

Il welfare aziendale e la sanità complementare. Alcuni costi nascosti

Elena Granaglia

Nell'arena pubblica è diffusa la tendenza a considerare le agevolazioni fiscali al welfare aziendale una win-win solution, una misura che produce benefici senza causare costi. Obiettivo dell'articolo è mettere in discussione questa posizione, focalizzando l'attenzione sulla sanità complementare. La tesi è che le agevolazioni fiscali

alla sanità complementare, lungi dal rappresentare una win-win solution, comportino due insiemi di costi.

Da un lato, creano iniquità fra coloro che ne beneficiano e coloro che, pur non beneficiandone, devono contribuire al loro finanziamento.

Dall'altro lato, potrebbero generare ripercussioni negative sul Ssn.

RPS

1. Obiezioni al welfare aziendale per la sanità complementare

In Italia, le prestazioni di sanità complementare godono, da decenni, di un trattamento di favore: entro il massimale di 3.615 euro, i contributi versati dai datori di lavoro non concorrono a formare il reddito imponibile (né del lavoratore né del datore di lavoro)¹. La Legge di stabilità per il 2016 ne rafforza la convenienza, prevedendo la totale detassazione dei premi di produttività erogati nella forma di servizi: i massimali di premio esente da tassazione e di soglia di reddito da lavoro per fruire dell'agevolazione sono rispettivamente 2.000 (2.500 in presenza di coinvolgimento paritetico dei lavoratori) e 50.000 euro. La

¹ I principali riferimenti normativi preesistenti alle norme introdotte dalle Leggi di stabilità per il 2016 e il 2017 sono il d.p.r. n. 917/86; il d.lgs. n. 502/92; il d.m. Salute del 30 marzo 2008, che introduce alcuni vincoli circa le prestazioni sanitarie che possono godere dell'agevolazione, e il decreto Sacconi del 27 ottobre del 2009 che dettaglia più specificamente i vincoli del d.m. Salute del 30 marzo 2008. Più precisamente, per godere delle agevolazioni, la sanità integrativa deve indirizzare almeno il 20% delle risorse all'offerta di prestazioni «di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti nonché prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio. Le agevolazioni previste dal d.lgs. 502/92 e dal d.m. 30.3.2008 si estendono anche ai fondi integrativi aperti.

Legge di stabilità per il 2017 innalza tali valori a 3.500 (4.000 in presenza di coinvolgimento paritetico dei lavoratori) e 80.000 euro.

La tesi che si sostiene è che le agevolazioni fiscali alla sanità complementare comportino due insiemi di costi. Il primo costituisce una vera e propria iniquità. Alcuni pagano, sotto forma di mancato gettito, prestazioni di cui non godono, ma di cui altri godono. Le agevolazioni sono, infatti, una spesa fiscale, come esplicitamente rilevato dal termine inglese di *tax expenditure*.

Il punto va rimarcato, alla luce della tendenza diffusa, nell'arena pubblica, a considerare la mera dimensione del sussidio generato dalle agevolazioni a discapito dei costi. In questa prospettiva, le agevolazioni fiscali al welfare aziendale sarebbero una *win-win solution* o, come direbbero gli economisti, un miglioramento paretiano. Alcuni ne beneficiano e nessuno sarebbe danneggiato. Opporvisi sarebbe solo espressione d'invidia contro chi ha di più o, al meglio, riflesso di un piatto ugualitarismo da parte di una sinistra passatista, cieca al ruolo del privato e delle differenze.

Che qualcuno, nel bilancio pubblico, paghi per prestazioni di cui non beneficia è realtà assai generalizzata e, in molti casi, anche abbastanza ovvia. Basti pensare ai trasferimenti a favore dei più poveri oppure agli interventi per la promozione di finalità di interesse collettivo di cui non si è direttamente beneficiari.

Il welfare aziendale a favore della sanità complementare non è, però, indirizzato ai più poveri. Non solo è limitato a chi lavora ed è dipendente, ma, all'interno di questo gruppo, favorisce maggiormente chi è più ricco. Sia la forma della deduzione sia quella dell'esenzione producono, infatti, vantaggi maggiori per i redditi più elevati. Ad esempio, con riferimento alle più recenti disposizioni, 4.000 euro non tassati valgono 1.720 euro di risparmio fiscale per chi ha un reddito di 80.000 euro (soggetto ad aliquota del 43%) e 920 per chi, con redditi inferiori, è soggetto all'aliquota più bassa del 23%. Le imprese con più di dieci dipendenti che praticano la contrattazione di secondo livello sono poi poco più del 20% e soprattutto localizzate al Nord.

Neppure il welfare aziendale a favore della sanità complementare contribuisce a finalità di interesse collettivo. Semplicemente, permette ad alcuni non poveri di accedere a più prestazioni di un bene fondamentale quali sono le prestazioni sanitarie, finanziate anche da chi non vi accede. La giustificazione equitativa sfugge.

Il che non sminuisce la presenza, nel nostro bilancio pubblico, di tante altre misure a favore di gruppi ristretti di soggetti non svantag-

giati. La presenza d'iniquità non appare, tuttavia, una giustificazione particolarmente robusta per introdurre altre.

Il secondo insieme di costi concerne i rischi di peggioramento delle prestazioni assicurate dal Sistema sanitario nazionale (Ssn). Da un lato, vi è il rischio della diminuzione delle risorse destinate al servizio pubblico. Solo per ricordare alcuni dati, il finanziamento pro capite in termini reali del Ssn è diminuito a partire dal 2010; il personale è sceso del 2% fra il 2007 e il 2013; i posti letto sono costantemente calati, arrivando ad essere, nel 2012, 3,4 per mille abitanti (la media UE-28 è di 5,3); le compartecipazioni alla spesa, fra il 2010 e il 2014, sono cresciute del 33%. L'effetto complessivo, sia esso generato dall'aumento dei tempi di attesa o dalla distanza dei servizi o dai costi delle prestazioni, è stato l'aumento, per i più poveri, del non accesso a determinate cure².

Certo, non è possibile stabilire una relazione di causalità fra la diminuzione della spesa per il Ssn e le agevolazioni alla sanità complementare. I fenomeni di concorrenza fra destinazioni alternative di risorse pubbliche non vanno, tuttavia, sottovalutati, in particolare in periodi quali gli attuali, di vincoli stringenti di finanza pubblica. In ogni caso, dirottare risorse a sostegno del welfare privato mentre si diminuiscono le risorse al welfare pubblico segnala un favore nei confronti del primo e un disfavore nei confronti del secondo. Il segnale diventa ancora più forte osservando il più complessivo apprezzamento in questi ultimi anni dimostrato nei confronti dei bonus piuttosto che dei servizi pubblici.

Da un altro lato, vi è il rischio dell'indebolimento della voce a sostegno della qualità delle prestazioni pubbliche. Chi beneficia di sanità complementare ha un'agevole alternativa qualora insoddisfatto del Ssn: l'uscita. In tal caso, le prestazioni offerte dal privato dovrebbero, ovviamente, essere sostitutive e sulla carta la sanità agevolata è integrativa. Nella realtà, però, molte prestazioni offerte sono sostitutive³.

Infine, lo sviluppo della sanità privata potrebbe comportare una progressiva riduzione/marginalizzazione del Ssn. S'ipotizzi che in futuro,

² Sul complesso dei dati presentati in questo paragrafo, cfr. Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2015. La legge di stabilità per il 2017 ha incrementato il Fsn di 2 miliardi (ora il Fondo ammonta a 113 miliardi). Il grosso dell'aumento è, tuttavia, vincolato all'incremento della spesa farmaceutica. L'aumento si accompagna, inoltre, al calo del Fondo per le Politiche sociali, e, dunque, a un aggravio di spesa per le Regioni.

³ Si veda anche Arlotti et al. in questo numero (pp. ??).

RPS

allentatesi le politiche di austerità, diventi più facile reperire risorse per finanziare l'universalizzazione di alcune prestazioni essenziali oggi non garantite, ad esempio, di odontoiatria o di contrasto alla non auto-sufficienza. Ebbene, la presenza della sanità complementare – e in questo caso l'obiezione si applica esattamente alle forme integrative – potrebbe ostacolare il processo. La causa principale concerne il consolidarsi di gruppi con interessi concentrati, mutue, assicurazioni e le tante organizzazioni che stanno proliferando attorno all'offerta di servizi di welfare aziendale, i quali perderebbero da trasformazioni in senso universalistico, come già paventato da Titmuss e come suffragato da diversa evidenza empirica⁴. A ciò si aggiungono le possibili resistenze dei beneficiari della sanità complementare abituatisi a prestazioni sociali dedicate (Larsen, 2008). Tali resistenze potrebbero essere alimentate dagli stessi interessi organizzati.

Ciò non toglie che, ad oggi, le dimensioni dell'intervento agevolativo restino ridotte. Se s'incentiva una prestazione non dovremmo, però, ipotizzarne un'estensione nel tempo?

In ogni caso, la sanità complementare inietta, in un campo che ne era stato sostanzialmente immune, i germi di una malattia presente in gran parte del nostro sistema di welfare: il particolarismo categoriale. La trasformazione appare estremamente problematica, date le tendenze in atto a un incremento delle entrate nel e delle uscite dal mercato del lavoro e, nei termini di Atkinson (1996), della detenzione di un «portafoglio di attività». Data questa realtà, più gli interventi introducono distinzioni fra aventi diritto, più aumentano i rischi di esclusione. Ricordo come proprio la ricerca di una minore differenziazione sia stata una delle ragioni utilizzate a favore del Jobs Act, misura che trova il supporto da parte di molti degli stessi sostenitori delle agevolazioni al welfare aziendale.

Non vi è, dunque, invidia nelle obiezioni al welfare aziendale in materia sanitaria. Semplicemente, le prestazioni di welfare, qualora rispondano alla soddisfazione di bisogni ritenuti importanti per tutti, a tutti vanno assicurate. Se non le si reputa importanti o se si ritiene di non avere risorse sufficienti per finanziarle, vanno lasciate alle scelte individuali senza sussidi da parte della collettività. Neppure, mi sembra, le obiezioni possono caratterizzarsi come passatiste. Al contrario, null'altro riflettono se non la nozione di diritto al cuore della prospettiva equitativa della cittadinanza.

⁴ Cfr. Farnsworth e Holden, 2006; Hacker, 2002.

2. *Ma è proprio così?*

Innanzitutto, perché affermare che le agevolazioni sono pagate da chi non ne gode se, come previsto dalle disposizioni delle ultime due Leggi di stabilità, esse si applicano a nuovi flussi di reddito prodotto? Inoltre, le obiezioni presentate ignorerebbero la presenza di benefici di interesse collettivo. Ad esempio, agevolazioni legate ai premi di produttività, quali quelle appena richiamate, non stimolano esattamente l'efficienza, nella dimensione dinamica della crescita economica di cui tanto abbiamo bisogno come paese? Non solo: il welfare aziendale, promuovendo l'offerta di servizi (siano essi finali o intermedi, in quanto strumentali allo sviluppo stesso del welfare aziendale) promuoverebbe, anche, la domanda di lavoro.

La sanità complementare potrebbe, altresì, favorire la dimensione allocativa dell'efficienza, intermediando la spesa *out of pocket*, la quale si aggira, nel nostro paese, attorno a 36 miliardi di euro (in aumento, del 12% dal 2007 al 2014, seppure in calo per alcuni anni della crisi 2011-2013, a seguito anche del complessivo impoverimento). L'assicurazione, come noto, realizzerebbe guadagni di efficienza, permettendo di trasferire il rischio da soggetti avversi (quali i potenziali utilizzatori di prestazioni sanitarie) a soggetti neutrali (quali sono le assicurazioni). Se fosse così, potremmo essere disposti ad accettare le agevolazioni anche qualora fossimo convinti delle loro iniquità o, almeno, ne intravedessimo i rischi. Saremmo di fronte a classici *trade off* e sceglieremmo l'efficienza.

Peraltro, la sanità complementare potrebbe andare a beneficio dello stesso Ssn, qualora preveda il rimborso dell'*intra moenia* o quello dei *ticket*, così indirizzandosi a prestazioni svolte nel Ssn. Sempre sotto il profilo equitativo, permetterebbe anche l'attivazione degli utenti, la personalizzazione delle cure e una maggiore attenzione, all'interno delle imprese, alla dimensione umana. La disposizione stessa, anch'essa introdotta dalla recente normativa, in merito alla scelta fra ricevere il premio di produttività in denaro o in natura produrrebbe un allargamento della libertà di scelta.

Infine, le disuguaglianze e le inefficienze sono presenti anche nel Ssn.

3. *Alcune risposte*

Diverse sono le possibili risposte. Innanzitutto, anche se limitate ai nuovi flussi di reddito, le agevolazioni alla sanità complementare pro-

stazioni a bassa efficacia e la presenza nella spesa *out of pocket* di spese che si vogliono effettivamente lasciare in capo ai singoli sia in funzione di contrasto dell'azzardo morale (come nel caso di alcune partecipazioni) sia in ragione della bassa efficacia sia, ancora, perché efficaci, ma di largo consumo e uso breve⁵.

Non vi è, poi, alcuna incompatibilità endemica fra offerta pubblica delle prestazioni e personalizzazione delle cure. I segnali di una disattenzione crescente, in ambito di Ssn, nei confronti delle dimensioni non tecniche della cura sono numerosi così come è indiscutibile la presenza, nel Ssn, di altre inefficienze e di disuguaglianze nell'accesso. A prescindere dai casi individuali d'incuria, da punire, è tuttavia difficile ipotizzare miglioramenti in assenza di politiche d'investimento nel lavoro pubblico e, anzi, in presenza di una diffusa delegittimazione di quest'ultimo a beneficio delle imprese e delle organizzazioni private. Detto in altri termini, i limiti non sono endemici al pubblico: sono frutto di decisioni e di non decisioni politiche.

Pone, infine, qualche perplessità l'affermazione secondo cui ricevere il premio di produttività in denaro e o in servizi rifletta un ampliamento della libertà di scelta. Da un lato, il denaro è tipicamente difeso dagli economisti proprio nel nome della libertà di scelta. Non si capisce, dunque, la necessità, per difendere la libertà di scelta, di aggiungere l'opzione dei servizi. Dall'altro lato, l'alternativa fra un trasferimento monetario tassato al 10% e un trasferimento di servizi totalmente detassato non appare del tutto neutrale rispetto alle scelte individuali, nonostante la contropartita della totale detassazione sia lo sgravio contributivo.

4. Conclusioni

Se si condividono le argomentazioni appena svolte, dovremmo sostenere l'assoluta indesiderabilità del welfare aziendale? Non credo che la risposta debba essere così netta.

⁵ La mutualità integrativa certamente copre, in molte istanze, prestazioni efficaci quali quelle odontoiatriche (nei cui confronti si applicano solo le considerazioni in termini di concorrenza sleale, oltre a quelle equitative). Il punto è che, accanto a prestazioni efficaci, può coprire anche prestazioni il cui profilo beneficio rischio è assai meno favorevole, se non negativo, oppure prestazioni in sé efficaci ma consumate in eccesso rispetto a quanto un consumatore informato potrebbe desiderare.

RPS

XX

Senza agevolazioni, il welfare aziendale sarebbe, sempre, perfettamente lecito. Continuerebbe, sì, a creare disuguaglianze, ma vietarlo implicherebbe violare un'importante libertà: quella dei datori di lavoro di promuovere il benessere dei propri dipendenti.

Mi sembrerebbero anche accettabili agevolazioni per attività che non rientrano nei compiti tipici delle imprese e per le quali i produttori non sono in grado di appropriare il complesso dei benefici. L'esempio tipico è costituito dalle attività di formazione, dato che i lavoratori formati potrebbero lasciare l'azienda per altre aziende. Un altro esempio è costituito da servizi sociali sostitutivi di quelli pubblici, quali asili nido aziendali aperti alla collettività, la cui realizzazione, lungi dal rischiare di pregiudicare le prestazioni oggetto dei diritti di cittadinanza, potrebbe rappresentarne un'integrazione. In tutti questi casi, l'agevolazione andrebbe direttamente ai datori di lavoro che si sobbarcano il costo.

Infine, potrebbero essere accettabili agevolazioni a favore della conciliazione fra lavoro e cura. In linea ideale, la conciliazione dovrebbe essere un diritto per tutti disponibile e tutelato da regolazioni appropriate del mercato del lavoro. Date le carenze attuali, alcune agevolazioni potrebbero, tuttavia, essere difese come intervento di secondo ottimo. Si tratta di alcune prime riflessioni, da affinare e modificare nel confronto con posizioni diverse. Tali riflessioni dovrebbero, tuttavia, mettere in evidenza come la difesa delle agevolazioni fiscali al welfare aziendale sia assai più complessa di quanto appaia nella discussione pubblica, dove la tendenza diffusa è quella a un'acritica difesa. I costi potrebbero essere non indifferenti.

Riferimenti bibliografici

- Arlotti M., Ascoli U. e Pavolini E., *Fondi sanitari e policy drift. Una trasformazione strutturale nel sistema sanitario nazionale italiano?*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. ??-??.
- Atkinson A., 1996, *The Case for a Participation Income*, «The Political Quarterly», vol. 67, n. 1, pp. 67- 70.
- Di Nicola F. e Paladini R., 2016, *Una riforma del sistema di imposte e benefici per persone e famiglie*, «la Rivista delle Politiche Sociali», n. 3-4, pp. 155-174.
- Farnsworth K. e Holden C., 2006, *The business-social policy nexus: corporate power and inputs into social policy*, «Journal of Social Policy», vol. 35, n. 3, pp. 473-494.
- Hacker J., 2002, *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, Cambridge University Press, Cambridge.

- Larsen C.A., 2008, *The institutional logic of welfare attitudes: How welfare regimes influence public support*, «Comparative Political Studies», vol. 41, n. 4, pp. 145-168.
- Ufficio Parlamentare di Bilancio, 2015, *La revisione della spesa pubblica: il caso della sanità*, «Focus Tematico», n. 9, disponibile all'indirizzo internet: http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2016/01/Focus_9.pdf.

RPS

XXXXXXXXXXXX

