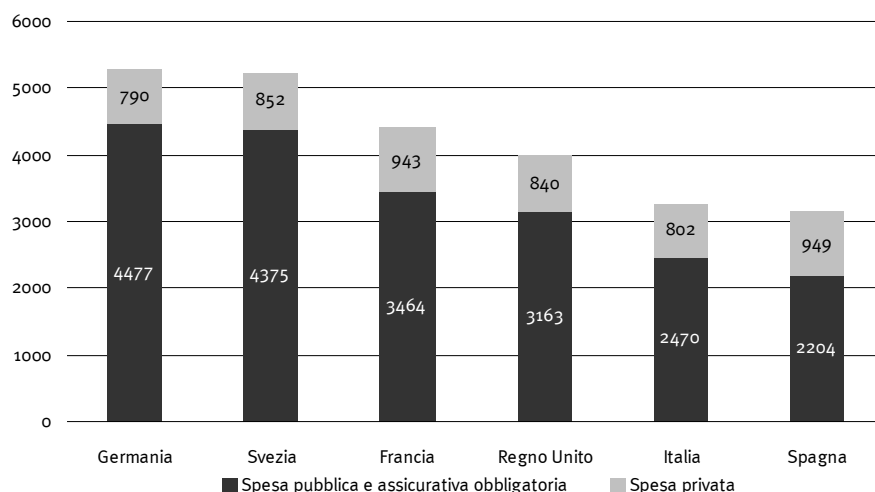
Dall'altro lato, tuttavia, è emerso un impatto negativo in termini di differenziazione e dualizzazione fra categorie, a cui si aggiunge il rischio che, dato il crescente ruolo sostitutivo delle prestazioni erogate dai fondi sanitari integrativi, tali schemi possano trasformarsi in uno strumento per scardinare l'universalismo del Servizio sanitario nazionale, attraverso una dinamica di policy drift.

1. Introduzione: la situazione italiana e le domande di ricerca

Nel panorama europeo e, in particolare, nell'Europa occidentale, il Servizio sanitario nazionale (d'ora in avanti: Ssn) italiano si distingue per un livello di spesa pubblica relativamente basso. Tale minore investimento pubblico non è compensato dalla spesa privata: quest'ultima raggiunge, infatti, livelli inferiori rispetto ai principali paesi europei (cfr. figura 1).

Nonostante il Ssn costi meno di altri sistemi sanitari europei, il dibattito italiano sia negli anni prima della crisi del 2007-08 e soprattutto a partire da quelli successivi e più recenti è stato dominato dal timore sull'insostenibilità dei costi. Praticamente tutti i governi che si sono succeduti dal 2008 in poi hanno messo al centro della loro azione la sostenibilità finanziaria del Ssn e il contenimento della spesa, mentre al tema della qualità e dell'accesso al Ssn è stata dedicata un'attenzione scarsa o limitata, come emerge anche dai documenti di programmazione (Jessoula e al., 2017).

Figura 1 - Livello della spesa sanitaria pubblica e privata pro capite (dollari a parità di potere di acquisto; anno 2015)



Fonte: Oecd Health Data, 2016 (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>).

Accanto a una spesa pubblica pro capite, così come a un'incidenza sul Pil di tale spesa, inferiori alla media dei paesi dell'Europa occidentale e a un'attenzione quasi ossessiva per i conti pubblici nel settore, il sistema sanitario italiano presenta una terza peculiarità: una spesa privata fondamentale a carico diretto degli utenti (la spesa *out of pocket*) e poco orientata, invece, verso forme di spesa collettiva tramite assicurazioni o fondi privati. Secondo le statistiche Oecd riferite al 2014 (Oecd, 2016) solo il 2,2% della spesa sanitaria totale italiana era veicolata tramite fondi e assicurazioni a fronte del 5,7% della Gran Bretagna o del 5,5% della Spagna.

Le politiche di contenimento della spesa sanitaria pubblica degli ultimi anni in sanità, accompagnate dalla scarsa diffusione di forme collettive di copertura per la spesa privata, sono alla base di uno dei fenomeni più interessanti e, in prospettiva, potenzialmente rilevanti nel quadro della sanità italiana: il diffondersi dell'esperienza dei fondi sanitari.

Per fondi sanitari possiamo intendere l'insieme dei fondi, fiscalmente agevolati, che erogano prestazioni teoricamente aggiuntive rispetto a quelle erogate dal servizio sanitario pubblico (si veda ad esempio Thomson, Foubister e Mossialos, 2009): vengono definiti «chiusi» quando sono

collegati ai contratti nazionali, categoriali, aziendali; «aperti» quando sono il frutto di decisioni del singolo cittadino.

Granaglia (2010) individua almeno due tipi di vantaggi che i fondi sanitari possono portare al welfare sanitario nel suo complesso: *equità* ed *efficienza*. Una maggiore equità potrebbe essere raggiunta tramite l'impiego di fondi, visti i problemi di sostenibilità finanziaria del sistema sanitario pubblico: «In questo contesto, nuove forme miste di finanziamento, pubblico e privato, permetterebbero di evitare tagli espliciti o impliciti delle prestazioni (sotto forma di code e diminuzione della qualità), così contribuendo alla soddisfazione di finalità collettive» (*ivi*, p. 235). Ugualmente una maggiore efficienza sarebbe raggiunta grazie a una serie di fattori fra cui la socializzazione del rischio, che i fondi portano con sé, permettendo di ripartire meglio i costi rispetto a un modello di spesa sanitaria privata, quale quello prevalente oggi, che mette in carico ai singoli e alle famiglie l'esborso di prestazioni nel momento in cui si verificano. Migliori rapporti fra qualità e prezzo dovrebbero derivare dalla possibilità di mettere in competizione, da un lato, i fondi, da parte delle aziende e dei lavoratori che scelgono a quali di questi iscriversi; dall'altro gli erogatori, da parte dei fondi che scelgono e contrattano i pacchetti di prestazioni sanitarie (Oecd, 2004; Thomson e Mossialos, 2006).

Inoltre, in tutti quei casi in cui, come avviene largamente in Italia, i fondi sanitari hanno origine da contrattazione aziendale o categoriale, si possono ottenere due ulteriori risultati. Da un lato, il costo di finanziamento del fondo per i privati viene in parte spostato dai cittadini alle imprese, che contribuiscono economicamente per ogni loro lavoratore iscritto. Dall'altro, le aziende potrebbero avere ritorni in produttività se i fondi assicurano prestazioni che, per la loro natura, migliorano la salute media dei lavoratori o dei loro familiari (attraverso attività di prevenzione nel primo caso, e di sostegno alla disabilità e alla non autosufficienza nel secondo), oppure facilitano la conciliazione tra cura e lavoro.

Una parte della letteratura economica avanza, tuttavia, una serie di dubbi sulla bontà complessiva del processo di rafforzamento dei fondi sanitari. Le critiche si concentrano su due aspetti, che appaiono in buona parte speculari a quelli sottolineati fra i vantaggi: *sostenibilità* ed *equità*.

Sempre Granaglia (2010), rifacendosi a tale letteratura, fa notare infatti come vi siano molteplici rischi sanitari (ad esempio legati all'odontoiatria e all'igiene orale) e socio-sanitari (ad esempio relativi ai bi-

RPS

XXXXXXXXXXXX

RPS

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

sogni di cura per la non autosufficienza) per i quali una copertura tramite i fondi male si presta a coprire costi quasi certi nel tempo (come nel primo caso) e fortemente rilevanti sotto il profilo economico (come nel secondo). In queste condizioni il rischio è che per ragioni di sostenibilità economica delle proprie casse i fondi debbano coprire solo una parte limitata dei costi (sia tramite i massimali/franchigie previsti per il rimborso della spesa sostenuta dagli iscritti sia tramite vincoli di età massimi nell'accesso alle prestazioni, sapendo che con il progredire degli anni e soprattutto in età avanzata i costi sanitari crescono), e/o operare una forte selezione all'entrata dei potenziali iscritti (tramite forme di *adverse selection*), come pure decidere di coprire solo alcuni rischi sanitari (tramite forme di *cream skinning*) (Barigozzi, 2006).

Un secondo rischio è legato alle potenziali conseguenze del funzionamento dei fondi sull'equità o, in questo caso, sull'inequità degli stessi (Granaglia, 2010; Oecd, 2009). L'accesso ai fondi da parte dei cittadini è connesso potenzialmente al possesso di risorse economiche tradizionali o al posto di lavoro. Innanzitutto le persone con un discreto livello di benessere economico possono iscriversi ai fondi a loro spese, comportamento che risulta più arduo da seguire per le persone con ridotte possibilità economiche. Una seconda strada che si sta maggiormente diffondendo in Italia riguarda, invece, coloro che hanno accesso ai fondi tramite la propria azienda. I vantaggi in quest'ultimo caso sono in genere di doppia natura: una parte del costo è coperto dall'impresa e, quindi, risulta più basso per il lavoratore; il costo medio dei contributi è in genere più contenuto di quello ottenibile sul mercato, visto che il fondo aziendale o categoriale può contrattare prezzi migliori con gli erogatori, a fronte del pacchetto di risorse e di potenziali utenti che rappresenta.

Se l'accesso ai fondi è legato al possesso di una delle due risorse appena citate, il rischio è che si introducano nuove forme di disegualianza nelle tutele (Granaglia, 2010, p. 241): «da un lato, vi sono i fortunati, fra i lavoratori, che riescono a godere delle tutele di un nuovo *welfare* occupazionale, come nella prospettiva titmussiana dell'*industrial achievement model*, dove l'accesso al mercato del lavoro diventa titolo di merito per accedere anche a tutele integrative. Da un altro lato, vi sono coloro che hanno le risorse per accedere a fondi aperti, che rischiano di essere assai costosi. Da ultimo, vi è il grosso dei cittadini che resta senza tutele».

Nel panorama italiano, accanto a studiosi dubbiosi sui benefici dei

fondi (Carrieri, 2009; Granaglia 2010), ve ne sono altri maggiormente propensi a ritenere questi istituti dei pilastri su cui far reggere il welfare sanitario del futuro (Pammolli e Salerno, 2008).

Lo scopo del presente saggio è discutere i vantaggi e gli svantaggi derivanti dai fondi sanitari a partire da come in concreto si sta strutturando il panorama italiano, soprattutto a seguito del forte rilancio avviato nel 2008, pur nella difficoltà oggettiva di raccogliere dati su un fenomeno relativamente recente. A tal fine si è studiato, attraverso un'analisi di dati secondari e di informazioni qualitative raccolte in ricerche condotte nel corso degli ultimi anni (cfr. Pavolini e al., 2013), il funzionamento concreto di una serie di fondi.

Le ipotesi che hanno guidato lo studio sono le seguenti:

- ♦ una parte del «successo», inteso in termini di diffusione, che i fondi stanno avendo in questo momento in Italia riguarda meno i mutamenti nelle politiche sanitarie in senso stretto e più quanto sta avvenendo nel campo delle relazioni industriali;
- ♦ i vantaggi e gli svantaggi che i fondi sanitari possono avere nel contesto italiano, e il prevalere degli aspetti negativi su quelli positivi o viceversa, sono strettamente collegati al contesto istituzionale e di riforma delle politiche sanitarie all'interno del quale l'esperienza dei fondi si colloca così come al tipo di regolazione;
- ♦ fra i rischi principali vi sono: a) un'accentuazione del modello particolarista-frammentato tipico del welfare italiano (Ascoli e Pavolini, 2015); b) un parziale «ritorno al passato», precedente al 1978, in cui la sanità aveva un impianto «categoriale/occupazionale» e non «universalistico»; c) un abbassamento complessivo della copertura pubblica in sanità, operato in maniera indiretta e non dichiarata; d) il posponimento di una seria discussione sulla copertura adeguata da riservare a «nuovi rischi sociali» (Taylor-Gooby, 2004).

Si tenterà di testare la validità di tali ipotesi a partire dal paragrafo 3. Prima di fare ciò, si introdurrà brevemente la normativa italiana sui fondi sanitari, in modo da offrire le coordinate esatte di come tale fenomeno si configuri in Italia.

2. La normativa sui fondi sanitari in Italia

I fondi sanitari si configurano nella normativa italiana come forme di mutualità volontaria istituite con il decreto legislativo n. 229 del 1999

(la cosiddetta «Riforma Bindi» della sanità italiana), anche se erano già stati precedentemente delineati nel 1986 (d.p.r. n. 917 del 22 dicembre 1986) e nel 1992 (d.lgs. n. 502)¹. Nel decreto del 1999 si esplicitava la loro natura «integrativa» rispetto al Ssn e anche l'ambito di applicazione: aree assistenziali gestite da strutture accreditate e copertura di quella parte di spese, a carico del cittadino, per le prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e per le prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture residenziali o semi-residenziali accreditate o in forma domiciliare. Vengono previste, quindi, fra le prestazioni erogabili dai fondi anche le visite e la diagnostica ambulatoriale con scelta del medico, scelta dell'équipe chirurgica, camere a pagamento, purché erogate in regime di *intramoenia*, ovvero privatamente, ma all'interno di strutture pubbliche.

Nella normativa italiana l'aggettivo «integrativo» assume, quindi, un duplice (e ambiguo) significato: una garanzia di copertura di prestazioni al di fuori del Ssn, in qualche modo aggiuntive e supplementari all'assistenza pubblica; la copertura di oneri a carico dell'utente dentro il Ssn quali ticket, pagamento per prestazioni libero-professionali *intramoenia* e prestazioni di maggior comfort (quali, ad esempio, la camera singola, ecc.), e perciò si configurano in questo senso come forme assicurative complementari all'assistenza pubblica.

Sono tre gli elementi che caratterizzano i fondi: l'impossibilità di operare forme di selezione all'entrata; l'assenza di discriminazione nei premi da pagare; la non concorrenzialità con il Ssn, anche se la possibilità di copertura di oneri a carico dell'utente dentro il Ssn pone alcuni problemi sotto questo punto di vista.

Se la normativa del 1999 inizia a regolare in maniera più puntuale il funzionamento dei fondi sanitari, è solo con la legge finanziaria del 2008 (n. 244/2007) e, soprattutto, con i decreti applicativi del Ministero della Salute rispettivamente del 31 marzo 2008 («decreto Turco») e del 27 ottobre 2009 («decreto Sacconi») che si arriva a una svolta e al rilancio del fenomeno. In particolare, all'art. 1, co. 197 (che modifica il

¹ In particolare sia il d.p.r. 917/86 che il d.lgs. 502/92 prevedevano l'individuazione degli ambiti di intervento nei quali far rientrare le prestazioni erogate dai fondi integrativi del Ssn, così come la prescrizione che «non concorrono alla formazione del reddito, i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto, accordo o regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti dal decreto del ministro della Salute».

3.615 ?

d.p.r. 917/86), la legge 244 stabilisce che il sistema dell'assistenza sanitaria integrativa si debba basare sulle prestazioni fornite da: enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale; fondi integrativi del Ssn². L'importo massimo dei contributi deducibili deve essere complessivamente non superiore a 3,615 euro all'anno. Inoltre (cfr. decreti «Turco» e «Sacconi») viene previsto un obbligo in capo ai fondi sanitari di destinare il 20% delle risorse rispetto alla copertura di bisogni non compresi, o sostanzialmente trascurati dal Ssn, come l'assistenza odontoiatrica e le cure per la non autosufficienza (Neri, 2012). Nella normativa del 2007-09 i fondi sanitari integrativi vengono, dunque, visti come il «secondo pilastro» dell'assistenza sanitaria, enfatizzandone il carattere (formalmente) di complementarità rispetto all'assistenza sanitaria pubblica.

RPS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

3. Le caratteristiche dei fondi sanitari

3.1. La crescita vertiginosa della copertura

I fondi sanitari hanno vissuto una crescita esponenziale a partire dalla seconda parte degli anni 2000 e soprattutto in periodi più recenti. I dati forniti dall'Anagrafe dei Fondi del Ministero della Salute indicano che per l'anno 2016:

- 1) il numero complessivo dei fondi sanitari registrati era pari a 305 (290 nel 2013)³;
- 2) il numero di iscritti complessivo dichiarato dai fondi all'Anagrafe era pari a 9,1 milioni (circa il 15% della popolazione italiana) (6,9 milioni nel 2013);
- 3) il numero di lavoratori o pensionati iscritti era pari a 6,9 milioni, di cui circa 6,4 milioni composto da lavoratori dipendenti (nel 2013: 4,7 milioni), circa 500 mila lavoratori indipendenti (circa il 10% dei lavoratori indipendenti, stessa cifra circa nel 2013) e 2,2 milioni di familiari di lavoratori (nel 2013 circa 1,6 milioni).

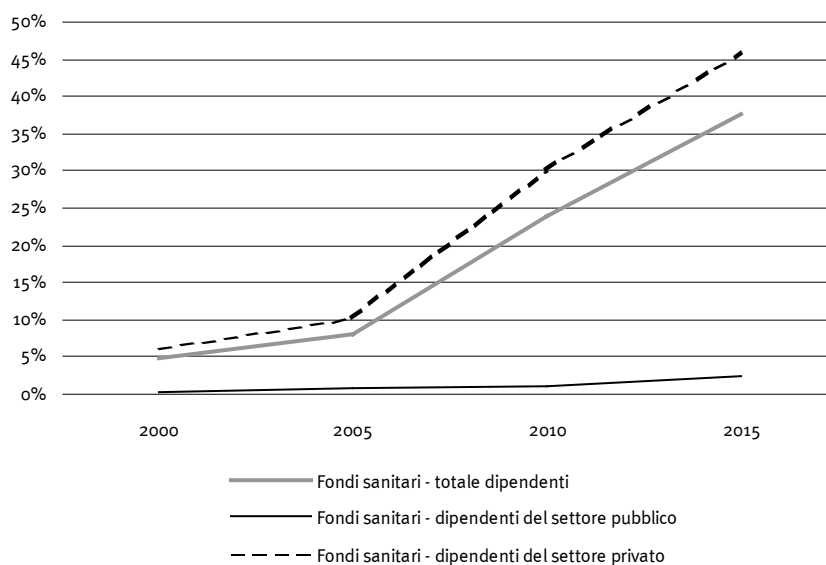
² Entrambe le categorie sono costituite in genere da enti non profit; in particolare, spesso le casse sono costituite in forma di associazione non riconosciuta, mentre i fondi integrativi tendono sovente ad assumere la forma di società di mutuo soccorso (legge n. 3818/1886).

³ I dati dell'Anagrafe al 2013 sono stati rilevati in Camilleri (2015).

RPS

Come risulta chiaro dalla figura 2, in pochi anni la copertura è passata dal 5% circa dei primi anni 2000 al 38% della metà dell'attuale decennio, con profonde differenze fra lavoratori impiegati nel pubblico e nel privato. In particolare oltre il 45% dei lavoratori dipendenti in quest'ultimo settore ha una copertura sanitaria tramite fondi. La scarsa copertura del settore pubblico va fatta risalire principalmente alla «riottosità» del datore di lavoro «Stato» a impegnarsi in tali spese, vista l'estrema difficoltà del bilancio pubblico.

Figura 2 - Tasso di copertura dei fondi sanitari in Italia nel corso del tempo per settore economico (percentuale di lavoratori dipendenti coperti sul totale dei lavoratori dipendenti)



Fonte: elaborazioni su dati in Pavolini e al. (2013) e Ministero della Salute per il 2016.

Se si guarda al periodo di fondazione, il mondo dei fondi e delle casse appare diviso in due grandi gruppi: realtà con tradizioni storiche, risalenti a prima della Riforma Bindi del 1999; enti sorti a partire dalla fine degli anni '90 (Pavolini e al., 2013). Circa la metà dei fondi è stato creato prima del 1999 (si tratta spesso di realtà che affondano le loro

origini in esperienze ottocentesche o nate nella contrattazione aziendale/di gruppo degli anni '70-80, magari in imprese pubbliche successivamente privatizzate, come nel caso dell'Eni). In genere si tratta di esperienze prevalentemente di livello aziendale o, appunto, di gruppo, sviluppate in grandi imprese nei settori «forti» dell'economia italiana (es. energetico, petrol-chimico, bancario, comunicazioni, meccanica). Come ricostruito dalle interviste a testimoni privilegiati (sindacalisti, rappresentanti del mondo delle imprese, studiosi ed esperti del fenomeno, rappresentanti istituzionali), raccolte nell'ambito di una ricerca sul welfare occupazionale (Pavolini e al., 2013), nel corso dei decenni tali fondi sono stati spesso affiancati o invece assorbiti da fondi di settore o di categoria introdotti con la contrattazione categoriale. Dopo il 1999 si assiste alla nascita di nuovi fondi, soprattutto categoriali, a seguito della contrattazione collettiva a livello nazionale. Attualmente gran parte dei lavoratori dipendenti coperti da fondi sanitari possono contare su un fondo di origine categoriale nazionale: circa il 66% del totale è membro di uno dei 55 principali fondi di tale natura⁴. In molti casi i lavoratori delle aziende più grandi beneficiano delle prestazioni di un fondo categoriale, integrate da ulteriori interventi assicurati dalla propria impresa.

3.2. I fattori alla base dell'espansione

Dalla fine degli anni '90 a quelli più recenti si nota un forte aumento nelle iscrizioni ai fondi, concentrato soprattutto nel decennio a cavallo fra il secolo passato e quello presente. Una prima domanda che ci si può porre riguarda il perché di tale dinamica di rapida crescita. La spiegazione è complessa e va in due direzioni.

Innanzitutto, il crescente successo dei fondi appare legato a un abbassamento del livello di protezione pubblica (tabella 1). In particolare la spesa pubblica pro capite in Italia è ormai pari a due terzi di quella media registrata fra i cinque paesi considerati in tabella.

Le interviste qualitative con testimoni privilegiati (cfr. *supra*) mostrano come l'offerta di fondi incontri il favore dei lavoratori in molte aziende. Le ragioni di tale successo sono da ricercare, da un lato, nell'ampio spettro di prestazioni offerte dai fondi – dalla copertura dei costi di

⁴ Elaborazioni degli autori sui dati forniti dai principali fondi sanitari di origine categoriale in Italia.

di tutta un'altra serie di *provision* (inclusi i fondi sanitari integrativi), meno costose per le aziende (rispetto a incrementi salariali netti), abbastanza facili da implementare, e utilizzate sempre più come strumenti di incentivazione del personale (cfr. Neri, 2012).

Gran parte degli intervistati concorda con tale interpretazione, come esemplificato dall'estratto dell'intervista con un rappresentante sindacale nazionale di un tipico settore manifatturiero, esposto alla concorrenza internazionale ma anche fortemente orientato alle esportazioni:

Uno dei problemi che abbiamo nel nostro settore è la concorrenza internazionale e il relativo costo del lavoro: il «welfare integrativo», inclusi i fondi sanitari, serve per dare servizi ai lavoratori, soddisfarli, senza scaricare questi *benefit* su costi diretti del salario (dove si pagano contributi, tfr, ecc.) [...] Se le imprese di un settore accettano nel contratto nazionale un aumento netto di un euro sui salari, in realtà hanno costi indiretti molto superiori all'euro (legati agli oneri sociali). Se, invece, si accordano con i sindacati per versare l'equivalente di tale euro ad un fondo sanitario, spendono addirittura meno di un euro, visto che hanno vantaggi in termini di deducibilità fiscale. I lavoratori da parte loro possono essere potenzialmente soddisfatti, visto che i fondi vanno a coprire tutta una serie di costi sanitari ingenti e poco coperti dal Servizio sanitario nazionale (ad esempio spese odontoiatriche) ma anche ticket o prestazioni in *intramoenia*.

3.3. Un sistema frammentato

La capacità di ottenere prestazioni più o meno generose dai fondi sanitari per i lavoratori è legata alla forza contrattuale del sindacato che varia a seconda dei settori economici. Il «made in Italy» tradizionale (tessile-abbigliamento, calzature, ecc.) è il settore che presenta una contenuta diffusione di fondi e, quando questi vengono istituiti, si tratta di fondi aziendali presso le imprese di maggiori dimensioni. Una situazione opposta si riscontra, invece, nell'agroalimentare, nella chimica, farmaceutica ed energia, nel commercio e nel turismo: questi sono settori in cui sono molto diffusi i fondi, ottenuti quasi sempre tramite contratti categoriali. Le banche e le assicurazioni sono il caso per eccellenza di fondi sanitari molto diffusi tramite contrattazione di gruppo e non categoriale nazionale. Inoltre sono il settore in cui più massiccia è l'adesione dei lavoratori ai fondi. Spesso tali fondi di gruppo sono stati costituiti unificando fondi sanitari preesistenti, creati all'interno di singoli istituti bancari prima che entrassero a far parte di gruppi più vasti; essi risultano quindi un portato del processo di ag-

RPS

gregazione del settore bancario e assicurativo in gruppi caratteristico degli ultimi due decenni. La metalmeccanica e gli altri servizi del terziario si situano in una situazione intermedia fra le precedenti. Va tenuto presente, comunque, che i processi sono in veloce evoluzione. L'ultimo contratto dei metalmeccanici firmato a fine 2016 prevede l'istituzione di un nuovo fondo che potrà coprire fino a circa 1,5 milioni di lavoratori, facendo lievitare ulteriormente il tasso di copertura dei fondi sanitari nel settore privato. Dato il ruolo centrale nelle dinamiche della contrattazione italiana giocato dal contratto dei metalmeccanici (spesso anticipatore di cambiamenti e tendenze che poi interessano altre categorie e contratti nazionali), il segnale arrivato a fine 2016 indica come la via dei fondi sanitari stia diventando largamente diffusa e perseguita in gran parte degli accordi firmati nel settore privato.

4. *Opportunità e rischi dei fondi sanitari*

Se analizziamo il concreto funzionamento dei fondi in Italia rispetto ai vantaggi e ai potenziali rischi, possiamo declinarlo attorno a tre concetti: in media una discreta/buona *copertura* potenziale delle spese sanitarie degli iscritti da parte dei fondi per una certa parte delle prestazioni; una forte *eterogeneità* nelle prestazioni offerte lungo linee settoriali, differenziate per qualifica professionale nel mercato del lavoro; la rilevanza di prestazioni di tipo sostitutivo e una limitata capacità di copertura rispetto a bisogni specifici che, tuttavia, assumono sempre più una rilevanza cruciale.

Mediamente le prestazioni assicurate dai fondi hanno un importo consistente, soprattutto se confrontate con il valore medio delle spese sanitarie sostenute dalle famiglie italiane (Pavolini e al., 2013).

Tuttavia i fondi risultano molto eterogenei sotto il profilo della generosità delle prestazioni rimborsabili in termini di importi e franchigie (Neri, 2012; Agostini e Ascoli, 2014). Se si tiene presente che i fondi sono costruiti in gran parte lungo linee categoriali/aziendali e di inquadramento contrattuale, si può comprendere come la loro crescita porti con sé una differenziazione nella copertura collettiva dei bisogni di salute, almeno nella sua parte non coperta dal Ssn. Tutto ciò significa che in molti casi lavoratori di stesse imprese ma differenti sotto il profilo professionale (in genere operai e impiegati da un lato, quadri e dirigenti dall'altro), lavoratori di stessi settori ma appartenenti ad aziende differenti (nel caso in cui i fondi siano aziendali), lavoratori che

operano negli stessi territori e con qualifiche simili ma appartenenti a settori differenti (nel caso dei fondi categoriali) hanno un accesso differenziato a pacchetti di prestazioni sanitarie integrative.

Un risultato «a due facce» dei fondi si ricava anche osservando chi possa avere accesso alle prestazioni, oltre ai lavoratori alle dipendenze di un'azienda (o, in alcuni casi, autonomi) nonché il tipo di prestazioni che vengono offerte. Nel primo caso, infatti, i fondi non arrivano a coprire nella gran parte delle situazioni alcune delle figure più deboli del mercato del lavoro (i soggetti in mobilità o licenziati, i lavoratori con contratti a tempo determinato), così come i pensionati ex lavoratori con più di 70 anni, escludendo quindi i principali consumatori di prestazioni sanitarie, gli anziani.

Inoltre, l'incentivazione pubblica attraverso meccanismi di agevolazione fiscale riconosciuti a favore dei fondi sanitari integrativi (cfr. par. 2 *supra*), oltre a determinare un aggravio per le finanze pubbliche, produce effetti del tutto discutibili sotto il profilo dell'equità, penalizzando chi non partecipa ad alcun fondo, oltre a favorire tendenzialmente i lavoratori con reddito più elevato (Dirindin, 2016).

Per quanto riguarda, infine, le prestazioni, una ricerca recente condotta da Rbm Salute e Munich Health (2015) su un campione di 14 fondi sanitari (che rappresentano un bacino di circa 2 milioni di iscritti) ha messo in luce che oltre il 55% delle prestazioni offerte dai fondi risultano chiaramente di tipo sostitutivo rispetto a quelle offerte dal Ssn. Particolarmente limitata appare invece la capacità di intervento dei fondi su aree specifiche di bisogno, come la non autosufficienza (Pavolini e al., 2013), su cui peraltro la stessa normativa nazionale ha cercato di incentivare l'impegno dei fondi (cfr. par. 2) a fronte della crescente rilevanza assunta da tale rischio nel quadro del processo di progressivo invecchiamento della popolazione.

5. Conclusioni

L'analisi presentata mostra un quadro di luci e ombre in merito al funzionamento e al ruolo dei fondi sanitari in Italia.

Da un lato, emerge un fenomeno molto dinamico e in rapida crescita. Nel corso di pochi anni sono fortemente aumentati i fondi attivi e i loro iscritti. Ugualmente, sotto il profilo delle prestazioni assicurabili sembra ampio il pacchetto di servizi offerti dai fondi e, in vari casi, anche molto generoso sotto il profilo degli importi potenzialmente

RPS

XXXXXXXXXXXX

rimborsabili. Tutto ciò risulta, quindi, positivo se letto in un'ottica di ampliamento dell'accesso alle cure per una fascia di popolazione ormai relativamente ampia.

Dall'altro lato, una serie di preoccupazioni, già espresse a livello teorico nella letteratura, sembrano confermate dai risultati dell'analisi.

RPS

Rispetto ad una impostazione del Ssn di tipo universalistico, il funzionamento dei fondi sembra riportare il quadro italiano a prima del 1978, perlomeno per quanto riguarda la parte «integrativa» o «complementare» della cura (Neri, 2012; Agostini e Ascoli, 2014): risultano infatti evidenti iper-frammentazione (i fondi erano oltre 300 nel 2016) e forte eterogeneità nell'accesso e nelle prestazioni, a seconda delle caratteristiche socio-lavorative e di età degli individui. La *provision* dei fondi appare sempre più sostitutiva di quella pubblica (perlomeno in termini di spesa). I tagli alla spesa pubblica rischiano di accentuare fortemente il carattere di complementarità dei fondi a scapito della loro natura di forme aggiuntive rispetto al sistema pubblico, tipica di un servizio sanitario nazionale.

Se questa tendenza dovesse consolidarsi i fondi diventerebbero effettivamente uno strumento per scardinare dall'interno una parte dell'universalismo del Ssn, funzionando proprio come un meccanismo di *policy drift*, così come descritto da Hacker (2005): pensati e definiti formalmente per innalzare il livello di copertura del Ssn, vengono trasformati tacitamente in strumenti parzialmente sostitutivi dell'intervento pubblico, in un paese che ha la spesa pubblica pro capite in sanità fra le più basse nell'Europa occidentale. Se ciò accadesse, il livello di eterogeneità nell'accesso alle prestazioni assumerebbe un carattere ben più preoccupante di quello attuale in termini di iniquità e disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

Tale rischio di *drift* è anche più forte se si considera il secondo segnale che emerge in questi anni: il funzionamento dei fondi sta diventando, sotto il profilo della spesa, poco integrativo, spesso complementare e soprattutto, in maggioranza, sostitutivo rispetto al funzionamento del Ssn. Quest'ultimo si è retto in questi suoi decenni di vita grazie a un appoggio ampio e trasversale nella popolazione italiana, che ha impedito il realizzarsi di tentativi di privatizzazione a varie riprese, soprattutto nei primi anni '90 (Vicarelli, 2005). Se una parte consistente di ceti medio e medio-alto, rappresentato da lavoratori di settori «forti» (ma non solo), iniziasse a fuoriuscire dal Ssn per via delle carenze di questo (liste di attesa troppo lunghe, eccessive compartecipazioni ai costi, ecc.), legate anche ai tagli dei fondi pubblici, potrebbe porsi pre-

sto un forte problema di legittimazione e sostegno alla sanità pubblica universalistica.

Inoltre, lo spostamento dei fondi da una logica «integrativa» a una sempre più «complementare» e, soprattutto, «sostitutiva» non pone problemi solo al Ssn ma, paradossalmente, ai fondi stessi. Questi ultimi, infatti, hanno impostato negli ultimi anni un'offerta di prestazioni, in cambio di premi da ricevere da aziende e da lavoratori, basata su un calcolo economico che prevedeva implicitamente una tenuta del welfare pubblico, non certo tagli nell'ordine di miliardi di euro. Nelle interviste effettuate a testimoni privilegiati, come responsabili dei fondi ed esperti, una delle preoccupazioni principali emerse è stata proprio il timore di non poter reggere nel tempo a un aumento di richieste di rimborsi per ticket e altre prestazioni, a seguito dei tagli alla sanità pubblica. Per i fondi, rischia perciò di aprirsi un sentiero ben intricato: da un lato, possono aumentare i premi annuali, con il rischio, però, di diventare troppo costosi per molte aziende, categorie e lavoratori; dall'altro, possono mantenere i livelli di contribuzione attuale, abbassando le prestazioni (tramite diminuzione dei massimali, aumento delle franchigie, ecc.), ma anche questa strada potrebbe incontrare l'insoddisfazione dei propri utenti.

In conclusione, se l'esperienza dei fondi va valutata come una modalità positiva di raccogliere e coordinare risorse per la sanità sotto forma collettiva piuttosto che individuale, la collocazione di tale «secondo» pilastro in un contesto di decrescente «manutenzione» del Ssn rischia di trasformare tali enti in un meccanismo di depotenziamento della copertura sanitaria non solo pubblica, ma anche dei fondi stessi. Saremmo inoltre di fronte a un potente meccanismo di ulteriore «dualizzazione» della società italiana, fra occupati e non occupati, fra dipendenti privati e pubblici e lavoratori autonomi, tra quote forti e quote deboli del mercato del lavoro, tra Nord – caratterizzato da un settore imprenditoriale più robusto – e Sud – indubbiamente assai meno caratterizzato dalla presenza di imprese medie e grandi.

Riferimenti bibliografici

- Agostini C. e Ascoli U., 2014, *Il welfare occupazionale: un'occasione per la ricalibratura del modello italiano?*, «Politiche Sociali/Social policies», n. 2, pp. 263-280.
Ascoli U. e Pavolini E. (a cura di), 2015, *The Italian Welfare State in a European Perspective*, Policy Press, Bristol.

RPS

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

- Barigozzi F., 2006, *Supplementary Insurance with «ex post» moral hazard: efficiency and redistribution*, «Annales d'Economie et de Statistique», n. 83-84, pp. 295-325.
- Carrieri V., 2009, *Cosa dobbiamo attenderci dai fondi sanitari integrativi?*, «NelMerito», 4 dicembre 2009, disponibile all'indirizzo internet: www.nelmerito.com.
- Camilleri M., 2015, *Fondi Sanitari, gli ultimi dati dal Ministero della Salute*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.giornatanazionale dellaprevidenza.it/site/home/il-punto/istituzionali/fondi-sanitari-gli-ultimi-dati-dal-ministero-della-salute.html>.
- Dirindin N., 2016, *La sanità pubblica tra indifferenza e laissez faire*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 187-201.
- Granaglia, E., 2010, *I fondi sanitari integrativi: una strada da potenziare? Alcuni rilievi critici*, in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R. e Tardiola A. (a cura di), *La sanità in Italia*, il Mulino, Bologna, pp. 497-511.
- Hacker J., 2005, *Policy Drift: The Hidden Politics of US Welfare State Retrenchment*, in Streeck W. e Thelen K. (a cura di), *Beyond continuity. Institutional Change in Advanced Political Economies*, Oxford University Press, Oxford, pp. 40-82.
- Jessoula M., Pavolini E. e Strati F., 2017, *ESPN Country Profile. Italy 2016-17*, Espn (European social policy network), Bruxelles.
- Neri S., 2012, *I fondi previdenziali e sanitari nel welfare aziendale*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3, pp. 129-144.
- Oecd, 2004, *Private Health Insurance in Oecd Countries*, Oecd, Parigi.
- Oecd, 2009, *Health care at Glance 2009*, Oecd, Parigi.
- Oecd, 2016, *Health care at Glance 2016*, Oecd, Parigi.
- Pammolli F. e Salerno N., 2008, *Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare*, Cerm, nota 3/2008, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.mefop.it/cms/doc/17776/notacerm3-08-final.pdf>
- Pavolini E., Ascoli U. e Mirabile M.L. (a cura di), 2013, *Tempi moderni. Il welfare nelle aziende in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Rbm Salute e Munich Health, 2015, *Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, Edizioni Rbm Salute, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.mefop.it/cms/doc/17777/fondi-sanitari-tra-integrazione-sostituzione-e-complementarieta.pdf>.
- Taylor-Gooby P. (a cura di), 2004, *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*, Oxford University Press, Oxford.
- Thomson S., Foubister T. e Mossialos E., 2009, *Financing Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses*, «Observatory Studies Series», n. 17, European Observatory on Health Systems and Policies, disponibile all'indirizzo internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf.
- Thomson S. e Mossialos E., 2006, *Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy*, Working Paper n. 4, LSE Health, disponibile all'indirizzo internet: <http://eprints.lse.ac.uk/28786/1/LSEHWP4.pdf>.
- Vicarelli G., 2005, *La politica sanitaria tra obiettivi annunciati e effetti inattesi*, in Vicarelli G. (a cura di), *Il malessere del welfare*, Liguori, Napoli, pp. 207-232.