

### *Cap. 3*

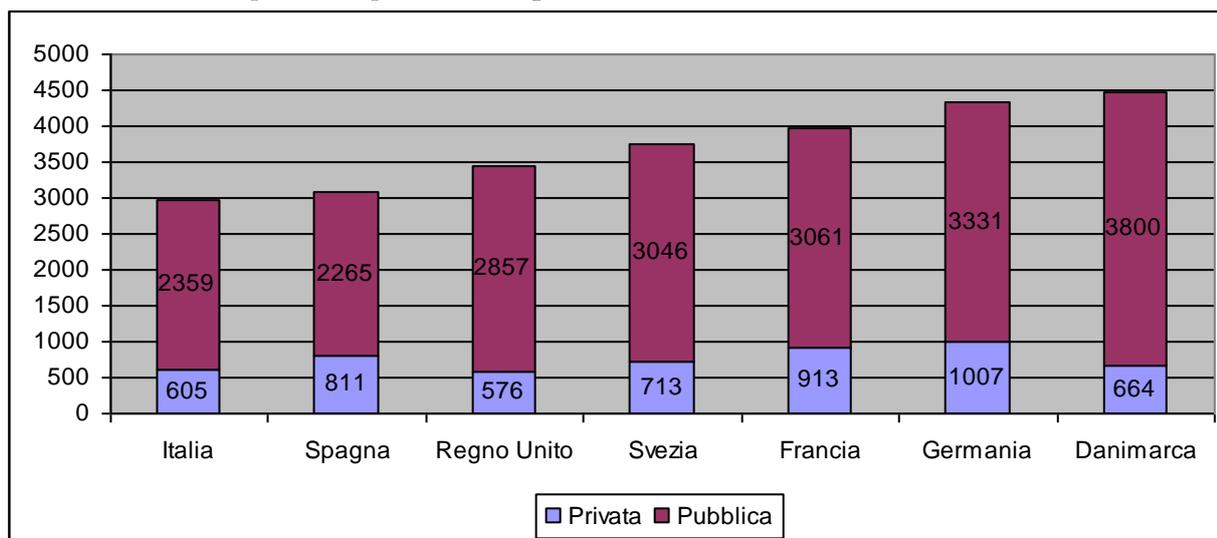
## *Verso un sistema multipilastro in sanità? Luci ed ombre nell'esperienza dei fondi sanitari*

Pavolini Emmanuele, Cecconi Stefano, Fioretti Ilaria e Neri Stefano

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

Il sistema sanitario pubblico italiano, così come quelli di altri paesi dell'Europa occidentale, sta, ormai da due decenni, attraversando una fase di profondo cambiamento. Un elemento che distingue il nostro SSN è un livello di spesa pubblica relativamente più contenuto di quello di gran parte degli altri paesi dell'UE, almeno di quelli dell'Europa occidentale (tab. 1, riportata alla pagina successiva). Italia e Spagna presentano un livello di spesa pro-capite pubblica ben più contenuta di quella di altri SSN del Centro e Nord Europa, così come dei principali sistemi sanitari obbligatori continentali. Nel caso italiano tale minore investimento pubblico non sembra comportare un effetto compensativo tramite la spesa privata: quest'ultima raggiunge, infatti, livelli inferiori a quelli degli altri paesi rappresentati nel grafico 1, con l'eccezione del Regno Unito.

*Graf. 1 Livello e ruolo della spesa sanitaria pubblica pro-capite rispetto al totale della spesa sanitaria (dollari a parità di potere di acquisto) (anno 2010)*



*Dato Spagna anno 2009*

Fonte: OECD Health Data 2012 (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>)

Ciò nonostante, tutta una serie di indicatori di funzionamento indica come, a livello complessivo, l'Italia, pur spendendo meno, riesce a mantenere un livello di performance della sanità pubblica in buona parte paragonabile a quello di altri paesi dell'Europa occidentale [Pavolini e Vicarelli 2012] (tab. 1). Se si considerano, infatti, indicatori riferiti sia alla prevenzione, che al funzionamento delle cure ospedaliere e ai risultati in termini di salute, il dato italiano è in linea o addirittura migliore di quello degli altri grandi paesi, sotto il profilo economico-demografico, dell'UE (Francia, Germania, Gran Bretagna e Spagna).

Tab. 1 Indicatori di performance del SSN rispetto ai servizi sanitari degli altri quattro principali paesi europei (Francia, Germania, Regno Unito e Spagna) (anni 2005-2009)

Dimensions	Indicators	Italia	UE-4
Prevenzione	• Percentuale di donne che effettuano mammografia (50-69 anni)	59.6	58.9
	• Percentuale di minori vaccinati per pertosse	96.6	96.6
Cure ospedaliere	• Tasso di occupazione dei posti letto ospedalieri acuti	78.4	77.9
	• Durata media di un ricovero ospedaliero acuto	6.7	6.5
Risultati di salute	• Tassi di mortalità infantile	3.7	4.1
	• Tasso di mortalità per infarto dopo 30 giorni dal ricovero ospedaliero	4.0	6.2

Fonte: Pavolini e Vicarelli (2011)

Nonostante il SSN costi meno di altri e, almeno ad una prima lettura dei dati, risulti frequentemente più efficiente ed efficace (se semplicemente si confronta la posizione dell'Italia a partire dai dati contenuti nel grafico 1 e nella tabella 1), il dibattito italiano dell'ultimo decennio e, soprattutto, degli ultimi anni sul SSN sembra dominato dal fantasma della sostenibilità dei costi. In particolare i governi che si sono succeduti negli ultimi anni, e con un'attenzione quasi esclusiva l'ultimo governo Berlusconi, così come, in buona parte, quello Monti, hanno messo al centro della loro azione il problema della sostenibilità finanziaria del SSN e promosso la riduzione dell'impegno economico pubblico. A titolo esemplificativo si tenga presente che all'interno di uno dei più rilevanti documenti di programmazione concordati a livello di Unione Europea, il Piano Nazionale delle Riforme (PNR), che dovrebbe racchiudere in sé le principali riforme programmatiche che lo Stato italiano si impegna a portare avanti nel triennio seguente, sia nella versione del 2011 che del 2012 il tema della sanità viene in buona parte ricondotto al tema del controllo della spesa e alla valutazione di efficacia di strumenti di contenimento della stessa quali i "Piani di rientro", mentre al tema della qualità e dell'accesso al SSN viene dedicata scarsa o nessuna attenzione [Jessoula e Pavolini 2012a]. Un quadro analogo si ricava se si prendono in considerazione i principali documenti di programmazione e la normativa prodotta nell'ultimo triennio dai Governi nazionali [Jessoula e Pavolini 2012b].

Tale attenzione da parte dei governi nazionali è in parte spiegabile per la particolare composizione della spesa nel SSN, ormai largamente regionalizzato e caratterizzato da una netta polarizzazione fra Regioni in grado di tenere sotto controllo i budget di spesa concordati annualmente nella Conferenza Stato-Regioni con il Governo e Regioni che invece sfiorano ormai in maniera cronica tale budget e incorrono con regolarità in deficit e debiti. Sotto questo punto di vista la caratteristica della sanità pubblica italiana nell'ultimo ventennio è duplice [Anessi Pessina 2010]: la produzione annua di disavanzi che, a seconda degli anni, rappresentano una percentuale del finanziamento pubblico in sanità compresa fra il 3% ed il 6%; la concentrazione di tali disavanzi in un numero limitato di Regioni, praticamente tutte del Sud assieme al Lazio (in particolare 3 regioni da sole, Lazio, Campania e Sicilia, hanno generato il 69% dei disavanzi accumulati dal SSN nel periodo 2001-2009).

Accanto, quindi, a due peculiarità del sistema sanitario italiano, che sono una spesa pubblica pro-capite sotto la media dei paesi occidentali dell'UE, che di per sé non sembra comportare, però, un abbassamento relativo del livello di performance sanitaria, ed un'attenzione quasi ossessiva per i conti pubblici nel settore (che forse apparirebbe più adatta ed adeguata in paesi che spendono ben più del nostro), se ne può segnalare una terza: una spesa privata consistente, almeno in termini relativi, fondamentalmente a carico diretto degli utenti (la cosiddetta spesa "out-of-pocket") e poco orientata, invece, verso forme di spesa collettiva tramite assicurazioni o fondi privati (per approfondimenti su questo aspetto si veda il paragrafo 5). In particolare, secondo le statistiche OECD riferite al 2010 [OECD 2012]: solo il 2.6% della spesa sanitaria totale italiana era veicolata tramite fondi ed assicurazioni a fronte del 7.9% della Gran Bretagna o il 6.3% della Spagna.

La volontà politica degli ultimi anni di contenere quanto più possibile la spesa pubblica in sanità, accompagnata dalla scarsa diffusione di forme collettive di copertura per la spesa privata, sono alla

base di uno dei fenomeni più interessanti ed, in prospettiva, potenzialmente rilevanti nel quadro della sanità italiana: il diffondersi dell'esperienza dei fondi sanitari (integrativi).

Il presente capitolo cerca di offrire un quadro su tale fenomeno, tentando di mettere in luce sia i potenziali benefici che potrebbe portare al sistema sanitario pubblico che i rischi. Il paragrafo 2 è dedicato ad una breve rassegna della letteratura nazionale ed internazionale sui fondi ed alla formulazione di alcune ipotesi. Il paragrafo 3 introduce la normativa italiana sui fondi sanitari. Il paragrafo 4 illustra i risultati di uno studio sulle caratteristiche di alcuni fondi italiani, scelti per compiere alcune riflessioni più generali sul loro funzionamento. Nell'ultimo paragrafo si propongono alcune conclusioni.

La parte di ricerca empirica, oltre che su documenti e materiali già disponibili, si è basata su due strumenti:

- a) lo studio di circa 40 fondi attraverso alcune interviste a testimoni privilegiati e l'analisi della documentazione principale fornita da tali istituti in merito alle caratteristiche della loro offerta sanitaria;
- b) una survey condotta su un campione relativamente ampio (318 casi) di aziende di grandi dimensioni (almeno 500 addetti) italiane; sulle caratteristiche generali del campione si legga la parte dedicata al tema nel capitolo 4.

## 2. I fondi sanitari: letteratura sul tema e ipotesi di ricerca

Per fondi sanitari (integrativi) possiamo intendere l'insieme dei fondi, fiscalmente agevolati, che erogano prestazioni teoricamente aggiuntive rispetto a quelle erogate dal servizio sanitario pubblico. In letteratura tradizionalmente si individuano tre categorie di forme assicurative di carattere privato, genericamente intese, distinte in base al ruolo che esse rivestono nel sistema sanitario in relazione all'assistenza pubblica [si veda ad esempio Thomson, Foubister e Mossialos 2009]. Si individuano quindi forme assicurative:

- 1) sostitutive, che coprono gruppi della popolazione esclusi o che si possono escludere, per propria scelta, dal sistema di assistenza sanitaria pubblica. Oltre agli Stati Uniti e ad altri paesi extraeuropei, in Europa è il caso della Germania dalla riforma del 1970 o dell'Olanda fino al 1996, nelle quali i cittadini a reddito alto o medio-alto possono scegliere di uscire (*opting out*) o non aderire al sistema mutualistico pubblico;
- 2) complementari rispetto al sistema pubblico, andando a coprire la spesa di quei servizi che la sanità pubblica dovrebbe garantire, ma fornisce di fatto in misura ampiamente insufficiente (ad esempio le cure odontoiatriche, come accade in molti paesi europei), o garantendo ai cittadini rimborsi per le forme di compartecipazioni alla spesa per i cittadini (come in Francia, Irlanda o Slovenia, dove tali forme assicurative sono assai diffuse);
- 3) supplementari, e quindi aggiuntive rispetto all'assistenza pubblica, garantendo tempi più rapidi di accesso alle prestazioni o una migliore qualità percepita dell'assistenza. Le forme assicurative supplementari sono presenti in quasi tutti i paesi europei e sono più rilevanti dove le altre forme assicurative non esistono o sono meno diffuse, come nei servizi sanitari nazionali.

Così come sono stati definiti, i fondi sanitari sembrano rientrare prevalentemente in quest'ultima categoria, tipica appunto dei servizi sanitari nazionali. Ciò è vero, anche se le carenze presenti nella fornitura di prestazioni già menzionate come quelle odontoiatriche, da parte dei SSN, finiscono di fatto per collocare i fondi anche nella categoria delle forme assicurative complementari rispetto all'assistenza pubblica e, come vedremo, la normativa italiana conferma questa opzione.

In un recente saggio Granaglia [2010] individua almeno due tipi di vantaggi che i fondi sanitari possono portare al welfare sanitario pubblico: *equità ed efficienza*.

Una maggiore equità potrebbe essere raggiunta tramite l'impiego di fondi, visti i problemi di sostenibilità finanziaria del sistema sanitario pubblico: "i vincoli di bilancio pubblico appaiono indiscutibili ... in un paese come l'Italia, caratterizzato da bassi trend di crescita, elevato indebitamento ed una pluralità di richieste invase di intervento pubblico... In questo contesto,

nuove forme miste di finanziamento, pubblico e privato, permetterebbero di evitare tagli espliciti o impliciti delle prestazioni (sotto forme di code e diminuzione della qualità), così contribuendo alla soddisfazione di finalità collettive” (p. 235). Il meccanismo sarebbe il seguente: i fondi funzionano in base ad una contribuzione privata, sostenuta dallo Stato tramite agevolazioni fiscali. Pertanto il finanziamento della prestazione sanitaria sarebbe solo in parte a carico del bilancio pubblico per la parte relativa all’agevolazione fiscale, ed in parte a carico del beneficiario degli interventi (o di terzi, come ad esempio le imprese, su questo aspetto si veda sotto).

Una migliore efficienza sarebbe raggiunta grazie ad una serie di fattori. Il processo di socializzazione del rischio, che i fondi portano con sé, permette, innanzitutto, di ripartire meglio i costi rispetto ad 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. Inoltre un secondo ritorno in termini di efficienza potrebbe derivare dall’impiego di meccanismi concorrenziali di due tipi: fra fondi, per assicurarsi iscritti, dato che agli individui o alle imprese vengono attribuiti gradi più o meno rilevanti di libertà di scelta del soggetto assicuratore; da parte dei gestori dei fondi nel momento in cui scelgono e contrattano i pacchetti di prestazioni ed i relativi prezzi con gli erogatori di servizi sanitari. La possibilità di mettere in competizione tra loro i fondi o gli erogatori dovrebbe assicurare migliori rapporti fra qualità e prezzo [OECD 2004; Thomson e Mossialos 2009].

Accanto all’efficienza nel contenimento dei costi di produzione, non va dimenticato un possibile ritorno di efficienza ed equità anche sotto il profilo organizzativo-aziendale. 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 spesso 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 (dalle attività di prevenzione a quelle per la non autosufficienza e la disabilità, in quest’ultimo caso non tanto del lavoratore quanto dei suoi familiari, semplificando, quindi, i problemi di conciliazione fra cura e lavoro per il lavoratore).

Una parte della letteratura economica, che maggiormente si è occupata del tema rispetto a quella socio-politologica, avanza, però, tutta una serie di dubbi sulla bontà complessiva del processo di rafforzamento dei fondi sanitari. Le critiche si concentrano su tre aspetti, che appaiono in buona parte speculari a quelli sottolineati fra i vantaggi: *sostenibilità; efficienza; equità*.

Sempre Granaglia [2010] fa notare come vi sia tutta una serie di rischi sanitari (ad esempio legati all’odontoiatria e all’igiene orale) e socio-sanitari (ad esempio legati ai bisogni 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 i fondi, per ragioni di sostenibilità economia delle proprie casse, debbano: coprire solo una parte limitata dei costi (tramite sia i massimali/franchigie previsti per il rimborso della spesa sostenuta dagli iscritti che vincoli di età massimi nell’accesso alle prestazioni, sapendo come è in età adulta e soprattutto anziana che i costi sanitari crescono), operare tramite una forte selezione all’entrata dei potenziali iscritti (tramite forme di *dumping*) o decidendo di coprire solo alcuni rischi sanitari (tramite forme di *cream skimming*) [Barigozzi 2006]. Pur trattandosi di sistemi sanitari assai diversi da quello italiano e in cui i fondi hanno un ruolo sostitutivo dell’assistenza pubblica per i cittadini a reddito alto o medio-alto, l’esperienza tedesca degli ultimi tre decenni e quella olandese fino alla riforma del 2006 mostrano chiaramente come, in compresenza di un sistema di assistenza pubblica e di uno composto da fondi o forme assicurative di carattere privato, si creino forti segmentazioni nel mercato sanitario, con la concentrazione di individui ad alto rischio all’interno del sistema mutualistico pubblico, contribuendo fortemente al suo deficit [Busse e Wortz 2004; Tapay e Colombo 2004; Thomson e Mossialos 2006].

Il problema della sostenibilità delle prestazioni dei fondi assume, quindi, rilevanza per molte prestazioni: se la via di uscita è quella di un forte supporto pubblico (tramite robuste forme di

agevolazione fiscale), diventa importante chiedersi se non convenga utilizzare le risorse dello Stato in maniera più diretta tramite interventi sul SSN.

Tale dubbio emerge leggendo le considerazioni di vari studiosi sui rischi di scarsa efficienza dei fondi. Gechert [2009], ad esempio, analizzando gli effetti in termini di efficienza dell'introduzione di fondi integrativi in Australia, Canada e Svizzera, illustra come il costo delle singole prestazioni coperte dai fondi sia maggiore rispetto a quello che si sarebbe registrato se la prestazione fosse stata erogata dal settore pubblico. A ciò si collega il fatto che i costi amministrativi per assicurato dei fondi sono anch'essi significativamente maggiori di quelli della sanità pubblica (si veda anche Thomson e Mossialos 2009). Tutto ciò sembra collegabile a quattro fattori fra loro correlati: l'assenza nei fatti di un mercato competitivo fra i fondi; la presenza di disincentivi alla rescissione del fondo; l'assenza di modelli di integrazione fra fondi ed erogatori; la possibilità per molti fondi di operare politiche di *dumping* e *cream skimming*. Come si può notare, alcuni dei limiti all'efficienza dei fondi possono essere anche alla base della scarsa sostenibilità del modello.

Il terzo rischio è legato alle potenziali conseguenze del funzionamento dei fondi sull'equità o, in questo caso, sull'iniquità degli stessi [Granaglia 2010; OECD 2009]. L'accesso ai fondi da parte dei cittadini sembra essere legato potenzialmente al possesso di almeno una delle due seguenti risorse: quelle economiche tradizionali o quelle legate al luogo di lavoro. 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, come vedremo, si sta maggiormente diffondendo in Italia riguarda, invece, coloro che, tramite la propria azienda, hanno accesso, spesso a prezzi avvantaggiati, ai fondi. I vantaggi in quest'ultimo caso sono in genere di una 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 agli erogatori, forte del pacchetto di risorse e di potenziali utenti che rappresenta.

Se l'accesso ai fondi è, però, legato al possesso di una delle due risorse appena citate, il rischio è che si introducano nuove forme di diseguaglianze nelle forme di tutela [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 più dubbiosi sui benefici dei fondi [Granaglia 2009; Carrieri 2009], ve ne sono altri maggiormente propensi a vedere, invece, in questi istituti alcuni dei pilastri su cui far reggere il welfare sanitario del futuro [Pammoli e Salerno 2011]. Molte delle considerazioni riportate nella letteratura appena citata hanno, però, il limite di basarsi su ipotesi teoriche relative al funzionamento dei mercati, o su letteratura che ha come casi empirici esperienze estere, quali quelli richiamati o altri, come quello francese o irlandese [Buchmueller e Couffinhal 2004; Colombo e Tapay 2004], nei quali i fondi e le forme assicurative private hanno per lo più un ruolo sostitutivo o complementare rispetto all'assistenza pubblica, e quindi diverso da quello rivestito in Italia. Per ragioni chiaramente oggettive (l'esperienza dei fondi è relativamente recente, soprattutto se si considerano le innovazioni legislative che, a partire dal 2008, li hanno fortemente rilanciati) è complesso raccogliere dati puntuali su quanto stia effettivamente succedendo e come si stia sviluppando il fenomeno in Italia.

Lo scopo del capitolo è discutere i vantaggi e gli svantaggi derivanti da tali fondi a partire da come concretamente si sta strutturando il panorama italiano. A tal fine si è studiato il funzionamento concreto di una serie di fondi.

Le ipotesi che hanno guidato lo studio sono le seguenti:

1. *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;*

2. *i vantaggi e gli svantaggi che i fondi sanitari possono avere nel contesto italiano, ed 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 viene posta ed al tipo di regolazione;*
3. *fra i rischi principali vi sono a) una accentuazione del particolarismo-frammentato tipico del welfare italiano [Ferrera 2010], b) un "ritorno al passato", visto che la sanità in Italia, rispetto ad altri settori delle politiche sociali (ad esempio le pensioni o le altre forme di sostegno del reddito), ha un impianto "universalistico" e non "categoriale/occupazionale", c) un abbassamento complessivo della copertura pubblica in sanità, operato in maniera indiretta e non dichiarata, d) un posponimento di una seria discussione sulla copertura adeguata da riserva a "nuovi rischi sociali" [Taylor Gooby 2005].*

Si tenterà di testare la validità di tali ipotesi a partire dal paragrafo 4. Nel prossimo paragrafo si introdurrà brevemente la normativa italiana sui fondi sanitari, in modo tale da offrire le coordinate esatte di come tale fenomeno si configuri in Italia.

### 3. *La normativa sui fondi sanitari in Italia*

I fondi sanitari si configurano nella normativa italiana come forme di mutualità volontaria istituiti con il decreto legislativo n. 229 del 1999 (la cosiddetta riforma "Bindi" della sanità italiana), anche se erano già stati precedentemente delineati nel 1986 (l. 917) e nel 1992 (l. 502)<sup>1</sup>. In tale decreto del 1999 si esplicitava la loro natura "integrativa" rispetto al Servizio Sanitario Nazionale ed 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 LEA e per le prestazioni sociosanitarie erogate in strutture residenziali o semiresidenziali 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'equipe 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 (ed ambivalente - ambiguo) significato: una garanzia di copertura di prestazioni non di competenza, al di fuori, del SSN, in qualche modo aggiuntive e supplementari rispetto all'assistenza pubblica (anche se non esattamente nel senso in cui tale categoria viene comunemente impiegata in letteratura); 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, etc.), e quindi si configurano in questo senso come forme assicurative complementari rispetto 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 in anni più recenti che si arriva ad una ulteriore svolta e rilancio del fenomeno, almeno da un punto di vista della legislazione. Con la Legge Finanziaria del 2008 (n. 244/2007) ed il relativo decreto applicativo del Ministero della Salute (del 31 Marzo 2008), l'allora Ministro della Salute Livia Turco rivede le norme in materia di contributi alle forme di assistenza sanitaria integrativa. In particolare tale Legge stabilisce come il sistema dell'assistenza sanitaria integrativa

---

<sup>1</sup> In particolare sia il decreto del Presidente della Repubblica del 22 dicembre 1986 n.917 che il decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, prevedevano l'individuazione degli ambiti di intervento nei quali far rientrare le prestazioni erogate dai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, così come la prescrizione di come "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".

si debba basare sulle prestazioni fornite da: Enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale; Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale<sup>2</sup>. Sempre nella stessa normativa si prevede, inoltre, come le condizioni di fruizione dell'agevolazione fiscale per i lavoratori e per le aziende nei casi in cui sostengano parte di tali siano vincolate ai seguenti comportamenti: i contributi debbono essere versati a "Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. 502/92"; "i Fondi devono operare negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del ministro della Salute". La Legge finanziaria del 2008 stabilisce inoltre che l'importo massimo dei contributi deducibili deve essere complessivamente non superiore a circa 3.600 euro all'anno. Per monitorare il fenomeno, la l. 244/2007 prevede l'Istituzione di un "Anagrafe Fondi Sanitari", gestita dal Ministero della Salute, all'interno della quale si debbono iscrivere e debbono ricevere l'autorizzazione ed il riconoscimento tutti gli enti appena elencati, pena l'esclusione dai benefici di deducibilità fiscale dei contributi versati.

Altro elemento estremamente rilevante del "decreto Turco" è la definizione relativamente precisa degli "ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale". In particolare la legge prevede un vincolo minimo di spesa per i Fondi rispetto ai campi di intervento. In maniera innovativa si indica, infatti, come i Fondi "eroghino prestazioni relative all'assistenza odontoiatrica e socio-sanitarie relative finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti" per la parte non garantita dalla normativa vigente e dai LEA. Nella sostanza la normativa indica l'obbligo per i Fondi sanitari di spendere almeno il 20% delle proprie prestazioni in due campi tradizionalmente al di fuori del SSN: l'odontoiatria e le cure per la non autosufficienza.

In base alle innovazioni proposte dalla Turco, quindi, gli ambiti di intervento dei Fondi integrativi comprendono a partire dal 2008: prestazioni aggiuntive, non comprese nei Lea e con questi integrate, erogate da professionisti e strutture accreditati prestazioni erogate dal Ssn per la quota a carico degli assistiti (ticket, libera professione dei medici, servizi alberghieri negli ospedali); prestazioni socio sanitarie in strutture accreditate residenziali e semi residenziali o in forma domiciliare per la quota pagata dagli assistiti; cure termali non a carico del Ssn; medicina non convenzionale anche se erogata da non accreditati; assistenza odontoiatrica limitatamente alle prestazioni non a carico del Ssn; assistenza ai non autosufficienti; prestazioni odontoiatriche non comprese nei Lea per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche presso strutture autorizzate, anche se non accreditate. Accanto a questi, viene nella sostanza permesso ai fondi con il "decreto Turco" di operare in tutti i settori della sanità e di poter comunque avere accesso alle agevolazioni fiscali.

Nelle intenzioni del Ministro i fondi sanitari integrativi vengono, quindi, visti come "il secondo pilastro" dell'assistenza sanitaria, enfatizzando quindi il loro carattere di complementarietà rispetto all'assistenza sanitaria pubblica.

Il "decreto Turco" richiedeva, però, due passi successivi che sono stati compiuti durante la successiva legislatura con un ulteriore decreto attuativo dall'allora Ministro della Salute Sacconi del 27.10.2009: la definizione delle modalità effettive di calcolo del 20% delle prestazioni "vincolate", e cioè quelle da dedicare in maniera esclusiva ad alcuni tipi di interventi (odontoiatria, etc.); le modalità di funzionamento dell'Anagrafe dei Fondi. L'elemento più interessante di tale ultima normativa è il maggior livello di dettaglio rispetto alla definizione delle prestazioni "vincolate", distinte in quattro "voci": l'assistenza odontoiatrica, incluse le protesi; le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per i non autosufficienti per favorirne l'autonomia e la permanenza a casa, ma

---

<sup>2</sup> Entrambe le categorie sono costituite in genere da Enti nonprofit; in particolare, spesso le casse sono costituite in forma di associazione non riconosciuta, mentre i fondi integrativi tendono ad assumere la forma di società di mutuo soccorso (Legge n. 3818/1886) o di altri soggetti dotati di personalità giuridica ai sensi del Codice Civile.

anche presso le strutture residenziali e semiresidenziali non assistibili a domicilio; le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire ai non autosufficienti, sia a casa sia presso strutture esterne; le prestazioni destinate al recupero di chi è temporaneamente inabile per infortunio o malattia, dagli ausili ai dispositivi medici fino alle cure termali e alla riabilitazione.

#### *4. Le caratteristiche dei fondi sanitari: i risultati dell'analisi di un campione di fondi*

##### *4.1 Una complicata stima del fenomeno*

Per avere un'idea della rilevanza dei fondi nel panorama sanitario italiano, possiamo partire da un dato dell'OECD che indica come la loro salienza sia ancora limitata, almeno fino al 2010: essi rappresentavano, infatti, circa il 15% della spesa sanitaria privata ed una cifra vicino ai 4 miliardi di euro di quella complessiva.

Accanto al dato economico, dobbiamo cercare di approfondire il tema della copertura e dei mutamenti nel tempo. Purtroppo non sono ancora disponibili a tutt'oggi dati precisi e puntuali sul fenomeno, ma solo stime. Se si comparano le informazioni riportate in questo capitolo con quello dedicato alle pensioni complementari, si nota immediatamente come il campo dei fondi sanitari sia molto più immerso in un contesto non ancora perfettamente "istituzionalizzato", almeno sotto il profilo della produzione di statistiche ufficiali sul fenomeno stesso. E' stata istituita di recente una "Anagrafe dei Fondi Sanitari", presso il Ministero della Salute, alla quale è obbligatorio iscriversi nel caso un Fondo intenda accedere ai benefici fiscali previsti dalla normativa. Per ora tale Anagrafe non ha utilizzato i dati a disposizione per pubblicare statistiche e, elemento (temporaneo?) interessante, non prevede fra i campi obbligatori da compilare da parte dei Fondi le informazioni relative al numero degli "iscritti".

Avendo richiesto direttamente informazioni all'Anagrafe, questi sono i principali dati a disposizione per l'anno 2011:

- il numero complessivo dei Fondi Sanitari iscritti è 293;
- il 17% sono Fondi Sanitari Integrativi del SSN (art. 9 del D.Lgs 502/92) e l'83% sono Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale (art. 51 comma 2, lettera a) del D.P.R. 917/1986);
- il numero di "iscritti" complessivo dei Fondi che hanno trasmesso i dati (201 dei 293 che hanno fatto richiesta di iscrizione all'Anagrafe) è di 3.366.967.

Il dato per noi più interessante, l'ultimo, è purtroppo insoddisfacente, non sapendo se fra gli oltre 90 fondi che non hanno comunicato le informazioni sulle iscrizioni vi siano realtà particolarmente di grandi dimensioni. Pertanto, in parallelo ai dati dell'Anagrafe, con la presente ricerca e con l'aiuto di un numero relativamente ampio di responsabili sindacali, abbiamo raccolto informazioni su circa quaranta fondi, cercando di prendere tutte le principali realtà di tipo categoriale (e cioè fondi creati all'interno dei rinnovi contrattuali di settore). Il dato, parziale, così ottenuto è già superiore a quello comunicato dall'Anagrafe e pari a circa 3.7 milioni di "iscritti".

Questa nostra stima, chiaramente più bassa del fenomeno nella sua interezza, ma sufficientemente alta, tenendo presente il fatto che abbiamo incluso nella raccolta dati gran parte dei principali fondi categoriali, si discosta da altre formulate in questi anni.

Le stime che sono state effettuate fino ad ora indicano chiaramente come siano in forte aumento nel corso del tempo sia gli iscritti ai fondi che gli assistiti (questa ultima categoria comprende, oltre agli iscritti, anche altri soggetti, quali ad esempio i familiari a carico degli iscritti nei fondi in cui è permesso loro di entrarne a fare parte). Se le stime di Mastrobuono [1999] per l'anno 1998 indicavano circa la presenza di 657 mila iscritti e 1.4 milioni di assistiti, alcune delle stime più recenti prodotte dalla Labate [2011] proponevano valori decuplicati: circa 6 milioni di iscritti ed oltre 10 milioni di assistiti (tab. 2).

Le nostre stime ed i dati del Ministero ("per difetto", visto che mancano informazioni su numerosi fondi) sugli iscritti appaiono ben più contenute di quelle di Labate: anche se si ipotizzasse che i

fondi mancanti nelle nostre stime e nei dati del Ministero abbiano molti iscritti, sarebbe, comunque, difficile ipotizzare che le informazioni irreperibili ci permettano di arrivare a quasi 6 milioni di iscritti come suggerito dalla Labate per il 2008.

Un dato di iscrizioni che si situa attorno ai 4 milioni, stima più probabile rispetto alle nostre “per difetto”, non è comunque assolutamente da trascurare: si tratterebbe di quasi il 25% del totale degli occupati alle dipendenze in Italia.

Tab. 2 Numero di iscritti a Fondi Sanitari nel tempo: alcune stime offerte nel dibattito italiano

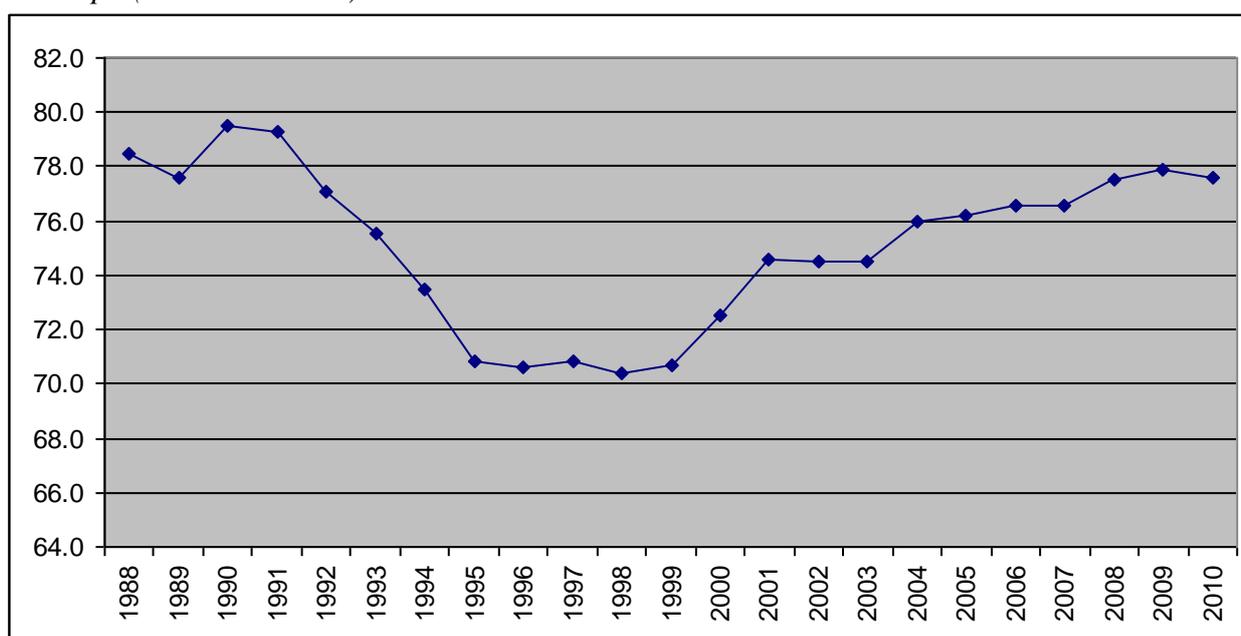
Anno	Iscritti	Assistiti	Fonte
1998	657.692	1.436.208	Mastrobuono (1999)
2003	980.865	2.179.363	Pfizer (2003)
2008	5.983.000	10.341.210	Labate (2011)

#### 4.2 I fattori alla base dell'espansione

Qualunque stima si scelga, dagli anni '90 a quelli più recenti si nota un forte aumento nelle iscrizioni ai Fondi. Una prima domanda che ci si può porre riguarda il perché di tale dinamica di rapida crescita. La risposta che emerge dall'analisi è complessa e va in quattro direzioni.

Innanzitutto, il crescente successo dei fondi non sembra, almeno fino al 2010, legato ad un abbassamento del livello di protezione pubblica: il grafico 2 mostra come una forte “privatizzazione” della spesa sanitaria è stato un fenomeno che ha interessato gli anni '90 e la prima parte del decennio passato, ma negli anni in cui sono iniziati a crescere verticalmente gli iscritti ai fondi tale fase iniziava ad essere lasciata (almeno fino al 2010) alle spalle. Se la spesa sanitaria pubblica incideva, infatti, per il 78% circa di quella totale a fine anni '80, nel 2010 siamo tornati a valori simili, dopo aver toccato il punto di caduta più basso nel 1998 con il 70% circa della spesa. Si tenga, inoltre, presente come nel periodo 2000-2009 la spesa pubblica pro-capite in sanità nel nostro paese è cresciuta annualmente in media in termini reali del 2.4% [rielaborazioni da OECD 2012]. Questi dati confermano un'acquisizione della letteratura internazionale, secondo cui l'effetto di sostituzione della spesa per forme assicurative private rispetto alla spesa sanitaria pubblica sia minimo o nullo [OECD 2009; Mossialos e Thomson 2009].

Graf. 2 Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa sanitaria in Italia nel corso del tempo (anni 1988-2010)



Fonte: OECD Health Data 2012 (<http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>)

Una seconda spiegazione più plausibile è che vi sia la volontà da parte di molti cittadini di impiegare in maniera più efficiente le risorse che spendono in sanità, vista la caratteristica italiana di avere una spesa privata fondamentale individuale e legata all'*out-of-pocket*. Da una rielaborazione dei microdati dell'indagine sui consumi delle famiglie dell'Istat per il 2007 (si è volutamente scelto l'ultimo anno prima dell'inizio della crisi per evitare che le valutazioni sul livello di spesa sanitaria risentissero di quanto sta avvenendo in questo ultimo periodo), emerge come siano circa un quarto le famiglie italiane che nel mese precedente all'intervista hanno effettuato spese per pagare prestazioni socio-sanitarie e sanitarie sotto forma di compartecipazione o di costo totale (mentre circa un altro 12% ha usufruito di cure completamente gratuite). Le famiglie che hanno dovuto spendere per uno o più dei propri familiari hanno sostenuto un costo in media di 3.350 euro (ed in mediana di 1.140). Inoltre vi è un gruppo non indifferente di famiglie (circa il 6% del totale), che spende più della media italiana all'anno per cure familiari (tab. 3). Pertanto una crescente presenza e offerta di fondi sanitari da parte di aziende e all'interno di contratti categoriali hanno incontrato una domanda di copertura economica delle spese sanitarie insoddisfatta e non irrilevante sotto il profilo economico da parte di lavoratori e delle loro famiglie.

*Tab. 3 Le spese per la sanità delle famiglie italiane (anno 2007)*

% famiglie i cui membri hanno effettuato cure sanitarie	36.0%
% famiglie i cui membri hanno effettuato cure sanitarie senza pagare	11.8%
% famiglie i cui membri hanno effettuato cure sanitarie pagandone (una parte)	24.2%
Costo medio annuale familiare per cure sanitarie*	3.350 euro
Costo mediano annuale familiare per cure sanitarie*	1.440 euro
% famiglie che spendono almeno 3.350 euro all'anno per cure sanitarie	5.6%

\* Dato riferito solo alle famiglie che spendono per sanità

Fonte: Rielaborazioni microdati Indagine sui consumi – anno 2007, Istat

La terza e la quarta spiegazione si collegano all'origine dei fondi attuali. Il mondo dei fondi e delle casse appare, infatti, diviso in due grandi gruppi (tab. 4): realtà con tradizioni storiche, risalenti a prima della riforma Bindi del 1999; enti sorti a partire dalla fine degli anni '90.

*Tab. 4 La distribuzione dei fondi per anno di fondazione/inizio attività (analisi su campione di fondi: n° 39)*

	%	Caratteristiche
% fondi creati prima del 1999	46.0	Soprattutto fondi aziendali/di gruppo
% fondi creati fra il 1999 e il 2004	9.8	Fondi aziendali/di gruppo ma soprattutto
% fondi a partire dal 2005	44.2	forte espansione fondi categoriali
Totale	100,0	

Nel nostro campione circa la metà dei fondi (46.0%) è stato creato prima del 1999. Si tratta spesso di realtà che affondano le loro origini in esperienze ottocentesche, come la Società di Mutuo Soccorso "Cesare Pozzo", sorta nel 1877, o nate nella contrattazione aziendale / di gruppo degli anni '70-'80, magari in imprese pubbliche, come nel caso del FIS dell'ENI del 1984. In genere queste sono esperienze per la gran parte di livello aziendale o, appunto, di gruppo. I fondi aziendali in questa fase meno recente si sviluppano nei settori "forti" dell'economia italiana: in parte presso i gruppi e grandi imprese, sia pubbliche che private, nel campo energetico, petrol-chimico, bancario, delle comunicazioni e della meccanica. Come ricostruito dalle interviste a testimoni privilegiati, in vari settori si possono distinguere tre fasi: una fase di espansione di fondi aziendali a livello di singole importanti realtà; una seconda fase in cui, grazie anche alla pressione del sindacato, si introducono in fase di contrattazione settoriale fondi categoriali, che omogeneizzano maggiormente a livello di aziende del comparto le condizioni di accesso a tali enti; la terza fase è quella più recente e si caratterizza per un tentativo delle medio-grandi imprese di riappropriarsi dei propri

fondi aziendali, cercando di amministrarli maggiormente in maniera autonoma, quale strumenti di gestione delle risorse umane per fidelizzare i propri lavoratori.

Tale terza fase di trasformazione dei fondi “tradizionali” è accompagnata dall’espansione di nuovi fondi, spesso aziendali, ma sempre più categoriali. Dal 1999 ad oggi sono sorti oltre la metà di tali enti, soprattutto negli anni più recenti (il 44% è stato creato o reso operativo a partire dal 2005; addirittura circa un quinto è stato creato dopo il 2008 - dato non riportato in tabella).

Il quadro, fin qui ricostruito tramite interviste a testimoni privilegiati e analisi dei 39 fondi studiati, è confermato anche dai risultati della survey su 318 grandi imprese operanti in Italia (tab. 5).

Il 63% circa delle aziende offre al proprio interno un fondo sanitario, mentre solo il 10% presenta anche un fondo per la non autosufficienza.

Nei due terzi dei casi l’istituzione del fondo sanitario è avvenuta tramite accordi contrattuali fra le parti sociali a livello nazionale di categoria. Tale percentuale risulta in parte più ridotta nel caso dei fondi LTC.

La forte accelerazione nell’introduzione dei fondi negli anni più recenti è confermata dalle informazioni contenute nella parte destra della tabella 5: metà dei fondi sanitari è stata istituita dopo il 2006 e circa un terzo prima del 2001. I fondi per il LTC appaiono una novità anche più recente.

*Tab. 5 Presenza di fondi sanitari e fondi per il long-term care nelle aziende di grandi dimensioni in Italia (anno 2012)*

	% aziende	Livello istituzione fondo *, **		Anno istituzione fondo**		
		naz.le categ.	Aziendale	Prima 2001	2001-2005	2006-2012
Fondo sanitario	63.3%	67.4%	33.6%	35.4%	12.5%	52.1%
Fondo LTC	9.8%	58.8%	35.3%	13.3%	86.7%	

\* percentuale rimanente per arrivare al 100%: livello territoriale di categoria

\*\* percentuale calcolata rispetto al solo totale delle aziende che hanno introdotto il benefit

Fonte: indagine IRES sul welfare aziendale [2012]

L’offerta di fondi sembra incontrare il favore dei lavoratori in molte aziende, confermando quanto sopra riportato (tab. 6). Rispettivamente nel 59% e nell’82% circa del nostro campione si sono iscritti ai fondi sanitari e di LTC oltre i quattro quinti degli occupati. Solo in un numero limitato di casi (attorno al 13%) i fondi sanitari hanno riscosso poco successo fra gli occupati.

*Tab. 6 Tassi di adesione (in percentuale rispetto al totale degli occupati in azienda) a fondi sanitari e fondi per il long-term care nelle aziende di grandi dimensioni in Italia (anno 2012) (dato riferito solo totale delle aziende che hanno introdotto fondi)*

	Meno de 21% dei lavoratori	dal 21 al 40%	dal 41 al 60%	dal 61 all’80%	Oltre l’80% dei lavoratori	Totale
- Fondo sanitario	13.3%	5.6%	9.1%	13.3%	58.7%	100,0%
- Fondo LTC	11.8%		5.9%		82.4%	100.0%

Fonte: indagine IRES sul welfare aziendale [2012]

Le ragioni di tale successo di adesioni sono da ricercare anche nell’ampio spettro di prestazioni offerte dai fondi (tab. 7). Quasi tutte offrono copertura rispetto ai costi di visite specialistiche, ambulatoriali e di diagnostica (attorno o oltre il 90%). Gran parte prevede anche prestazioni di ricovero ospedaliero e odontoiatria (attorno all’80%). Un numero non indifferente di aziende offre tramite i fondi sanitari cure fisioterapiche e di riabilitazione e sostegno per i costi di occhiali e lenti. Il 43% delle aziende offre prestazioni per la non autosufficienza fra quelle assicurate tramite i fondi sanitari. Se analizziamo nello specifico i fondi per l’LTC si nota come, accanto ad un intervento prevalente tramite erogazioni monetarie, in alcune realtà si iniziano a fornire anche servizi di assistenza (domiciliare, etc.).

Tab. 7 Alcune caratteristiche delle prestazioni offerte dai fondi sanitari e di LTC (dato riferito solo totale delle aziende che hanno introdotto fondi)

Prestazioni offerte dal fondo sanitario:	% aziende che offrono il tipo di prestazione
- visite specialistiche/ambulatoriali	94,4%
- diagnostica	90,1%
- ricoveri ospedalieri	81,8%
- odontoiatria	79,0%
- riabilitazione e fisioterapia	64,3%
- occhiali e lenti	55,2%
- cure per non autosufficienza	43,4%
<b>Prestazioni offerte dal fondo LTC:</b>	
- prestazioni monetarie	100,0%
- servizi di assistenza	17,6%

Fonte: indagine IRES sul welfare aziendale [2012]

Se l'origine o il consolidamento dei fondi fino agli anni '90 aveva origine nelle forme di pressione del sindacato nei settori più ricchi dell'economia italiana (talvolta ancora in mano pubblica), la nascita dei nuovi enti avviene in un contesto abbastanza mutato per via dei cambiamenti negli obiettivi della contrattazione a livello aziendale e categoriale, così come nelle caratteristiche del sistema produttivo italiano.

Ormai da alcuni anni vi sono chiari segnali di come una parte consistente di quest'ultimo abbia difficoltà nel mantenere alta la produttività e la competitività a livello internazionale. Ciò sembra riverberarsi anche nelle fasi di contrattazione aziendale e categoriale dove, ad una forte moderazione salariale, si accompagna lo sviluppo di tutta un'altra serie di *provision* che presentano la doppia caratteristica di essere meno costose per le aziende (rispetto ad incrementi salariali netti), facili da implementare (nel nostro caso si tratta di trasferire risorse dell'impresa ad un fondo, attività molto meno complessa da gestire sotto il profilo organizzativo che altri tipi di servizi possibili), sempre più adottabili come strumenti per la gestione e l'incentivazione delle risorse umane e ben accette ai lavoratori.

Gran parte degli intervistati, sia quelli partecipanti alla contrattazione nazionale che quelli coinvolti a livello decentrato, concorda con tale interpretazione, come esemplificato da un rappresentante sindacale nazionale di un tipico settore "made in Italy", esposto alla concorrenza internazionale:

*"Uno dei problemi che abbiamo nel nostro settore è la concorrenza internazionale ed 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, etc.)... 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".*

Un ulteriore esempio, di una grande azienda chimica italiana, può essere utile per comprendere il passaggio, così come indicato da un dirigente dell'azienda:

*"Nell'ambito del recente rinnovo dell'integrativo aziendale, abbiamo promosso alcuni cambiamenti rispetto al funzionamento del cosiddetto "premio di partecipazione"<sup>3</sup>. Nel precedente accordo si partiva da 1.770 euro per il 2007, con un incremento annuale di 100 euro che portava a 2.070 euro per il 2010. Con il rinnovo del nuovo contratto, i sindacati si attendevano di iniziare la trattativa sul "premio di partecipazione" partendo dal livello raggiunto nell'ultimo integrativo, ovvero i 2.070 euro previsti per il 2010. L'azienda ha, invece, proposto di retrocedere come nuovo punto di partenza a 1.900 euro e non*

<sup>3</sup> Il "premio di partecipazione" è un premio annuale che viene corrisposto dall'azienda ai lavoratori in relazione agli andamenti di una serie di indicatori di performance aziendale, in termini di redditività (per un 30%) e di produttività (per il restante 70%). La somma del premio viene stabilita nell'accordo integrativo con un incremento progressivo su base annuale.

2.070. In compensazione a questa perdita in partenza (pari a 170 euro), l'azienda ha offerto ai lavoratori l'estensione a proprio carico della copertura del FASCHIM, il Fondo sanitario nel settore della chimica, alla famiglia che corrisponde, ricordiamo, a 363 euro annui. In questo modo la perdita in partenza viene più che compensata dal valore della copertura al fondo sanitario integrativo che si accolla l'azienda. Per i lavoratori non interessati a questo tipo di proposta (in particolare i giovani che non hanno famiglia, oppure chi già è coperto dal fondo sanitario integrativo di un proprio familiare) e che, pertanto, verrebbero penalizzati dal decremento in partenza, l'azienda ha offerto un'integrazione mensile al FONCHIM, il fondo integrativo di previdenza del settore chimico-farmaceutico”.

Il quadro appena descritto a partire da interviste a testimoni privilegiati trova un suo riscontro nei dati della survey sulle aziende di grandi dimensioni in Italia (tab. 8). Nel caso dei fondi sanitari, circa il 64% delle aziende che li hanno introdotti, lo ha (anche) fatto per motivi di moderazione salariale: addirittura circa un quinto delle aziende sembra aver proposto ai propri lavoratori e ai loro rappresentanti quasi un trade-off secco fra mancati aumenti salariali e istituzione o rafforzamento di un fondo. Il sindacato sembra aver giocato un ruolo diretto importante di pressione in (solo) un quinto dei casi, mentre l'atmosfera collaborativa fra impresa e lavoratori sembra rilevante in circa un terzo delle realtà analizzate: probabilmente questo item di risposta appare più appropriato per spiegare le motivazioni alla base dell'istituzione dei fondi rispetto al tema della fidelizzazione dei lavoratori in senso stretto o addirittura il paternalismo del datore di lavoro, che appare quasi del tutto assente dal quadro qui presentato.

Situazione in buona parte simile si riscontra nel caso dei fondi dedicati all'LTC.

Tab. 8 Motivazioni alla base dell'introduzione dei fondi sanitari e di LTC (dato riferito solo totale delle aziende che hanno introdotto fondi) (anno 2012)

	Fondo sanitario	Fondo LTC
Fondo come alternativa a mancati aumenti salariali	19.3%	5.3%
Fondo come mix fra aumenti moderati salariali e offerta prestazioni di welfare	43.3%	52.6%
Fondo quale strumento di fidelizzazione dei lavoratori dell'azienda	12.3%	10.5%
Fondo quale espressione del paternalismo del datore di lavoro	2.3%	0.0%
Fondo quale espressione del potere di pressione del sindacato	21.6%	21.1%
Fondo quale espressione di forme collaborazione fra impresa e lavoratori	33.3%	36.8%

Nota: percentuali di colonna superiori al 100% in quanto possibili due risposte

Fonte: indagine IRES sul welfare aziendale [2012]

Il risultato complessivo che emerge dall'analisi fin qui compiuta è un quadro abbastanza frammentato con quasi 300 fondi, così distribuiti:

- grandi fondi categoriali, accompagnati da alcuni più piccoli di “nicchia”<sup>4</sup>, nei settori in cui le dimensioni aziendali sono mediamente piccole, vi è alto rischio legato all'occupazione ed il livello di produttività è contenuto (ad esempio il commercio e, in parte, il turismo, dove la realtà principale è rappresentata dal Fondo EST con oltre 1.1 milioni di iscritti, o l'agricoltura, con il fondo FISLAF con quasi 900 mila iscritti);
- fondi di gruppo nel settore bancario o nelle grandi imprese manifatturiere;
- fondi aziendali nelle imprese, soprattutto manifatturiere, ad alta produttività e fortemente proiettate nella competizione internazionale.

La tabella 9, ottenuta a partire dalle risposte della survey, ci illustra il quadro per le grandi aziende operanti in Italia. La tabella è stata costruita attorno a due variabili (la diffusione a livello di ciascun settore dei fondi sanitari; l'importanza della contrattazione categoriale nell'introduzione di tali fondi), a cui ne è stata poi aggiunta una terza per completare il quadro comparativo fra settori economici (il livello di adesione dei lavoratori ai fondi proposti).

<sup>4</sup> Come indicato da vari intervistati, il tentativo di arrivare a grandi e unici fondi settoriali in categorie, ad esempio, come agricoltura, commercio e turismo è stato per ora frustrato dal livello di frammentazione contrattuale da un punto di vista datoriale: mentre sono sempre gli stessi rappresentanti sindacali che siedono al tavolo della trattativa nei settori appena menzionata, gli attori cambiano a seconda del contratto da parte dei rappresentanti degli imprenditori. Ciò rende più difficile giungere a contratti unici per tutti i lavoratori di un settore.

Il quadro che emerge è il seguente. Il “made in Italy” tradizionale (tessile-abbigliamento, calzature, etc.) è il settore che presenta la minore diffusione di fondi e, quando questi vengono istituiti, si tratta di fondi aziendali che riscuotono molto successo. Un classico caso è quello della Luxottica.

Un quadro opposto si riscontra, invece, nell’agricoltura e nell’agroalimentare, così come 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. L’agricoltura e l’agroalimentare si differenziano, però, dai settori precedenti in quanto presentano tassi di adesione da parte dei lavoratori molto più contenuti.

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.

La metalmeccanica e gli altri servizi del terziario si situano in una situazione intermedia fra le precedenti. In particolare in entrambi i settori fra il 43% ed il 47% circa delle aziende offre fondi. Nel caso della metalmeccanica ciò è avvenuto principalmente tramite contrattazione aziendale, che ha riscosso spesso un certo successo fra i lavoratori in termini di adesioni, mentre in quello dei servizi tramite contratti categoriali nazionali, raccogliendo, però, meno consensi fra gli occupati.

*Tab. 9 Diffusione e caratteristiche assunte dai fondi sanitari a seconda del settore economico*

		Importanza dei contratti categoriali per l’introduzione dei fondi sanitari	
		Limitata	Forte
Diffusione fondi sanitari	Limitata	Tessile, abbigliamento, calzature, “made in Italy” classico (17.6%*; 33.5%**)(69.3%***)	
	Media	Metallmeccanico (42.9%*; 28.0%**)(51.7%***)	Altri servizi (47.1%*; 82.9%**)(36.2%***)
	Forte	Banche ed assicurazioni (96.0%*; 26.1%**)(83.3%***)	Agricoltura e Agroalimentare (92.7%*; 92.3%*)(38.5%***) Chimica, farmaceutica, energia (90.0%*; 92.3%**)(52.6%***) Commercio e turismo (87.9%*; 87.1%**)(62.0%***)

\* Dato riferito alla percentuale di aziende di ciascun settore che offrono fondi sanitari, calcolato rispetto al totale delle aziende in ciascun settore

\*\* Dato riferito alla percentuale di aziende di ciascun settore che offrono fondi sanitari tramite contratti categoriali, calcolato rispetto alle sole aziende di ciascun settore che presentano fondi

\*\*\* Dato riferito alla percentuale di aziende di ciascun settore che offrono fondi sanitari a cui hanno aderito almeno i due terzi dei lavoratori

#### 4.3 Vantaggi e rischi dei fondi sanitari

Se analizziamo il concreto funzionamento dei fondi in Italia rispetto ai vantaggi e ai potenziali rischi, i risultati delle indagini, sia qualitativa che quantitativa, ci offrono una serie di risultati, sintetizzabili 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 di collocazione sia settoriale che per qualifica professionale nel mercato del lavoro;
- una limitata capacità di intervento rispetto alla non autosufficienza in termini soprattutto di diffusione di fondi che offrono tali prestazioni.

I dati contenuti nelle tabelle 10 e 11 sono a supporto di tali affermazioni.

Nella tabella 10 sono riportate informazioni in merito ai rimborsi massimi annui per iscritto per alcune delle principali prestazioni offerte dai fondi sanitari in Italia. Tali informazioni riguardano il livello di diffusione delle singole prestazioni all’interno del campione di fondi considerati, l’importo medio e mediano dei rimborsi, il livello di eterogeneità circa gli importi rimborsabili

passando a seconda del tipo di fondo. In particolare il coefficiente di variazione, misurato come il rapporto fra deviazione standard e media, indica quanto il livello di generosità delle prestazioni tenda a mutare passando da un fondo all'altro: quanto più il valore è vicino a zero, tanto maggiore è l'omogeneità, quanto più si avvicina o supera l'unità, tanto più si è in presenza di una forte eterogeneità.

Se prendiamo le colonne collocate nella parte sinistra della tabella 10, possiamo notare come mediamente le prestazioni assicurate dai fondi abbiano un importo consistente, soprattutto se confrontate con il valore medio delle spese sanitarie sostenute dalle famiglie italiane (tab. 4). Se, però, passiamo all'importo mediano già vediamo che, soprattutto per alcuni tipi di prestazioni (visite specialistiche, diagnostica e non autosufficienza), i valori si abbassano notevolmente da quelli medi.

*Tab. 10 Rimborso massimo annuo assicurato dai Fondi per singolo iscritto per tipo di prestazione: alcune informazioni di sintesi (anno 2011 o più recente) (n° fondi = 39)*

Tipo di prestazione	Indicatori del livello di generosità delle prestazioni		Indicatori del livello di eterogeneità della generosità delle prestazioni fra fondi			
	Importo medio (euro)	Importo mediano (euro)	% fondi con tipo di prestazione	Coefficiente di variazione	Valore minimo (euro)	Valore massimo (euro)
Visite specialistiche	2.234	700	100%	1.15	700	7.000
Ricoveri ospedalieri	68.841	60.000	95%	0.81	4.150	150.000
Diagnostica	2.695	1.050	92%	0.87	500	5.000
Odontoiatria	2.434	2.000	83%	0.91	500	6.600
Non autosufficienza	5.776	2.100	34%	0.97	1.200	13.200

Gli indicatori di eterogeneità nella generosità dei fondi ci mostrano un quadro in cui il livello di differenziazione è forte. Se le principali prestazioni (visite specialistiche, ricoveri ospedalieri, diagnostica e odontoiatria) vengono assicurate da gran parte dei fondi (con la forte e rilevante eccezione degli interventi per la non autosufficienza, coperti dal 37% delle realtà considerate), i coefficienti di variazione degli importi rimborsabili sono estremamente elevati: si va da un minimo di 0.81 per i ricoveri ospedalieri al 1.15 delle visite specialistiche. Anche i dati sui valori minimi e massimi dei rimborsi confermano l'idea che, a seconda del fondo a cui si appartiene, cambia fortemente il tipo di copertura su cui si può contare. 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 prestazioni sanitarie integrative.

Un risultato "a due facce" dei fondi si ricava anche osservando chi, oltre alla categoria dei lavoratori attualmente alle dipendenze di un'azienda (o, in alcuni casi, autonomi), possa avere accesso alle prestazioni. Per ricostruire tale aspetto abbiamo utilizzato sia l'analisi effettuata su un campione di fondi che quella sulle grandi aziende. I risultati sono in buona parte simili:

In due terzi dei casi anche i familiari (in genere solo quelli "a carico") dei lavoratori possono entrarne a far parte. Tale dato appare anche più alto se si considerano le sole grandi imprese (81.3%). Ciò significa, però, che in un numero non secondario di casi (soprattutto quando il

riferimento va alle aziende medio-piccole) queste figure sono escluse dalla copertura e, dato anche più rilevante, in gran parte dei casi i fondi non arrivano a coprire alcune delle figure più deboli del mercato del lavoro (i soggetti in mobilità o licenziati, i lavoratori con contratti a tempo determinato) così come il target principale della spesa sanitaria, gli anziani (l'OECD indica chiaramente come ormai circa la metà della spesa sanitaria complessiva nei paesi occidentali riguardi persone con più di 65 anni, spesso 75).

*Tab. 11 L'accesso ai fondi sanitari per una serie di profili socio-economici (n° fondi = 39; n° aziende = 318) (anno 2012)*

	Percentuale di fondi che copre anche*	Percentuale di grandi aziende che ha fondi che coprono anche**
Familiari dei lavoratori	67.9	81.3
Lavoratori in mobilità in precedenza iscritti	21.2	18.5
Pensionati ex-lavoratori con più di 70 anni	6.9	20.5
Lavoratori con contratti a tempo determinato	21.3	27.7
<i>Percentuale di aziende che differenzia intervento per qualifica lavorativa</i>	--	22.6

\* Dati raccolti tramite analisi di un campione di fondi

\*\* Dati raccolti tramite analisi di un campione di aziende di grandi dimensioni

Le considerazioni fin qui riportate ed emerse dalla nostra indagine sono corroborate dai risultati di un recente studio di RBM Salute e Munich Health, assieme al Censis [2012], su un campione di fondi sanitari che complessivamente copre una parte consistente del totale degli assistiti, circa due milioni di persone. Nell'ottica di analisi qui proposta due sono i risultati particolarmente interessanti che emergono dall'analisi appena menzionata.

Innanzitutto l'incapacità dei fondi di coprire uno dei principali profili che, nella società italiana, ricorre a cure sanitarie: solo il 2.1% degli assistiti di tali enti nel 2010 aveva più di 65 anni.

In secondo luogo, le prestazioni effettivamente erogate dai fondi appaiono in un numero minoritario di casi "integrative" rispetto al SSN (rappresentando rispettivamente il 27.8% degli importi richiesti e l'11% del numero di sinistri), o anche "complementari" (rispettivamente il 16.5% degli importi ed il 34.1% dei sinistri), mentre sono nella maggioranza dei casi "sostitutive" del Servizio Sanitario Nazionale (con circa il 55% sia degli importi che dei sinistri)<sup>5</sup>.

Entrambi i risultati mettono in luce i rischi sia di frammentazione nella copertura sulla base dell'età che di spinta verso una fuoriuscita dal SSN, con suo conseguente indebolimento, solo per coloro che, però, hanno un fondo che permetta loro tale opzione.

## 5. Conclusioni

L'analisi presentata in queste pagine ci mostra un quadro a due facce in merito al funzionamento e al ruolo dei fondi sanitari in Italia.

Da un lato, emerge un fenomeno molto dinamico e in forte crescita. Nel corso di pochi anni sono fortemente aumentati i fondi attivi così come gli iscritti agli stessi. Ugualmente, sotto il profilo delle prestazioni assicurabili, anche grazie ai decreti legge della fine del decennio scorso che hanno

<sup>5</sup> Nello studio vengono definite:

- "integrative" le prestazioni rientranti nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009, quali: assistenza infermieristica, cure dentarie, interventi chirurgici odontoiatrici e fisioterapia;
- "complementari" le prestazioni integrative non rientranti nella soglia delle risorse vincolate ex DM 27 ottobre 2009, ed anche altre prestazioni non individuate in tale DM e cioè: rimborsi ticket della specialistica, medicinali, trasporto sanitario, lenti/occhiali, protesi ortopediche e acustiche, cheek up o prevenzione, ricovero SSN, grandi interventi SSN;
- "sostitutive" le prestazioni fornite in alternativa a quelle erogate dal SSN, nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, quali: ricovero, day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, grandi interventi, parto, alta specializzazione (cure e alta diagnostica), visite specialistiche e diagnostica ordinaria, chirurgia refrattiva (miopia) e cure oncologiche.

imposto un tetto minimo di spesa per prestazioni come la odontoiatria e la non autosufficienza, sembra ampio il pacchetto di servizi offerti dai fondi e, in vari casi, anche molto generoso sotto il profilo degli importi potenzialmente rimborsabili. Tutto ciò risulta, quindi, positivo se letto in un'ottica di ampliamento dell'accesso a cure per una fascia di popolazione ormai relativamente ampia.

Dall'altro lato, tutta una serie di preoccupazioni, già espresse a livello teorico nella letteratura, sembra confermata, se non rafforzata dai risultati dell'analisi.

Rispetto ad una impostazione teorica 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: risultano diffuse iperframmentazione (i fondi erano 293 nel 2011) e forte eterogeneità nell'accesso e nelle prestazioni, a seconda delle caratteristiche socio-lavorative e di età degli individui. Se è vero che, almeno fino al 2010, la *provision* dei fondi non appariva sostitutiva di quella pubblica (perlomeno in termini di spesa non si è avuta una diminuzione di quella dello Stato compensata da un aumento di quella dei fondi), alcuni segnali recenti destano preoccupazione, se si intende mantenere un sistema universalistico. I segnali preoccupanti sono tre e concernono il ruolo attribuito (o attribuibile) ai Fondi nel quadro del welfare (sanitario) italiano. Il primo concerne il livello della spesa sanitaria pubblica in generale, il secondo, collegato strettamente al primo, riguarda la distribuzione della spesa dei fondi per tipo di intervento, ed il terzo il tema della non autosufficienza e delle cure croniche ed in età avanzata.

Le principali scelte degli ultimi due anni, e cioè la manovra finanziaria del 2011 del Governo Berlusconi e la "spending review" del 2012 dell'attuale Governo, hanno concentrato una fetta non indifferente dei tagli e dei "risparmi" attorno alla sanità e, fra le varie voci, hanno promosso la reintroduzione / innalzamento di ticket sanitari: si tratta di una spesa nell'ordine di miliardi di euro. Da alcune dichiarazioni di Ministri del Governo precedente (non apparentemente palesate nell'attuale), sembrava cogliersi una relazione fra la diffusione dei fondi (che coprono in molti casi una parte delle spese sanitarie che gli iscritti ad essi possono sostenere all'interno del SSN, fra cui le compartecipazioni ai costi) e i tagli o le forme di "razionalizzazione" della spesa sanitaria. Implicitamente o esplicitamente i fondi possono essere letti come la stampella per evitare che i tagli pubblici si trasformino in aumento in egual misura della spesa out-of-pocket dei cittadini. Tale processo rischia 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 è chiaro che 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 un fine generale di innalzamento del 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, che già si riscontra oggi nei fondi, assumerebbe un carattere ben più preoccupante in termini di iniquità e di diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari.

Tale rischio di "drift" è anche più forte se si considera il secondo segnale che emerge in questo caso dal lavoro RBM Salute, Munich Health e Censis citato in precedenza: il funzionamento dei fondi sta diventando, sotto il profilo della spesa, poco integrativo, abbastanza spesso complementare e soprattutto, in maggioranza, sostitutivo rispetto al funzionamento del SSN. Il servizio sanitario nazionale si è retto in questi suoi decenni di vita grazie ad un appoggio trasversale ed ampio in larghe parti della popolazione italiana, che hanno impedito il realizzarsi di tentativi di privatizzazione a varie riprese, soprattutto nei primi anni '90 [Vicarelli 2005]. Chiaramente se una parte consistente di ceto medio e medio-alto, rappresentato da lavoratori di settori "forti" (ma non solo), inizia a fuoriuscire dal SSN per via delle mancanze dello stesso (liste di attesa troppo lunghe, eccessive compartecipazioni ai costi, etc.), legate anche ai tagli dei fondi pubblici, si può iniziare a porre da qui a qualche anno un forte problema di legittimazione e di sostegno ad una sanità pubblica

universalistica. Inoltre lo spostamento dei fondi da una logica “integrativa” ad una sempre più “complementare” e, soprattutto, “sostitutiva” non pone problemi solo al SSN ma, paradossalmente, ai fondi stessi. Questi ultimi, infatti, hanno impostato in questi 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. In una recente iniziativa pubblica del giugno 2012 di RBM Salute e di Munich Health, il “Welfare Day”, una delle preoccupazioni principali emerse dalla tavola rotonda con una serie di responsabili di Fondi è stata proprio il timore di non poter reggere facilmente nel tempo ad un aumento di richieste di rimborsi per ticket e per altre prestazioni quali quelli che si iniziano a verificare ora, a seguito dei tagli dei Governi nazionali. Simili preoccupazioni sono state espresse dai testimoni privilegiati, che lavorano in ambito sindacale, da noi intervistati. Per i Fondi rischia di aprirsi un sentiero ben intricato: da un lato possono aumentare i premi che vanno pagati annualmente, con il rischio, però, di diventare troppo costosi per molte aziende, categorie e lavoratori; dall’altro possono mantenere i livelli di contribuzione attuale, abbassando, però, le prestazioni (tramite diminuzione dei massimali, aumento delle franchigie, etc.), ma anche questa strada potrebbe incontrare l’insoddisfazione dei propri clienti. Una razionalizzazione della spesa dei fondi è resa anche più complicata da una scelta che molti di questi hanno effettuato in questi anni, o, con più precisione, non hanno effettuato. Oltre la metà dei fondi da noi analizzati non prevede, ad esempio, una funzione di “filtro” delle richieste di cure da parte degli iscritti: ciò significa che il singolo iscritto può effettuare una prestazione e poi farsela rimborsare o addirittura, in molti casi, addebitare la prestazione al fondo. Non esiste, quindi, in molti casi una commissione sanitaria o un medico che valutino l’appropriatezza dell’intervento richiesto. Come ci è stato spiegato da alcuni responsabili di fondi, l’appropriatezza clinica è, nelle intenzioni, sostituita da un meccanismo di mercato: non rimborsando spesso i fondi l’intera cifra spesa dall’utente (vista la presenza di massimali e franchigie), quest’ultimo dovrebbe essere incentivato a non abusare nell’accesso alle cure. Di nuovo, un secondo pilastro sanitario, basato su fondi, che non investe in appropriatezza, accanto ad un SSN che ha fatto negli ultimi anni proprio dell’appropriatezza uno dei suoi cardini di funzionamento, rischia di vedersi scaricate costose e numerose prestazioni, magari neanche necessarie ma legate più alle percezioni dell’individuo che ad un effettivo bisogno sanitario. Probabilmente assisteremo nel futuro prossimo ad una più attenta riflessione in tal senso da parte di numerosi fondi che inizieranno a porre paletti e meccanismi di *gatekeeping* per l’accesso alle prestazioni.

Al di là di questi due problemi, l’attuale funzionamento dei fondi ne pone anche un terzo. Dalle dichiarazioni contenute nei vari documenti programmatici di questi anni, i fondi vengono visti come la soluzione italiana al problema delle cure per la non autosufficienza e la cronicità. Un documento del Ministero della Salute del 2010 indica chiaramente, comparando l’esperienza italiana con quella di altri paesi occidentali europei (dalla Germania alla Francia alla Gran Bretagna), come da noi la strada futura per l’LTC siano i fondi integrativi e non un Fondo pubblico o una Assicurazione obbligatoria, come nel resto d’Europa. I dati appena presentati ci mostrano come questa sia una realtà ancora lontana visto che sono solo un terzo dei fondi che assicurano qualche prestazione in questo campo e praticamente quasi nessuno di essi si occupa di anziani over70. Di nuovo il rischio è che, mentre nella gran parte dell’Europa occidentale, si discute ormai da due decenni su come coprire la non autosufficienza anche con risorse ingenti pubbliche e ormai si sono fatte riforme [Ranci e Pavolini 2011], in Italia la discussione è centrata attorno alla (per ora improbabile) soluzione offerta dei Fondi e ad una razionalizzazione e revisione (leggere potenzialmente taglio) dell’unico e principale strumento di intervento: l’indennità di accompagnamento.

In conclusione, se l’esperienza dei fondi va valutata complessivamente in maniera positiva, in quanto si tratta di una modalità di raccogliere e coordinare risorse per la sanità sotto forma collettiva, **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, paradossalmente, anche dei fondi stessi.**