

## LE PROSPETTIVE DI SVILUPPO DEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI IN ITALIA

FEDERICO SPANDONARO

### ABSTRACT

*In this paper we analyse the recent reforms of Italian national health service (SSN), focusing on opportunities for a development of complementary health funds.*

*We have seen how the development of complementary health fund schemes could represent a chance to bypass financing problem deriving from the limits in the public budget. At the same time, we must observe that, up to now, full growth of the sector didn't occurred.*

*We have gone deeper in the analysis of the new regulation, arguing that lack of specific set of rules, accreditation of the delivering firms, federalism, and some other technical shortcomings deriving from the coexistence by Italian law of two typologies of funds ("doc" and "non doc") could explain the weak development of the sector. Furthermore, the compulsory integrative nature of the funds could not fully meet the household needs.*

*In conclusion, we believe that some useless inflexibility in the regulations should be removed; besides this, we suggest that deeper analysis of the demand for health insurance should become the first issue in the agenda of the health policy makers.*

### 1. INTRODUZIONE

Dopo le riforme degli anni 1992/1993, la spesa sanitaria privata delle famiglie italiane si è stabilizzata su un livello prossimo al 30% della spesa sanitaria complessiva [2], così che l'Italia è fra i paesi caratterizzati da un più alto ricorso alla cosiddetta spesa *out of pocket* [11].

Questa peculiarità italiana del sistema di tutela della salute è fonte di qualche preoccupazione in termini equitativi: la spesa *out of pocket* è ovviamente maggiormente sostenibile dalle famiglie più benestanti e, nella misura in cui serve ad acquistare beni e servizi necessari, è fonte di possibili ingiustizie, in termini di accesso, verso le famiglie povere [2].

Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha segnalato da tempo la potenziale iniquità del sistema di tutela italiano [12], in particolar modo con la pubblicazione della classifica dei sistemi sanitari in termini di equità.

In prospettiva, la spesa privata tenderà ad aumentare ulteriormente, sia per effetto dei crescenti bisogni delle famiglie legati allo sviluppo socio-economico e all'invecchiamento demografico, sia per effetto dei crescenti disavanzi del sistema pubblico che si traducono spesso in inasprimenti della compartecipazione delle famiglie alla spesa [1].

Problemi di sostenibilità finanziaria del servizio pubblico e ragioni di equità hanno quindi posto ai primi posti dell'agenda dei *policy maker* in campo sanitario lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi.

Malgrado una normazione dei principi che regolano finalità e caratteristiche dei fondi integrativi, si sia perfezionata con il d. lgs. 229/1999, e il legislatore abbia anche riformato la fiscalità dei fondi sanitari integrativi e sostitutivi (d. lgs. 41/2000), ad oggi essi non possono iniziare l'attività per carenza delle norme attuative.

Il lavoro esamina le principali ragioni tecniche che ostano alla concreta attivazione di tali fondi.

Nel primo paragrafo verrà analizzata la definizione del campo di azione dei fondi e i rapporti con il primo pilastro (SSN), e in particolare il loro rapporto con i cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza; nel secondo paragrafo verrà discussa la natura sostitutiva o integrativa delle prestazioni rese, con particolare attenzione alle forme Long Term Care (LTC); le barriere all'entrata e in particolare i problemi legati all'accreditamento degli erogatori saranno oggetto del terzo paragrafo; le problematiche gestionali legate al Federalismo in campo sanitario e le problematiche connesse all'assicurabilità dei cosiddetti ticket saranno affrontate nel quarto paragrafo; il quinto paragrafo analizzerà lo stato dell'incentivazione fiscale e della sua adeguatezza ai bisogni della popolazione; il sesto paragrafo è dedicato ai rischi di selezione avversa; alcune note sulle decisioni di spesa delle famiglie saranno discusse nel settimo paragrafo, a cui seguiranno le conclusioni<sup>(1)</sup>.

## 2. IL CAMPO DI AZIONE DEI FONDI INTEGRATIVI SANITARI

In Italia il ruolo delle assicurazioni sanitarie è stato recentemente oggetto di apposita normativa<sup>(2)</sup>, tesa in particolar modo a fare chiarezza nel panorama delle organizzazioni operanti nel campo dell'assistenza sanitaria complementare "non profit" a carattere collettivo.

<sup>(1)</sup>Nel seguito, per quanto concerne i fondamenti normativi e organizzativi dei fondi sanitari integrativi, si seguirà la trattazione già contenuta in Spandonaro [17], [18].

<sup>(2)</sup>Si veda anche [15], [17], [18].

Tale comparto era infatti articolato in due grandi settori<sup>(3)</sup>:

- regimi promossi da e per lavoratori, sulla base di accordi collettivi o regolamenti aziendali;
- società di mutuo soccorso, associazioni fra cittadini che liberamente scelgono di associarsi.

In questo ambito il legislatore ha introdotto la figura del fondo sanitario, a cui affida in via principale (anche se non esclusiva) il compito di garantire le coperture sanitarie complementari.

I nuovi fondi sanitari ex d. lgs. n. 229/1999 - denominati "fondi doc" - sono caratterizzati da limiti al loro operato, in particolare il divieto di selezione degli iscritti.

Avranno inoltre un campo di azione ridimensionato rispetto ai regimi già operanti nel settore, poiché potranno esplicare la loro attività solamente avendo riguardo alle tipologie di prestazione previste nel decreto medesimo.

In primo luogo sono comprese fra le prestazioni erogabili in regime integrativo (comma 4, lett. a) alcune aree assistenziali definitive aggiuntive in quanto escluse dai Livelli uniformi ed essenziali, e fra esse sono espressamente citate l'area della medicina non convenzionale<sup>(4)</sup> e alcune prestazioni termali ed odontoiatriche.

Le disposizioni contenute nel comma 4 lett. b comprendono, inoltre, nell'ambito di applicazione dei "fondi doc" gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e dei servizi alberghieri di maggiore comfort. Si tratta, quindi, di visite e diagnostica ambulatoriale con scelta del medico, scelta dell'equipe chirurgica, camere a pagamento; appaiono essere tutte forme di integrazione erogabili dai "fondi doc" purché erogate in regime di intramoenia.

La gamma delle prestazioni erogabili dai "fondi doc" comprende inoltre anche i rimborsi dei tickets.

Infine fanno parte (lett. c) del pacchetto le prestazioni socio-sanitarie erogate da strutture accreditate, residenziali o semi-residenziali, o in forma domiciliare, per la quota a carico dell'assistito, per le quali è facile immaginare un rapido sviluppo, in constatazione dell'affermarsi delle patologie cronico-degenerative derivanti dall'invecchiamento della popolazione e dall'allungamento della speranza di vita.

Si noti, in particolare, che per le prestazioni odontoiatriche (comma 5, lett. c) viene anche a cadere la condizione dell'erogazione in regime di intramoenia.

<sup>(3)</sup>Sulla situazione ante d. lgs. n. 229/1999 vedi [7], [13], [14].

<sup>(4)</sup>Si noti che si tratta dell'unica fattispecie per la quale la prestazione è considerabile in regime integrativo seppure erogata da strutture non accreditate dal SSN.

I "fondi doc" potranno quindi garantire prestazioni ospedaliere complesse, garantendo per esse livelli di personalizzazione e comfort aggiuntivi, rispetto ad uno standard peraltro non ben definito, in strutture sia pubbliche, sia private purché accreditate.

### 3. LA NATURA INTEGRATIVA O SOSTITUTIVA DEI FONDI

L'art. 9 del d. lgs. n. 229/1999 evidenzia come l'elemento caratterizzante i fondi sanitari sia la loro natura integrativa del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), intesa, come chiarito dal comma 1, quale erogazione di prestazioni eccedenti i Livelli uniformi ed essenziali di assistenza, poi definiti con dpcm 29.11.2001<sup>(5)</sup>.

Il riferimento all'uniformità dei Livelli induce ad una lettura che vede il concetto di integrazione definita in rapporto alla programmazione nazionale dei Livelli assistenziali (v. art. 1 del d. lgs. n. 229/1999) e non, quindi, alla programmazione regionale. Alle Regioni spetterebbe, nell'ambito della loro autonomia e ai sensi dell'art. 3 del d. lgs. n. 229/1999, la potestà di definire Livelli assistenziali essenziali non necessariamente uniformi a quelli delle altre Regioni, e presumibilmente maggiori del set minimo che definirebbe l'uniformità. Il riferimento ai Livelli regionali creerebbe peraltro non poche difficoltà, dovendosi immaginare che l'area di competenza dei fondi possa essere variabile a seconda delle Regioni ove si trovassero ad operare.

Non di meno qualche rischio in tal senso sussiste comunque: si pensi, ad esempio, alla eventualità che ogni Regione trattenga su di sé una quota diversa del costo del ricovero in caso di opzione per la camera a pagamento, così che i fondi registrerebbero costi per prestazione diversi a seconda della residenza dell'iscritto<sup>(6)</sup>.

Per quanto concerne il riferimento all'essenzialità, ci pare che risulti fondamentale il vincolo dato dall'economicità [17]. I fondi integrativi assumono quindi un rilevante ruolo nella copertura di prestazioni che, pur facenti parte dell'area della meritorietà, non risultano erogabili con gli attuali vincoli di bilancio.

Nella relativa indeterminatezza della definizione dei Livelli eccedenti l'essenziale, sembra quindi in pratica prevalere la filosofia di un Servizio Sanitario Nazionale che garantisce quasi tutte le prestazioni di rilevanza clinica, ma con livelli standardizzati di servizio, mentre viene attribuita alla sfera delle scelte dirette dei

<sup>(5)</sup>In tal senso è stata seguita l'impostazione della L. n. 833/1978 istitutrice del Servizio Sanitario Nazionale, nata per superare le disparità di tutela createsi nel pre-esistente sistema mutualistico, che vietava la ricostituzione di mutue a carattere sostitutivo e ogni relativo onere a carico dello Stato.

<sup>(6)</sup>Ulteriori complicazioni potrebbero derivare dai fenomeni di mobilità interregionale.



cittadini la possibilità di adeguare ai propri bisogni tali prestazioni con l'acquisto di livelli di maggior comfort e personalizzazione delle stesse.

La scelta appare coerente con l'ipotesi di una sempre più divaricata forbice fra le pure necessità assistenziali (in qualche modo essenziali in quanto espressione della razionalità dell'istituzione) e la domanda espressa, in continua ed esponenziale crescita, che risulta non sopportabile dai bilanci pubblici<sup>(7)</sup>.

Accettato che ad oggi i Livelli essenziali hanno trovato una esplicitazione soltanto finanziaria, che ne garantisce in buona misura soltanto la coerenza con le politiche di bilancio, uno sviluppo della Sanità integrativa, accollandosi l'onere di soddisfare una quota della domanda esistente sotto forma di prestazioni personalizzate, presumibilmente rappresenterà nel tempo un aiuto sostanzioso per il bilancio del SSN o delle Regioni, scongiurando l'urgenza di una definizione puntuale della essenzialità.

Si noti infine che è stato sollevato all'impianto normativo la critica di generare nei fatti una duplicazione di costi per le famiglie, costrette a pagare due volte per la stessa prestazione: nel caso, ad esempio, di una prestazione diagnostica erogata in regime intra-moenia, il cittadino pagherebbe la stessa avendola teoricamente già pagata con la fiscalità generale.

La tesi, certamente suggestiva e non priva di fondamento, configurerebbe una sorta di natura sostitutiva e non più integrativa dei fondi. Peraltro è discutibile che, al di là della valenza clinica, la prestazione resa in regime complementare e quella di base, siano considerabili omogenee: si passa, in altri termini ad una visione orientata al cliente dei servizi sanitari, ove gli aspetti organizzativi (tempestività, orari, comfort, etc.) modificherebbero la natura della prestazione stessa.

#### 4. ACCREDITAMENTO E BARRIERE ALL'ENTRATA

Ci sembra che la limitazione all'attività dei fondi, secondo quanto previsto dal citato d. lgs. n. 229/1999, riguardi più la scelta dei fornitori di prestazioni che non la tipologia delle prestazioni erogabili.

La limitazione più importante, almeno sul piano giuridico, riguarda infatti l'obbligo per i "fondi doc" di far riferimento esclusivamente alle strutture accreditate<sup>(8)</sup> dal Servizio sanitario nazionale: lo spazio di elezione per "fondi non doc"

<sup>(7)</sup> Per un approfondimento sul tema dell'essenzialità delle prestazioni e il loro razionamento vedi [3], [4], [6].

<sup>(8)</sup> Ai sensi dei dd. lgss. n. 502/1992 e n. 517/1993, le strutture di erogazione sanitaria private che accettino il sistema tariffario e siano in possesso di requisiti ulteriori (mai definiti a livello nazionale, ma successivamente descritti da alcune Regioni con norme proprie) hanno diritto all'accreditamento, ovvero a poter operare per il SSN in condizioni

sembra quindi restringersi a quelle prestazioni che non vedano in nessun modo coinvolti professionisti (in primo luogo medici) dipendenti dal SSN.

L'individuazione delle strutture e dei professionisti con i quali i "fondi doc" possono in qualche modo "convenzionarsi", non sembra particolarmente problematica, poiché è ragionevole immaginare un progressivo sviluppo dell'attività libero-professionale intra-moenia, anche in considerazione che il rapporto di lavoro dei medici sembra essere sempre più caratterizzato dall'esclusività con il SSN.

Per quanto concerne le strutture è invece lecita qualche perplessità derivante da possibili utilizzi distorti del principio di accreditamento. Il rischio potrebbe infatti essere quello della esclusione, per carenza dei criteri di accreditamento, di alcune strutture private dal meccanismo dei convenzionamenti con i "fondi doc".

La carente chiarezza sui requisiti dell'accreditamento delle strutture può provocare un'impropria barriera per le strutture private che volessero entrare nel circuito del SSN, magari solo per poter erogare prestazioni integrative.

Il rischio ci pare si aggravi con le modifiche al sistema di remunerazione degli erogatori delineato dal d. lgs. n. 229/1999 con la pratica degli accordi contrattuali.

Si introduce, infatti, nei contratti la pratica dei tetti di attività o finanziamento per le strutture erogatrici (art. 8/V e VI), configurando un finanziamento sostanzialmente a budget prospettici; lo scopo del legislatore fu quello di eliminare la preesistente disparità di trattamento fra aziende ospedaliere (remunerate a tariffa) e quelle territoriali (remunerate a quota capitaria), ma potrebbe in prospettiva definire un ulteriore criterio di accreditamento, nel senso di escludere implicitamente quelle strutture alle quali non sia stato assegnato un obiettivo assistenziale (un volume di prestazioni da erogare) nell'ambito della programmazione regionale. Peraltro, è da rilevarsi che le prestazioni coperte da fondi integrativi, non gravando sul bilancio del SSN, non dovrebbero a ragion di logica essere sottoposte a limiti di volume erogato.

##### 5. LE PROBLEMATICHE LEGATE AL FEDERALISMO SANITARIO

Le problematiche connesse allo sviluppo del Federalismo sanitario appaiono numerose<sup>(9)</sup>. Senza pretesa di esustività proviamo ad analizzarne due.

In primo luogo la riforma in senso federale dello stato, L. Cost. n. 3/2001, ha ampliato enormemente le competenze regionali in campo sanitario, generando

---

di sostanziale parità (in competizione) con le strutture pubbliche, superando così il preesistente istituto del convenzionamento, la cui concessione si configurava come una mera facoltà delle Aziende sanitarie Pubbliche.

<sup>(9)</sup>Si veda anche [9].

i potenziali requisiti per una progressiva diversificazione dei Servizi Sanitari Regionali.

Non potranno quindi stupire scenari in cui il livello della integrazione sarà diverso da Regione a Regione: già oggi alcune prestazioni (tipicamente fisiokinesiterapiche, ma anche altre non convenzionali, come l'agopuntura) sono erogate in alcune Regioni come livelli superiori di assistenza, mentre sono fuori dalla tutela pubblica in altre.

Fondi di dimensioni rilevanti estesi su tutto (o larga parte del territorio nazionale), si pensi ad esempio ad alcuni fondi aziendali come può essere quello TELECOM Italia, si troverebbero a fronteggiare oneri diversi per iscritti residenti in Regioni diverse.

Inoltre, i fondi saranno esposti alla dinamica delle modifiche normative Regionali, con oneri riflessi potenzialmente importanti sui costi delle garanzie: si pensi alle possibili modificazioni regionali dei regimi di compartecipazione alla spesa farmaceutica o diagnostica.

Un ulteriore problema si pone in termini di assicurabilità dei cosiddetti *ticket*.

Malgrado questi ultimi abbiano sempre più assunto la forma di trasferimenti di oneri dal settore pubblico alle famiglie, non possiamo dimenticare che la loro natura sarebbe quella di disincentivare i consumi impropri (*ticket moderateur*): qualora i fondi integrativi si facessero carico in modo rilevante dei *ticket*, non solo si esporrebbero al rischio di *moral hazard*, ma avrebbero un l'effetto di vanificare le politiche pubbliche, incrementandone di conseguenza anche gli oneri<sup>(10)</sup>.

La questione non ha sinora ricevuto alcuna attenzione, ma è presumibile che debbano essere trovate forme nuove di controllo del consumismo sanitario<sup>(11)</sup>.

Infine, mancando un sistema organico di regole per la portabilità dei diritti, ulteriori problemi gestionali sorgeranno dai fenomeni di mobilità<sup>(12)</sup>.

In secondo luogo, uno scenario di sviluppo della sanità integrativa allargato a tutta la popolazione (per avere un riferimento limite) comporterebbe risparmi significativi per il Ssn, che solo per effetto del minore finanziamento garantito ai ricoveri in camere a pagamento potrebbe anche raggiungere il 10% della attuale spesa ospedaliera. Ovviamente a fronte di tale risparmio del SSN abbiamo però il costo connesso all'agevolazione fiscale.

Sebbene manchino valutazioni in tal senso, ci sembra doveroso sottolineare che quest'ultimo costo, potrebbe essere superiore al risparmio per il SSN.

<sup>(10)</sup> Si veda anche [8].

<sup>(11)</sup> Una esperienza a nostro parere da approfondire è quella delle Bonus Options nei contratti assicurativi [19].

<sup>(12)</sup> Da questo punto di vista la normativa comunitaria sembra più avanzata di quella domestica.

Inoltre, in una ottica federalista, si proporrà il problema di gestire la suddivisione dell'onere fiscale. Stante la netta suddivisione della popolazione italiana, anziana e "ricca" al Nord, giovane e "povera" al Sud, ma anche le diverse caratteristiche produttive che certamente favoriranno un più rapido sviluppo dei fondi nel Nord, si delinea una redistribuzione perversa che, attraverso il "bonus fiscale" (le minori entrate), distribuirà i costi dei maggiori benefici ricevuti dalla popolazione settentrionale su tutta la popolazione nazionale.

## 6. IL TRATTAMENTO FISCALE

Per completare il quadro di riferimento istituzionale della materia dell'assistenza sanitaria complementare, dobbiamo citare il d. lgs. n. 41/2000 emanato in attuazione della delega contenuta nell'art. 10, comma 1, lett. l) della L. n. 133/1999.

Quest'ultimo provvedimento, definendo il regime tributario dei regimi che erogano prestazioni complementari di assistenza sanitaria, ha infatti completato il nuovo assetto normativo inquadrando di fatto le interrelazioni fra i diversi possibili strumenti di copertura.

A tal proposito si noti che la L. n. 133/1999 attribuiva al Governo la facoltà di emanare decreti legislativi volti, fra l'altro, a riconoscere un trattamento fiscale di "prevalente agevolazione" per i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Sul punto è opportuno peraltro ricordare che in tal modo si sarebbero penalizzati essenzialmente i regimi di assistenza sanitaria complementare costituiti sulla base di accordi collettivi o regolamenti aziendali. Infatti esclusivamente nei confronti dei contributi destinati a tali regimi (siano essi di competenza dell'azienda o del lavoratore) l'art. 48 del Tuir ammetteva l'esenzione dalla base imponibile fino al limite annuo massimo di € 3.613,33 non essendo tale disposizione applicabile alle Società di mutuo soccorso.

L'impostazione originaria è stata "ammorbidita" dal legislatore delegato; il d. lgs. n. 41/2000 prevede infatti due diversi regimi fiscali per i contributi versati a forme erogatrici di prestazioni sanitarie complementari, articolando di fatto l'offerta in due distinte tipologie:

- per i fondi costituiti ex art. 9 d. lgs. n. 229/1999 - i "fondi doc" - il tetto annuo di deducibilità aumenta progressivamente da un minimo di € 1.032,38 nel 2001, ad un massimo di € 2.064,67 a decorrere dal 2007;
- per i "fondi non doc", fra i quali rientrano evidentemente i regimi di assistenza sanitaria integrativa preesistenti, il già ricordato vigente plafond annuo di deducibilità di € 3.613,33 diminuisce progressivamente a partire dal 2003, sino ad attestarsi a € 1.806,67 a far tempo dal 2008.



Il provvedimento peraltro consente il cumulo dei limiti di deducibilità, nel caso in cui si effettuino versamenti sia a "fondi doc" che ad altri regimi di assistenza sanitaria complementare. In tal caso il limite massimo annuo di deducibilità, fissato in € 4.645,71 per gli anni 2001 e 2002, è ridotto a € 3.355,24 a decorrere dal 2003.

Dal 2001, nel caso in cui per uno stesso individuo si effettuino versamenti contributivi a "fondi doc" e a "fondi non doc", il limite di deducibilità per i contributi destinati al "fondo non doc" è dato dal minor valore fra il limite singolo e la differenza fra il limite cumulato diminuito dei contributi destinati al "fondo doc", secondo l'algoritmo:

$$dfnd = \text{Min}(\text{€ } 1.806,67; \text{€ } 3.355,24 - dfdoc)$$

ove:

dfnd = deducibilità fiscale massima del "fondo non doc"

dfdoc = deduzione per il "fondo doc"

Si noti, per inciso, che le differenze di incentivazione fra le due tipologie di fondi appaiono poco significative.

L'aver introdotto la nozione di tetto massimo cumulabile di deducibilità dei contributi versati ai fondi sanitari, ha però importanti conseguenze che vanno oltre la materia fiscale. Con tale modifica infatti il legislatore ha ammesso implicitamente la possibilità di realizzare la copertura sanitaria complementare tramite un doppio intervento: la costituzione di "fondi doc", accompagnata dalla costituzione (o dal mantenimento) di "fondi non doc", per i quali non è stabilita alcuna regolamentazione specifica, ad eccezione della disciplina fiscale dei contributi versati.

La possibilità di realizzare una doppia copertura non è riservata esclusivamente ai regimi già operanti nell'ambito dell'assistenza sanitaria complementare alla data di entrata in vigore del decreto medesimo, ma potrà essere utilizzata anche ai fini della costruzione di uno schema di copertura sanitaria complementare costituito ex novo dopo tale data.

Nella sostanza quindi la nuova normativa più che limitare la portata o l'operatività dei fondi sanitari avrà delle ripercussioni importanti sulle loro modalità organizzative.

## 7. RISCHI DI SELEZIONE AVVERSA

Nel progettare la costituzione di uno schema di copertura sanitaria complementare (o nel procedere alla riorganizzazione di uno schema pre-esistente)

sicuramente verrà sfruttata l'opportunità di distribuire le prestazioni da erogare fra le due tipologie di fondo ("doc" e "non doc"), in modo da sfruttare in maniera ottimale le possibilità offerte da ciascuna tipologia in relazione alle rispettive "capienze" in termini di deducibilità fiscale dei versamenti contributivi.

La prima questione che emerge è certamente quella della complessiva "capienza" dell'attuale deducibilità fiscale.

Stime effettuate sulla base di dati di gestione di un fondo sanitario aziendale del settore bancario [17], [18], indicano che il livello appare ampiamente congruo rispetto ai bisogni di una famiglia media<sup>(13)</sup>.

Una verifica empirica aggregata conferma indirettamente le conclusioni: la quota individuale di rimborsi simulata sul "fondo doc" sarebbe pari al 86% dell'attuale spesa media individuale *out of pocket*; sommando la quota di rimborso sul "fondo non doc", si arriverebbe al 142%, avendo però garantito anche una seppur limitata forma di assistenza LTC, i cui oneri (badanti etc.) non sono compresi nei consumi diretti sanitari delle famiglie.

Il problema più rilevante concerne però allocazione delle prestazioni fra le due tipologie di fondo ("doc" e "non doc"); l'ipotesi avanzata è che anche qualora la "capienza" in termini di deducibilità per i "fondi doc" fosse garantita, dovrà provvedersi alla suddivisione delle prestazioni erogate fra le due tipologie di fondo (se non altro per garantire alcune prestazioni non erogabili come integrative) non in base ad un criterio per così dire "orizzontale", ovvero per singola tipologia assistenziale, ma piuttosto in senso "verticale", ponendo tetti massimi di spese rimborsabili.

Al fondo "doc" potrebbe essere assegnato il compito di assicurare l'erogazione delle prestazioni previste entro limiti massimi prestabiliti, mentre sul fondo "non doc" potrebbero gravare gli oneri relativi alle medesime prestazioni, ma per la parte eccedente il massimale stabilito nel "fondo doc".

Tale tipo di soluzione sembra necessaria<sup>(14)</sup>, in quanto eviterebbe che una ripartizione delle prestazioni nelle due categorie di fondo in base alla tipologia renda, di fatto, non "attraente" uno dei due regimi per una parte della platea dei potenziali destinatari.

<sup>(13)</sup> Il fondo in questione è stato prescelto per la disponibilità di dati e per le sue caratteristiche di rappresentatività di un livello medio di tutela; in particolare il fondo si presta alla "simulazione" prevedendo il mantenimento dell'assicurazione ai pensionati e la erogazione delle spese odontoiatriche che sono parte esplicitamente prevista delle prestazioni erogabili dai fondi doc. Si è inoltre provveduto a ricostruire il paniere di prestazioni assicurate, correggendolo per la struttura per età della popolazione italiana.

<sup>(14)</sup> La preferibilità è legata al mantenimento dell'attuale normativa, che a parere di chi scrive andrebbe superata eliminando una inutile e costosa differenziazione fra fondi "doc" e "non doc".

Ad esempio, una distribuzione di prestazioni che prevedesse l'attribuzione della LTC esclusivamente al "fondo non doc", trattandosi di prestazioni che comportano oneri rilevanti, e quindi un corrispettivo contributo senza dubbio significativo, presumibilmente indurrebbe ad iscriversi al fondo solamente coloro che ritengono di poter beneficiare a breve di tali prestazioni, mentre alcune categorie, in particolare le generazioni più giovani, non perfezionerebbero l'adesione<sup>(15)</sup>.

Si innescherebbe così un meccanismo di selezione avversa, che, annullando l'elemento solidaristico caratteristico dei regimi collettivi di assistenza, comprometterebbe l'equilibrio economico dei fondi stessi.

Nello stesso tempo essendo sancita la totale separazione dei fondi, si dovrà anche prevedere una duplicazione dei costi amministrativi, che forse potrebbe suggerire una ulteriore riflessione in termini di efficienza della scelta operata dal legislatore.

#### 8. LIBERTÀ DI SCELTA E COMPORTAMENTI DI SPESA DELLE FAMIGLIE

Lo sviluppo della Sanità integrativa dipenderà in larga misura dal gradimento che riceverà da parte delle famiglie. Il deludente sviluppo del secondo pilastro pensionistico dovrebbe far riflettere, onde evitare che l'esperienza si ripeta anche in campo sanitario.

Certamente la delimitazione della tutela complementare in campo sanitario è più complessa che in campo pensionistico, ove trattandosi sostanzialmente di prestazioni finanziarie, essa viene normalmente commisurata a un determinata quota del rapporto di sostituzione pensione/salario: in sanità l'oggetto dell'assicurazione ha per lo più la natura di un servizio, e come tale è difficilmente divisibile. In compenso a differenza del caso previdenziale (ove, per trovare le risorse, si è in larga misura ricorso alla attribuzione ai fondi del TFR), in campo sanitario abbiamo una rilevante quota di spesa sostenuta dalle famiglie *out of pocket*: si tratterà quindi di verificare quali siano le condizioni alle quali le famiglie sono disposte a ri-orientare la propria spesa.

Un primo criterio ci pare essere quello della salvaguardia della libertà di scelta, che invece è principio spesso trascurato nel nostro SSN [5] e, per quanto sopra argomentato, anche della normativa sulla Sanità integrativa.

Si noti inoltre che, come è ovvio, la spesa *out of pocket* è maggiormente utilizzata dalle famiglie benestanti: in presenza di scenari che vedono disavanzi crescenti del SSN e conseguenti inasprimenti delle compartecipazioni alla spesa, si può configurare per le famiglie più ricche un forte incremento della quota di

<sup>(15)</sup>Sottolineiamo che l'adesione è volontaria.

spesa sostenuta direttamente, alimentando pressioni verso forme di *opting out* [2], e quindi più sostitutive che integrative.

## 9. CONCLUSIONI

In un contesto caratterizzato da risorse limitate e forse insufficienti [1], la Sanità integrativa potrebbe sancire una forma di razionamento delle prestazioni a tutela pubblica, sulla base di alcune caratteristiche del servizio, non connesse all'atto clinico di per sé, e quindi socialmente accette, che renderebbero meno stringente il vincolo di bilancio [17].

Le normative sui fondi appaiono complessivamente offrire ampi spazi di sviluppo agli stessi, garantendo ampia "capienza" in termini di deducibilità fiscale per sviluppare, in particolare, forme assistenziali a fronte dell'invecchiamento demografico.

Sembra quindi doveroso interrogarsi sulle motivazioni che ostano in pratica allo sviluppo del settore.

In primo luogo dobbiamo ricordare che il legislatore non ha mai emanato i regolamenti attuativi<sup>(16)</sup>, rendendo di fatto impossibile la costituzione di "fondi doc".

Questa carenza indica certamente una mancanza di chiarezza politica sulla mission e sulla organizzazione del "secondo pilastro" in Sanità.

Peraltro anche il management dei fondi preesistenti lamenta varie carenze nella normativa attuale e dichiara di non volersi trasformare in "fondo doc" [16], dimostrando la natura prevalentemente sostitutiva dei fondi attuali.

Ricorrono poi questioni più tecniche, che abbiamo precedentemente discusso, per giungere alla conclusione che appaiono impostate in modo insoddisfacente; senza pretesa di esaustività, ci sembrano particolarmente significative:

- le limitazioni all'utilizzo degli erogatori, in particolare ai soli soggetti accreditati;
- la carenza di principi di portabilità delle prestazioni e i crescenti gap regionali in presenza di una rapida evoluzione in senso federale del settore;
- l'assenza di analisi sul rapporto fra sanità integrativa e di base, in particolare abbiamo citato la questione dell'assicurabilità dei ticket, e fra sanità integrativa e equità del sistema, come si evince dalla distribuzione regressiva a livello regionale dei benefici fiscali accordati al settore;

<sup>(16)</sup> Il regolamento era stato predisposto nel 2000 ma non è mai stato approvato [10].



- una artificiale divisione fra fondi "doc" e "non doc", a fronte della quale abbiamo per un verso una scarsa differenziazione dell'incentivazione fiscale a favore dei "fondi doc", e per l'altro seri problemi tecnico-attuariali nella progettazione delle coperture, necessari per evitare rischi di antiselezione.

La questione più rilevante appare però quella del gradimento delle famiglie per il nuovo strumento di tutela.

L'analisi della spesa diretta delle famiglie suggerisce che esiste una ampia disponibilità di risorse per la Sanità, attualmente spese out of pocket, e che sarebbe potenzialmente possibile ri-orientarla verso forme di tutela collettive e solidaristiche. Il dubbio maggiore riguarda la scarsa libertà di azione riconosciuta ai "fondi doc", che mina la libertà di scelta dei cittadini e con essa il potenziale sviluppo del settore.

#### BIBLIOGRAFIA

- [1] V. ATELLA, B. BERNARDI, M. ROSSI (2003): "Le previsioni di spesa a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico SANIMOD", *Rapporto CEIS Sanità 2003: bisogni, risorse e nuove strategie*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S: Mennini, F. Spandonaro, pp. 41-52, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- [2] V. ATELLA, B. BERNARDI, M. ROSSI (2003): "La spesa sanitaria privata e gli effetti redistributivi delle politiche sanitarie", *Rapporto CEIS Sanità 2003: bisogni, risorse e nuove strategie*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S: Mennini, F. Spandonaro, pp. 53-81, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- [3] A. BARILETTI (1999): "Il razionamento in Sanità come problema di "scelte difficili": aspetti teorici e applicativi", in *La Sanità tra scelta e razionamento*, Ed. Farindustria - Il sole 24 Ore.
- [4] N. DIRINDIN (1999): "I criteri di priorità, razionamento e contenimento della spesa sanitaria", in *La Sanità tra scelta e razionamento*, Ed. Farindustria - Il sole 24 Ore.
- [5] A. DONIA SOFIO, F. SPANDONARO (2003): "Le politiche socio-sanitarie per gli anziani", *Rapporto CEIS Sanità 2003: bisogni, risorse e nuove strategie*, a cura di V. Atella, A. Donia Sofio, F.S: Mennini, F. Spandonaro, pp. 115-123, Italtpromo ESIS Publishing ed., Roma.
- [6] V. MAPELLI (1999): "I modelli e i criteri di razionamento in Sanità", in *La Sanità tra scelta e razionamento*, Ed. Farindustria - Il sole 24 Ore.
- [7] I. MASTROBUONO, S. POMPILI (1998): *Lo stato attuale delle forme integrative di assistenza sanitaria del settore non profit: Casse aziendali, fondi di categoria e Società di mutuo soccorso*, in *Atti del convegno Nazionale FIMIV*, Roma.
- [8] G. MURARO, V. REBBA (2003): "Profili teorici dell'assicurazione in campo sanitario", *I fondi sanitari integrativi: quale futuro per la sanità italiana?*, a cura di NOMISMA, pp. 17-19, F. Angeli ed., Roma.
- [9] G. MURARO, V. REBBA (2003): "Le prospettive evolutive del mercato dei fondi sanitari integrativi nell'attuale quadro federalista", *I fondi sanitari integrativi: quale futuro per la sanità italiana?*, a cura di NOMISMA, pp. 200-210, F. Angeli ed., Roma.

- [10] G. MURARO, V. REBBA (2003): "La bozza (anno 2000) di regolamento ministeriale sui fondi sanitari integrativi: analisi critica e proposte", *I fondi sanitari integrativi: quale futuro per la sanità italiana?*, a cura di NOMISMA, pp. 214-227, F. Angeli ed., Roma.
- [11] OECD (2003): *OECD Health data 2002*, Paris.
- [12] OMS/WHO (2000): *The World Health Report 2000*, Geneve.
- [13] A. PIPERNO (1997): *Mercati assicurativi e istituzioni: la previdenza sanitaria integrativa*, Il Mulino, Bologna.
- [14] A. PIPERNO (1998): "La mutualità integrativa sanitaria: condizioni per l'implementazione in Italia", *Rapporto Sanità '98*, a cura di M. Trabucchi e F. Vanara, Fond. Smith Kline, Il Mulino, Bologna.
- [15] V. REBBA (2003): "La normativa italiana sui fondi sanitari integrativi", *I fondi sanitari integrativi: quale futuro per la sanità italiana?*, a cura di NOMISMA, pp. 181-195, F. Angeli ed., Roma.
- [16] V. REBBA, C. MARCOMINI (2003): "L'assistenza sanitaria pubblica e la previdenza sanitaria integrativa in Italia: un'analisi della situazione esistente", *I fondi sanitari integrativi: quale futuro per la sanità italiana?*, a cura di NOMISMA, pp. 105-165, F. Angeli ed., Roma.
- [17] F. SPANDONARO (2001): "Differenziazione nell'offerta di coperture sanitarie e razionamento: il contributo della sanità integrativa", *Politiche Sanitarie*, 2, n. 3, Pensiero Scientifico ed.
- [18] F. SPANDONARO (2002): "L'assistenza sanitaria complementare in Italia: un'opportunità da non perdere", *Quaderni ASSOPREVIDENZA*, n. 7, ASSOPREVIDENZA ed., Torino.
- [19] P. ZWEIFEL (1992): *Bonus Options in Health Insurance*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht (NL).

FEDERICO SPANDONARO  
Università di Roma "Tor Vergata"  
Dipartimento di Studi Economici  
Finanziari e Metodi Quantitativi  
Via Columbia 2  
00133 Roma (Italia)  
spandonaro@economia.uniroma2.it