



# Memoria

**per l'Audizione del CNEL  
presso la Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli  
enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale**

**nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla funzionalità  
del sistema previdenziale obbligatorio e complementare,  
nonché del settore assistenziale, con particolare riferimento  
all'efficienza del servizio, alle prestazioni fornite  
e all'equilibrio delle gestioni**



**15 giugno 2022**





## *Consiglio Nazionale dell' Economia e del Lavoro*

---

### **MEMORIA**

**per l'Audizione del CNEL**

**presso la Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli enti  
gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale  
nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla funzionalità del sistema  
previdenziale obbligatorio e complementare,  
nonché del settore assistenziale, con particolare riferimento all'efficienza  
del servizio, alle prestazioni fornite e all'equilibrio delle gestioni**

**Senato della Repubblica**

**15 giugno 2022**

#### **1. Introduzione**

Il tema dei fondi sanitari integrativi (di seguito anche “FSI”) presenta diverse prospettive di approccio, non solo a causa di una disciplina stratificatasi in più fasi e a diversi livelli istituzionali, ma perché investe direttamente il rapporto tra il sistema pubblico e quello privato.

Quest’ultimo è oggetto di trasformazione specialmente con riferimento al ruolo dei contratti collettivi che introducono tali FSI, la cui disciplina non è ancora del tutto consolidata, pur avendo essi forti connessioni con le dinamiche retributive e le implicazioni in termini di sicurezza sociale.

Si attende, alla luce delle potenzialità che i FSI posso esercitare in ragione della combinazione tra sistema pubblico e privato, definita dal PNRR in materia sanitaria, una riforma sistemica che possa rendere più efficace l’intervento di essi

a favore della salute delle lavoratrici e dei lavoratori. I FSI possono, infatti, svolgere un ruolo rilevante nel sistema sanitario del Paese, ma non possono costituire in sé la soluzione dirimente delle politiche di tutela della salute. I FSI si pongono in una cornice ordinamentale che deve, insieme, garantire la tutela della salute pubblica e quella degli interessi collettivi che hanno dato luogo al relativo sviluppo.

## **2. Evoluzione del sistema. Quadro generale**

La norma da cui può muovere l'analisi dei fondi sanitari integrativi (di seguito "FSI") è la l. 23 dicembre 1978, n. 833. Con tale legge il sistema basato sullo sviluppo di mutue sanitarie rivolte a varie categorie di cittadini è stato sostituito da un sistema di carattere universalistico, fondato sulla centralità pubblica e articolato su diversi livelli territoriali per l'erogazione delle prestazioni. Nel 1978 prendeva vita il servizio sanitario nazionale (di seguito anche "SSN") che, finanziato dalla imposizione fiscale, si poneva l'obiettivo di garantire le cure sanitarie e definire la prevenzione. Nel tempo, un sistema così strutturato ha evidenziato alcuni profili di criticità. In particolare, si sono posti problemi sulla sostenibilità della spesa pubblica, sui tempi di attesa per la fruizione dei servizi e sull'aumento significativo dei bisogni di assistenza causati dall'invecchiamento della popolazione.

In ragione di ciò, a partire dagli anni '90, analogamente a quanto è accaduto per la previdenza complementare, è maturata a livello politico l'idea di favorire lo sviluppo di un secondo pilastro di tipo privato.

In via di principio, il ruolo del sistema privato rispetto a quello pubblico si può porre alternativamente in termini di (i) sostituzione, in cui il sistema privato è alternativo a quello pubblico, secondo regole fissate dai pubblici poteri per la rilevanza sociale dei bisogni coperti o (ii) di complementarietà/integrazione, in cui il sistema privato si affianca a quello pubblico o ancora (iii) di integrazione in cui il sistema privato eroga prestazioni non fornite dal sistema pubblico.

Mediante il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria" in attuazione della delega contenuta nella l. 23 ottobre 1992, n. 421, il Governo ha dettato talune disposizioni che hanno assunto un ruolo centrale nella regolamentazione dei fondi sanitari integrativi. In particolare, al fine di assicurare ai cittadini una migliore qualità e libertà nella fruizione delle prestazioni sanitarie, l'art. 9, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 stabilì che le Regioni potessero attuare, in via graduale e sperimentale a partire dal 1° gennaio 1995, "forme differenziate di assistenza" per particolari tipologie di prestazioni, fermi

restando i livelli uniformi di assistenza (servizi e prestazioni standard) che il servizio sanitario nazionale era tenuto ad assicurare ad ogni cittadino (art. 1). Nell'idea del legislatore del 1992, tali forme differenziate di assistenza potevano consistere alternativamente nel concorso alla spesa sostenuta dall'interessato per la fruizione della prestazione a pagamento o nell'affidamento a istituzioni private, comprese le società di mutuo soccorso, della gestione di prestazioni sanitarie per soggetti appartenenti a categorie predeterminate. In quest'ultimo caso, almeno teoricamente, l'adesione dell'assistito al sistema privatistico avrebbe comportato la rinuncia alla fruizione delle corrispondenti prestazioni in forma diretta e ordinaria erogate da parte del sistema pubblico. Gli FSI sono stati introdotti nel panorama legislativo italiano dal d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, il cui art. 10 ha sostituito l'art. 9, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. Tale normativa – nella quale in luogo della originaria locuzione “forme differenziate di assistenza” si faceva ricorso per la prima volta all'espressione “forme integrative di assistenza sanitaria” – ha stabilito la possibilità di istituire fondi integrativi sanitari finalizzati a fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle assicurate dal servizio sanitario nazionale. Ciò per il tramite di (i) contratti e accordi collettivi, anche aziendali, o, in mancanza, accordi di lavoratori, promossi da sindacati firmatari di contratti collettivi nazionali di lavoro; (ii) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da loro sindacati o associazioni di rilievo almeno provinciale; (iii) regolamenti di enti o aziende o enti locali o associazioni senza scopo di lucro o società di mutuo soccorso giuridicamente riconosciute. Tale norma, inoltre, stabiliva che il fondo integrativo sanitario fosse autogestito o, in alternativa, potesse essere affidato in gestione mediante convenzione con un'impresa assicurativa autorizzata. Si preannunciava, tra l'altro, l'emanazione di un futuro regolamento che ne disciplinasse le modalità di costituzione, la composizione degli organi di amministrazione e di controllo, le forme di contribuzione, le modalità della vigilanza e le modalità di scioglimento.

La crescente insostenibilità fiscale del sistema sanitario nazionale ha indotto il legislatore a nuovi interventi nel 1999, nel 2008 e da ultimo nel 2009, al fine di favorire una più estesa diffusione delle forme integrative di assistenza sanitaria e di regolamentare l'ambito di intervento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie. Si tenga anche in considerazione che con la riforma costituzionale del 2001 si intervenne sull'art. 117 Cost. stabilendo che appartiene al novero delle materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni anche “la previdenza complementare e integrativa”. In tale nozione rientra quella degli FSI. Il legislatore del 1999, con l'art. 9, co. 1, d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, è intervenuto sui contenuti dell'art. 9, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, sostituendolo integralmente. A seguito di tale riforma il pilastro privato è stato concepito in

una condizione di ancillarità funzionale rispetto al SSN posto che la sua attività è stata limitata alle aree e ai livelli di assistenza che si pongono al di fuori delle prestazioni fornite dal SSN . In detto contesto l'assistenza sanitaria integrativa è attuata mediante gli "enti, casse o società di mutuo soccorso" aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51, co. 2, lett. a) del TUIR (di seguito "Fondi Non Doc") nonché mediante fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (di seguito "Fondi Doc"). Si tratta di organizzazioni di rilievo privatistico che, in ragione di una certa contribuzione dell'aderente, integrano le prestazioni assicurate dal servizio sanitario nazionale, con finalità non orientate al profitto . La forma giuridica prevalentemente scelta per tali organizzazioni è l'associazione, con o senza personalità giuridica ai sensi degli artt. 14 ss. c.c..

Ai fini dell'accesso a benefici fiscali, mediante il decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008 (di seguito "DM 2008") e il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 27 ottobre 2009 (di seguito "DM 2009") i fondi sanitari integrativi (Fondi Doc) sono stati equiparati agli altri fondi (enti, casse, società di mutuo soccorso aventi fine esclusivamente assistenziale - Fondi Non Doc).

Tradizionalmente si distingue tra Fondi Doc e Fondi Non Doc. Gli FSI finalizzati a "potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali" di competenza del servizio sanitario nazionale sono "Fondi Doc". Essi possono essere istituiti da (i) contratti o accordi collettivi, anche aziendali, (cioè nei limiti della delega interna alla contrattazione collettiva di riferimento); (ii) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale; (iii) regolamenti di Regioni, enti territoriali ed enti locali; (iv) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative, operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria; (v) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute. Dalla tipologia delle fonti istitutive appena elencate si evince che i Fondi Doc possono assumere sia una forma "chiusa" (quando operano a favore di categorie o gruppi di lavoratori come nei casi indicati sub (i) e (ii) sia una forma "aperta", cioè rivolta a tutti i cittadini (negli altri casi in elenco). Nella prassi, siffatti organismi assumono la forma di associazioni non riconosciute o di soggetti dotati di personalità giuridica; non è da escludere, tuttavia, che si possano costituire attraverso una struttura prevalentemente patrimoniale come la fondazione o come il patrimonio di destinazione separato nell'ambito del patrimonio dell'imprenditore di cui all'art. 2117 c.c.. Gli ambiti di intervento dei fondi sanitari integrativi comprendono: (i)

le prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate (fra tali prestazioni sono ricomprese le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate, le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del servizio sanitario nazionale e l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità); (ii) le prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito; (iii) le prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito. Gli ambiti di intervento dei Fondi Doc comprendono, inoltre, le seguenti prestazioni aggiuntive: (i) le prestazioni socio-sanitarie non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza ; (ii) le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza; (iii) le prestazioni socio-sanitarie finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente; (iv) le prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche. E' fatto divieto ai soggetti operanti nell'ambito della sanità integrativa di adottare politiche di selezione del rischio,

Con riferimento al concetto di "integrativo" si noti, almeno per il momento, una duplice valenza. Da una parte esso significa garanzia per tutto ciò che non è di competenza del servizio pubblico, dall'altra, "integrativo" significa copertura di oneri a carico dell'utente tra cui ticket, pagamento per prestazioni libero-professionali intra-moenia e, in generale, prestazioni che dovrebbero avere un contenuto qualitativo più elevato dei livelli del servizio pubblico.

La Legge di Bilancio per il 2018 (l. 27 dicembre 2017, n. 205) all'art. 1 co. 177 ha stabilito che, ove i contratti e gli accordi collettivi di livello nazionale prevedano l'adesione a uno specifico FSI, nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, gli accordi territoriali e aziendali possano prevedere la possibilità per i lavoratori di aderire ad un differente fondo sanitario integrativo, purché quest'ultimo garantisca prestazioni non inferiori a quelle erogate dal fondo nazionale.

Gli FSI erogano anche prestazioni di carattere sostitutivo (sono, in linea di principio, i cd. "Fondi Non Doc"). La distinzione tra fondi chiusi e aperti mantiene rilievo anche per i Fondi Non Doc. Quest'ultimi, inoltre, non si differenziano dai Fondi Doc né per la tipologia delle fonti costitutive, che tendenzialmente coincidono, né per il regime fiscale divenuto identico con la Legge finanziaria per il 2008. Gli ambiti di intervento di questi soggetti comprendono le seguenti prestazioni: (i) le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie garantite ai propri iscritti secondo i propri statuti e regolamenti; (ii) il rimborso dei costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del SSN e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. Il DM 2008 ha stabilito che i Fondi Non Doc possano beneficiare delle agevolazioni fiscali contemplate per i Fondi Doc se destinano annualmente almeno il 20% dell'ammontare complessivo delle risorse all'erogazione delle prestazioni non incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito anche "LEA"). Tali prestazioni, che coincidono con quelle erogate dai Fondi Doc, sono state successivamente definite dal DM 2009 che ha fissato l'elenco delle prestazioni ammissibili ai fini del raggiungimento della soglia del 20% individuando quattro aree: (i) le prestazioni socio-sanitarie non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza. Tali prestazioni sono le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite nonché le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute; (ii) le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio o in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza; (iii) le prestazioni socio-sanitarie finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente; (iv) le prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Alla luce dei dati forniti dall'Anagrafe dei fondi sanitari, dei circa 300 fondi sanitari iscritti alla stessa, meno una decina rientrano nella categoria dei Fondi Doc e, quindi, dei fondi puramente integrativi, mentre i restanti sono iscritti tra i Fondi Non Doc ed erogano anche prestazioni sostitutive del SSN.



### **3. Prospettive e criticità**

Alla necessità, emersa in questi anni, di avviare un processo di razionalizzazione di un'offerta degli FSI cresciuta in modo disorganico, salvaguardando le peculiarità dei diversi strumenti e facendo tesoro dei risultati conseguiti in chiave di valutazione dei "nuovi bisogni", si aggiungono aspetti tutti ancora da sistematizzare, fra i quali il ruolo svolto dalle assicurazioni, il rapporto tra secondo e terzo pilastro sanitario e la relazione fra fondi sanitari e terzo settore.

Proprio perché il funzionamento degli FSI si pone al centro di sfide importanti, prima fra tutte l'esigenza di coprire il rischio di non autosufficienza alla luce delle tendenze demografiche degli ultimi anni, appare necessario riflettere sull'evoluzione dell'assistenza sanitaria integrativa nel suo complesso, del poco sistematico quadro normativo generale entro cui essa si è sviluppata nel tempo e si muove attualmente, nell'intento di realizzare un sistema in grado di rivelarsi decisivo nelle aree più delicate del sistema pubblico e di concorrere allo sviluppo di innovative politiche sanitarie di contrasto alle nuove fragilità e di sostegno al settore dei servizi alla persona.

L'opportunità di interventi legislativi di riordino della materia deriva, innanzitutto, dal profondo mutamento avvenuto nel quadro della sanità pubblica italiana durante i circa trenta anni intercorsi tra il varo delle riforme introdotte nei primi anni '90 e lo stato dell'arte attuale. Da un lato, infatti, il Sistema Sanitario Nazionale ha visto crescere le proprie difficoltà a causa di una persistente insufficienza di risorse, in buona parte connessa all'attuazione delle rigorose politiche di bilancio che hanno condizionato le scelte di finanza pubblica degli ultimi decenni. Dall'altro lato, le trasformazioni demografiche che caratterizzano il Paese, tutt'ora in corso, impongono profondi cambiamenti nelle condizioni di vita e di salute della popolazione, con conseguenze significative sulla sostenibilità finanziaria delle prestazioni a carico del Sistema Sanitario Nazionale. Entrambi i fenomeni sono all'origine del progressivo incremento, che si registra in Italia da decenni, della spesa privata sostenuta dai cittadini per esigenze sanitarie: dove non arriva più la sanità pubblica, si provvede con risorse private. Questo spiega il favore crescente che le diverse forme di sanità integrativa incontrano presso la popolazione.

Allo stesso tempo si rende sempre più evidente l'allargamento del divario fra le categorie di cittadini che possono beneficiare delle forme integrative di assistenza alla salute, tra cui quelle di matrice contrattuale, e quelle che per varie ragioni non dispongono di tale possibilità. Esiste dunque un problema di aggravamento delle disuguaglianze esistenti, mentre crescono le difficoltà nel raggiungere quel

*target* di uniformità nella tutela della salute che è principio costituzionale ispiratore della legge istitutiva del SSN.

Nel “Patto per la salute” 2019-2021 sono presenti importanti riferimenti alla necessità di superare alcune specifiche criticità normative. Sebbene ancora inattuato sotto tale aspetto, il documento costituisce un passaggio importante per provare a delineare possibili strategie di *policy* in ambito sanitario, nell’ambito di una revisione normativa finalizzata alla “promozione” del sistema della sanità integrativa in una stretta correlazione con un servizio pubblico connotato dai principi di universalità, uguaglianza ed equità nell’accesso alle prestazioni e ai servizi, che garantisca la centralità della persona e la globalità della copertura assistenziale.

Sotto questo profilo appare necessario un intervento normativo volto a superare la duplicità delle forme previste dalla vigente legislazione, regolate dai decreti ministeriali del 31 marzo 2008 (c.d. decreto Turco) e del 27 ottobre 2009 (c.d. decreto Sacconi), salvaguardando altresì i principi di non selezione dei rischi, di trasparenza della gestione e di assenza di scopo di lucro. Appare parimenti auspicabile un potenziamento del ruolo integrativo dei fondi sanitari nei confronti del sistema sanitario in ambiti quali la prevenzione, soprattutto per le malattie croniche degenerative, l’implementazione della *long-term care*, e l’odontoatria (compresa la prevenzione in ambito odontoiatrico) nonché un miglioramento dei livelli di servizio della sanità integrativa e dell’appropriatezza delle prestazioni.

Gli interventi descritti sarebbero coerenti rispetto alle tendenze che un fenomeno inatteso e imprevedibile, la pandemia, ha innescato nel processo evolutivo del sistema di sanità integrativa. Le analisi più recenti evidenziano come il *covid* abbia impresso un’accelerazione dell’evoluzione del sistema alzando il livello di attenzione sul rischio salute, con effetti diretti e indiretti: generando o ampliando il tema della sospensione delle attività di prevenzione e di cura ordinaria dei soggetti più fragili, determinando un’area di rischio in grado di sortire una ricaduta sullo stesso SSN, e attivando un bisogno psicologico di protezione che presso alcuni gruppi sociali o demografici finisce per assumere i tratti della paura collettiva. Si è trattato, di fatto, di una sorta di *stress test* per una sanità integrativa che è emersa dalla prova con risultati quantitativamente e qualitativamente importanti, anche se in un quadro di incertezze sulle regole, sul livello di trasparenza richiesto dalla disciplina, sulla tassonomia delle prestazioni e la confrontabilità degli strumenti proposti, e in definitiva sullo stesso ruolo dei fondi sanitari.

Come è stato osservato nel XXIII Rapporto CNEL sul mercato del lavoro e la contrattazione collettiva nel capitolo dedicato allo sviluppo della sanità integrativa e alla risposta fornita dai fondi sanitari alla pandemia, occorre puntare “a una disciplina più ordinata del fenomeno a livello istituzionale, giuridico e fiscale, ma anche al consolidamento di strutture di governo delle forme di sanità integrativa che siano in grado di assicurare un funzionamento efficace del modello”. Non casualmente, infatti, il richiamato Patto per la salute 2019-2021 ha posto grande enfasi sui temi dei livelli di servizio e della appropriatezza, che presuppongono “da una parte un serio lavoro su *governance* e *accountability* e dall’altra un lavoro di integrazione pubblico-privato che appare sempre più urgente. Per arrivare a una riforma del sistema in questa direzione, uno dei passaggi obbligati è la corretta mappatura delle prestazioni e dei modelli di erogazione effettivamente in uso presso i fondi sanitari.” A monte di qualunque iniziativa normativa è indispensabile disporre di “dati sulle fasce di popolazione effettivamente coperte dal sistema di sanità integrativa e sulle modalità e livelli di accesso al sistema” e, allo stesso tempo, porre “le basi per l’introduzione di un codice univoco di classificazione delle prestazioni tra primo e secondo pilastro, al fine di valorizzare il rapporto funzionale che è alla base del nostro sistema sussidiario di sanità.”

Lo sviluppo dei fondi è conseguente anche al fatto che essi derivano dall’accordo tra i datori di lavoro e i lavoratori in sede di stipula del contratto collettivo di lavoro. Nel vigente assetto contrattuale le prestazioni sanitarie integrative diventano parte dei diritti retributivi del lavoratore e la relativa contribuzione e le prestazioni costituiscono parte integrante del *welfare* di matrice collettiva. In questa logica, le norme di incentivazione fiscale hanno premiato la conversione dei premi di produttività in forme di assistenza sanitaria integrativa. Per questa ragione, con riferimento al modello di erogazione delle prestazioni da parte dei fondi, si registra uno spostamento dal regime assicurativo al regime di erogazione diretta delle prestazioni, in forma di rimborsi o in regime di convenzione tra fondi e strutture sanitarie. In alcuni casi i fondi optano per la gestione assicurativa nella fase di avvio dell’attività e passano a modelli a gestione mista (assicurativa/diretta) o all’erogazione diretta delle prestazioni quando il fondo diventa “maturo”, e ciò comporta criticità che riguardano non solo la gestione amministrativa delle pratiche, ma la sostenibilità finanziaria nel lungo periodo e la stipulazione delle convenzioni con le strutture mediche. A tale proposito va rilevato che la situazione è a macchia di leopardo, con una prevalenza delle prestazioni erogate sotto forma di rimborso ma anche un certo numero di casi positivi nei quali i fondi hanno costruito un proprio sistema di convenzioni territorialmente esteso, riuscendo talvolta a stipulare le convenzioni anche con strutture pubbliche. Da parte delle compagnie assicurative si registra,

a fronte del ridursi dei premi in ragione del sempre minore ricorso alla gestione assicurativa, la tendenza a mettere a disposizione dei fondi a gestione diretta il loro sistema di convenzioni con le strutture sanitarie private.

Una ulteriore tendenza dei fondi riguarda l'estensione dell'ambito soggettivo di applicazione che si registra consentendo l'iscrizione, volontaria, a membri del nucleo familiare del lavoratore dipendente vincolato al CCNL che ha istituito il fondo, oppure a soggetti che hanno un qualche collegamento con il settore di riferimento, anche se non lavoratori subordinati. Infine, comportamenti diversi si registrano nell'attività di investimento finanziario del montante contributivo non utilizzato per l'erogazione delle prestazioni, poiché sul punto non esiste – contrariamente a quanto accade per i fondi pensione - una specifica normativa di orientamento dei fondi.

Esistono criticità che riguardano la promozione – con precise strategie di *marketing* - di modelli di consumo che non distinguono fra consumi essenziali per la tutela della salute della popolazione e che devono essere in ogni caso garantiti, e consumi superflui o dannosi, come nel caso di ricorso a cure specialistiche direttamente scelte dal singolo cittadino senza passare attraverso il medico di medicina generale, o consumi che non determinano il miglioramento del benessere della collettività. L'agevolazione fiscale dei fondi può a sua volta produrre distorsioni, come nel caso di sovra-assicurazione rispetto a determinati rischi, dovuti a effetti di asimmetria informativa, selezione avversa e azzardo morale.

Sul fronte delle agevolazioni fiscali previste per sostenere lo sviluppo dei fondi integrativi, è ripetutamente sollevata la questione dei vantaggi a favore dei singoli cittadini (Irpef) e delle imprese (minori contributi versati), a fronte di un mancato gettito a carico della collettività dei contribuenti. Va detto che ai fondi è riservata la deducibilità fiscale, con il fine di utilizzare in modo virtuoso le risorse private a completamento del SSN, con un peso sulla fiscalità generale che secondo alcuni calcoli sarebbe inferiore a quello che si avrebbe se ogni spesa non fosse intermediata dai fondi ma sostenuta privatamente e soggetta alla detrazione del 19% prevista per le spese sanitarie.

I fondi sanitari tenderebbero ad “agire” la selezione in direzioni precise, poiché si rivolgono a soggetti sani, aventi un reddito medio-alto, in età compresa nelle classi lavorative e più spesso occupati in imprese di medie/grandi dimensioni, con elevata capacità negoziale.

In sintesi, gli auspicati interventi regolatori dovrebbero essere ispirati ai principi

di trasparenza dei costi e dei benefici presenti e futuri; tali interventi devono essere volti all'obiettivo di garantire la presenza di FSI vigilati da un'autorità interdisciplinare (governance, investimenti, finanza, qualità delle prestazioni sanitarie, etc.) simile alla COVIP, avendo, da una parte, ridefinito in un testo unico l'insieme delle regole che disciplinano tali fondi e, dall'altra, agevolato i FSI che hanno determinati requisiti di trasparenza e accountability.

Occorrerebbe agevolare fiscalmente le prestazioni dei FSI di matrice contrattuale, dato il rilievo sociale della contrattazione collettiva sottoscritta dalle organizzazioni più rappresentative. Occorrerebbe evitare la sovrapposizione tra prestazioni ex SSN e prestazioni ex FSI, data la funzione integrativa a cui sono chiamati gli FSI. In tale prospettiva la leva di promozione fiscale dovrebbe incidere esclusivamente sulle prestazioni integrative, tenendo in considerazione che ciò che il SSN tende a non fornire (es. long term care, cure odontoiatriche, etc.). Il che permetterebbe di garantire il mantenimento dell'equilibrio e dell'equità del SSN, evitando che il ricorso alla sanità privata diventi la modalità di compensazione dei disservizi della sanità pubblica e per tale via incentivi il depotenziamento del SSN e del servizio pubblico essenziale, tenendo sempre presente che l'agevolazione al segmento privato avviene con risorse della collettività.