

I fondi sanitari integrativi: una strada da potenziare? Alcuni rilievi critici*

di Elena Granaglia

Introduzione

Diverse sono le ragioni che possono essere addotte a sostegno dei fondi sanitari integrativi, intesi come fondi, fiscalmente agevolati, che erogano prestazioni aggiuntive rispetto a quelle erogate dai servizi sanitari nazionali (o dal più complessivo sistema della sicurezza sociale).

Innanzitutto, vi sono ragioni di equità alla luce delle difficoltà di sostenibilità finanziaria del finanziamento pubblico. Anche se non si condividono proiezioni di elevati incrementi di spesa, a seguito sia delle innovazioni tecnologiche sia dei cambiamenti demografici in atto, i vincoli di bilancio pubblico appaiono indiscutibili, in particolare, in un paese come l'Italia, caratterizzato da bassi trend di crescita, elevato indebitamento ed una pluralità di richieste inevase di intervento pubblico (dall'estensione degli ammortizzatori al potenziamento della spesa per istruzione e ricerca). 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. Detto in altri termini, si tratterebbe di estendere all'ambito del finanziamento schemi di *governance* già applicati in ambito di produzione delle prestazioni. I fondi integrativi rappresenterebbero un'opzione importante, insieme ad altre, quali il *project financing* e le compartecipazioni da cui si prescinde, però, in questa sede.

I fondi integrativi permetterebbero, innanzitutto, di assicurare l'accesso a servizi cui altrimenti molti cittadini non potrebbero accedere (o potrebbero a costo di spese catastrofiche e/o di vero e proprio impoverimento)¹, addossando al bilancio pubblico, anziché il costo pieno, solo il costo dell'agevolazione fiscale. In presenza dei vincoli alla non discriminazione e alla statuizione di premi correlati ai rischi medi che caratterizzano i fondi integrativi, risulterebbero, inoltre, avvantaggiati i più malati. I fondi chiusi attivati a livello aziendale potrebbero, poi, fruire del finanziamento dei datori di lavoro, che così sarebbero responsabilizzati alla copertura di spese di cui beneficino, la produttività dipendendo anche dalla salute della forza-lavoro.

Utilizzando la terminologia scacchistica di Le Grand (2003), i fondi permetterebbero, altresì, la trasformazione degli utenti da *pawns* in *queens*, da pedine in regine, ampliando l'area della libertà di scelta di acquisire prestazioni coerenti con le crescenti domande di personalizzazione delle cure. Anche l'*empowerment*, nel senso di possibilità di scelta e di responsabilizzazione, sarebbe, pertanto, favorito.

I benefici finora considerati riguardano essenzialmente l'ambito equitativo. A sostegno dei fondi integrativi possono, però, essere addotte anche ragioni di efficienza. Da un lato, i fondi permetterebbero i guadagni di benessere derivanti dal portare in ambito assicurativo spese oggi a carattere *out of pocket* (a carico diretto delle famiglie). L'assunto, al riguardo, concerne la superiorità, per individui avversi al rischio, dell'assicurazione rispetto alla spesa *out of pocket*. Ripartendo il rischio fra gli assicurati, l'assicurazione permette a ciascuno di pagare solo il valore

* Paper per il 1° sottogruppo "Andamenti della spesa, sostenibilità e modelli di finanziamento" del gruppo di studio di Astrid su "Le politiche sanitarie", coordinato da Claudio De Vincenti, Renato Finocchi Ghersi e Andrea Tardiola.

¹ Secondo il CEIS, 2008, nel 2006, il 3,7% delle famiglie italiane avrebbe subito spese sanitarie catastrofiche, intese come spese che investono il 40% o oltre della capacità di spesa, mentre l'1,5% circa sarebbe addirittura caduto in condizioni di povertà.

corrispondente alla probabilità di subire la perdita anziché il valore pieno di quest'ultima². L'assicurazione permette, inoltre, di pagare *ex ante*, liberando gli individui dall'onere delle considerazioni finanziarie al momento del bisogno. La spesa *out of pocket* in Italia rappresenta circa il 90% di una spesa privata che, nel 2007, secondo l'OCSE (2009), ammontava a circa il 23% della spesa complessiva, ossia a circa 2 punti di PIL³.

Dall'altro lato, la concorrenza attivata dalla libertà di scelta dei possibili acquirenti indurrebbe i gestori dei fondi a fungere da agenti degli assicurati, contrattando per questi ultimi l'insieme migliore di prezzi/qualità. A tal fine, sarebbero da apprezzare soprattutto i fondi non a scopo di lucro, caratterizzati da schemi di incentivi a potenzialità più elevata di quelli operanti in ambito pubblico, ma, al contempo, più deboli di quelli operanti nelle organizzazioni a scopo di lucro. Schemi deboli di incentivi, quali quelli tipicamente presenti in ambito di offerta pubblica, significano, infatti, assenza di pungoli, per gli erogatori, a soddisfare gli utenti. Al contempo, però, in presenza di asimmetrie informative come quelle esistenti in sanità, gli schemi potenti, tipici delle organizzazioni a scopo di lucro, rischierebbero di penalizzare gli utenti, a beneficio dei produttori, ad esempio, a seguito della sovra-produzione di prestazioni o della scrematura degli utenti, anche laddove questa sia formalmente vietata⁴.

Questi benefici potrebbero, quanto meno in parte⁵, essere invocati a sostegno della normativa esistente nel nostro paese in materia di fondi integrativi, costituita dall'art 1, comma 197 della legge finanziaria per il 2008 e dai successivi decreti d'attuazione, compreso l'ultimo decreto del 27 ottobre 2009⁶. I fondi integrativi, nel nostro paese, si caratterizzano per il destinare non meno del 20% del bilancio complessivo a tre classi di prestazioni, l'assistenza odontoiatrica (comprese le protesi), l'assistenza socio-sanitaria a favore dei non autosufficienti e le cure per il recupero dei temporaneamente inabili, inclusi i dispositivi medici fino alle cure termali e alla riabilitazione, oltre i livelli inclusi nei LEA. Possono, poi, erogare altre prestazioni, sempre non incluse nei LEA, quali quelle di medicina non convenzionale nonché rimborsare la parte di spesa non coperta dal finanziamento dei LEA, seppure relativa a prestazioni in essi comprese, ossia, la spesa per l'*intra-moenia* e per i servizi alberghieri nonché per le eventuali compartecipazioni. I fondi integrativi, inoltre, sono obbligati alla non discriminazione dei prezzi e della clientela: devono praticare un premio medio e non possono scremare gli utenti. Titolari possono essere aziende, organizzazioni di settore, casse, società di mutuo soccorso, enti, inclusi regioni e enti locali o, ancora, gruppi di lavoratori autonomi, con l'esclusione delle assicurazioni private per il profitto. La gestione può essere affidata, attraverso convenzioni, a istituzioni pubbliche o private che operano in sanità.

Pur nel riconoscimento dei possibili benefici dei fondi integrativi, obiettivo del contributo è quello di presentare alcuni rilievi critici che appaiono sottovalutati, sia a destra sia a sinistra, nel dibattito pubblico in Italia, benché più riconosciuti in ambito europeo⁷. Certamente, fra destra e sinistra esistono differenze in materia anche di fondi integrativi. Mentre a sinistra, il ruolo dei fondi rimane circoscritto rispetto a quello di un Servizio Sanitario Nazionale comunque da potenziare, per

² Il guadagno, dal punto di vista dell'efficienza, sarebbe massimo qualora il premio assicurativo sia correlato al rischio cui sono esposti i diversi soggetti (come nella prospettiva dell'*experience rating*, ossia, del premio equo dal punto di vista attuariale). Sussisterebbe, però, anche in presenza di correlazione al rischio medio.

³ Il dato appare sostanzialmente in linea con quello dell'anno precedente e in discesa rispetto all'inizio del 2000, quando la spesa privata era vicino al 24% del complesso (Ceis, *cit.*). Altre fonti riportano, invece, per il 2005-2006, stime più elevate di spesa, vicine al 25% (cfr. Cislighi e Giuliani, 2008).

⁴ Sul confronto fra organizzazioni con incentivi rispettivamente a bassa e alta potenzialità, cfr. il seminale Tirole, 1988.

⁵ La ragione della qualificazione è che i fondi integrativi nel nostro paese, come si desume dalla breve descrizione sotto offerta, includono la possibilità di rimborsare anche prestazioni sostitutive, quali le operazioni chirurgiche o esami diagnostici compresi nei LEA. In questa sede, però, l'attenzione è limitata alle prestazioni a carattere integrativo. In Italia, inoltre, la restrizione ai fondi non a scopo di lucro, più sotto richiamata, è stata motivata sulla base soprattutto dei vincoli di bilancio (di contenimento del costo delle agevolazioni) anziché delle possibili obiezioni agli schemi di incentivo ad alta potenzialità sopra indicate.

⁶ I fondi integrativi erano già contemplati nell'art. 9, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, ma si è dovuto attendere il 2008 per una loro definizione.

⁷ Cfr., ad esempio, Thomson *et al.* 2009.

la destra, i fondi rappresentano il fulcro di un nuovo *welfare* negoziale e meritocratico che dovrebbe rappresentare la grande riforma del futuro, come affermato in modo emblematico nel *Libro bianco sul futuro del modello sociale* (2009). Ancora, mentre il decreto attuativo del 2008, a opera del Ministro Turco, limitava all'odontoiatria e all'assistenza socio-sanitaria ai non auto-sufficienti le prestazioni necessarie per la qualificazione di fondo integrativo, il decreto del 2009 del Ministro Sacconi estende queste ultime alle cure riabilitative, incluse le cure termali (sempre, oltre quanto previsto nei LEA). Il che, come vedremo più sotto, pone alcuni rischi ulteriori di inefficienza. Ciò nondimeno, appare innegabile la presenza, nel nostro paese, di una convergenza complessiva sulla desiderabilità dei fondi integrativi. Dunque, sembra utile portare l'attenzione su possibili limiti.

Possibili limiti dei fondi integrativi

Le difficoltà di uno sviluppo autonomo e la necessità di un forte sostegno pubblico. Si considerino due delle prestazioni necessarie alla qualificazione di fondo integrativo: le prestazioni di odontoiatria e quelle di assistenza socio-sanitaria ai non auto-sufficienti. Ebbene, le prime comprendono molte prestazioni le cui probabilità di avverarsi si avvicinano all'unità o coincidono con essa, come l'igiene orale: dunque, prestazioni che mal si prestano all'assicurazione, il cui sviluppo richiede la presenza di rischi, non di certezza, ed è tanto più favorito tanto più basse sono le probabilità. Le seconde, oltre a generare spese assai elevate (in ragione del carattere cronico dell'assistenza) ed essere comunque associate a probabilità anch'esse elevate in tarda età, sono afflitte dal fenomeno della selezione avversa. A quest'ultimo riguardo, è certamente vero che sia la fissazione di un premio medio sia il carattere chiuso dei fondi occupazionali rappresentano un antidoto. Non tutti i fondi sono, però, chiusi. Per quelli aperti, il premio medio è insufficiente, essendo necessaria, ai fini del contrasto della selezione avversa, anche l'obbligatorietà.

Si potrebbe obiettare che le carenze appena richiamate siano, in realtà, limitate. Considerando i dati disponibili, nel nostro paese, anche i fondi aperti, quali le società di mutuo soccorso, hanno anziani fra i propri iscritti. Inoltre, i fondi esistenti dedicherebbero alle prestazioni odontoiatriche (cure e protesi) ben il 47% e il 45% del complesso annuale rispettivamente della spesa e degli interventi⁸.

Ciò riconosciuto, l'età degli iscritti non supera i 75 anni e i pensionati sono presenti soprattutto nei fondi di categoria e nelle casse aziendali (a condizione di essere stati iscritti prima), pagano di più e il premio è interamente a loro carico. Inoltre, i dati esistenti indicherebbero la sostanziale non erogazione di prestazioni socio-sanitarie. Per quanto concerne, invece, l'odontoiatria, le percentuali riportate nulla dicono circa il livello della tutela. Esaminando alcune polizze offerte dai fondi integrativi, risalta il livello elevato delle franchigie e il livello, invece, basso dei massimali. Non a caso, le polizze offerte dalle assicurazioni private per il profitto comportano la sostanziale esclusione delle cure dentarie (Barigozzi, 2006).

Il che, di per sé, non dimostra l'impossibilità intrinseca di uno sviluppo dei fondi in questi ambiti. Si tratterebbe, però, di spese elevate, addirittura, pari al costo pieno nel caso degli eventi certi quali l'igiene orale, le quali richiedono, per quanto concerne i fondi chiusi, una forte esposizione finanziaria da parte dei datori di lavoro. L'incrementata pressione della concorrenza internazionale rende assai dubbia tale possibilità. Interessante, al riguardo, è ricordare come sia la Francia sia la Germania, due paesi in passato caratterizzati dal finanziamento contributivo della spesa sanitaria, abbiano in questi ultimi anni sensibilmente aumentato il peso del finanziamento tributario. In Francia, ad esempio, i contributi finanziano oggi solo poco più del 34% della spesa (Thomson *et al.*, *cit.*). Per quanto riguarda i fondi aperti, i premi sarebbero ancora più elevati per tenere conto della maggiore varianza nel pool degli assicurati.

⁸ Tutti i dati sui fondi integrativi in Italia riportati in questo paragrafo e nei paragrafi successivi sono tratti da Muraro, Rebba, 2004 e da Nomisma (a cura), 2003.

Massimali bassi caratterizzano peraltro anche le restanti prestazioni dei fondi. Ciò appare comprensibile alla luce del premio medio che, quanto meno, fino ai primi anni 2000, non arrivava a 300 euro. Se i premi sono così bassi, la liquidità attivata a favore dei fondi è inevitabilmente bassa e, con essa, è inevitabilmente basso il livello di tutela. Il punto va sottolineato: per capire la capacità dei fondi di attivare spesa è del tutto insufficiente considerare il numero di iscritti. Al contrario, come dimostra anche il caso irlandese, molto spesso numeri di iscritti in crescita si associano a dimensioni contenute di spesa.

Data questa realtà, una forte agevolazione fiscale appare essenziale allo sviluppo dei fondi. Siccome le agevolazioni fiscali altro non sono se non spesa pubblica (*tax expenditure*), la domanda diviene: è desiderabile utilizzare la spesa pubblica a tale fine?⁹

Rischi di iniquità. Le agevolazioni, innanzitutto, avvantaggiano i più avvantaggiati. Il riferimento non è tanto alla regressività della forma di agevolazione prescelta dalla normativa oggi vigente, la deduzione dall'imponibile¹⁰, e neppure al più complessivo uso di forme regressive di finanziamento. Come documentato da Lindert (2004), gli stati del benessere più generosi hanno fatto e fanno ampio uso di imposte regressive o, al meglio, proporzionali. Ci si riferisce piuttosto al fatto che a beneficiare delle agevolazioni sia un sottogruppo relativamente avvantaggiato della popolazione: individui che non solo lavorano, ma hanno anche un datore di lavoro che aderisce al fondo e individui che, a prescindere dalle condizioni lavorative, hanno redditi sufficienti sia a pagare il premio sia a beneficiare dell'agevolazione (ossia, a essere capienti). Tutti gli altri sono esclusi. Si noti: i soggetti appena citati, lungi dal limitarsi ai poveri, includono molti appartenenti ai ceti medi e il loro numero rischia di essere elevato, alla luce dell'endemica polverizzazione italiana dell'occupazione in piccole imprese e lavoro autonomo e crescente, alla luce del più complessivo andamento della distribuzione primaria e del mercato del lavoro. Basti pensare alla diffusione dei contratti di lavoro atipico¹¹. Sono anche queste considerazioni, oltre quelle relative al costo del lavoro, ad avere motivato il passaggio sopra indicato al finanziamento tributario da parte di Francia e Germania.

In termini più generali, a prescindere dalle diverse enfasi fra destra e sinistra, i fondi integrativi comportano la creazione di pesanti disuguaglianze nelle forme di tutela. 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. L'*industrial achievement model*, peraltro, dovrebbe realizzarsi proprio in un momento in cui, come sopra indicato, le condizioni socio-economiche congiurano per rendere sempre più difficile e parziale la tutela occupazionale. Da un altro lato, vi sono coloro che hanno le risorse per accedere a fondi aperti, che rischiano, per le ragioni sopra indicate, di essere assai costosi. Da ultimo, vi è il grosso dei cittadini che resta senza tutele.

Nel caso italiano si aggiunge, poi, l'iniquità connessa all'inclusione, fra le prestazioni erogabili dai fondi, del rimborso delle spese sostenute per l'*intra moenia* e per i servizi alberghieri. Già queste opzioni sono oggi, in molte istanze, fonte di iniquità: basti pensare alla pratica dell'*intra moenia* quale via per aggirare le code. Prevederne anche il sostegno con denaro pubblico aggiunge iniquità ad iniquità.

Si potrebbe sostenere che chi non accede ai benefici occupazionali potrebbe fruire di trasferimenti selettivi. Il nostro SSN, ad esempio, eroga cure odontoiatriche ai più poveri (nonché a chi ha meno di 14 anni). La difesa dei fondi è, tuttavia, sganciata da una riflessione sull'adeguatezza

⁹ Se si prescinde dalla questione relativa ai limiti del finanziamento da parte dei datori di lavoro, un'alternativa, seguendo Muraro e Rebba, *cit.* potrebbe essere quella di uno schema pubblico di riassicurazione per i fondi con rischi superiori a quelli medi di comunità. Anche in tal caso, però, continuerebbe ad essere coinvolto un incremento di spesa pubblica.

¹⁰ Altre forme di agevolazione, quali le deduzioni decrescenti o le detrazioni fisse, potrebbero rappresentare un parziale antidoto.

¹¹ A questo proposito, appaiono poco confortanti i dati relativi all'assicurazione pensionistica integrativa.

del sistema selettivo a tutelare chi ne resta al di fuori. In ogni caso, anche si desse luogo ad un compiuto intervento selettivo, il risultato sarebbe un allontanamento dall'universalismo nella direzione di un *welfare* categoriale-selettivo e, come sopra indicato, una selettività limitata ai poveri sarebbe del tutto insufficiente¹².

Si potrebbe, altresì, sostenere che in un mondo non ideale, soggetto ai vincoli delle risorse e alla logica degli incentivi, ineguaglianze potrebbero essere giustificate anche per ragioni di equità, qualora a vantaggio dei più svantaggiati, secondo il noto criterio del *maximin* riportato alla ribalta da Rawls (1971). Rispetto ai fondi sanitari integrativi, il vantaggio non appare, però, facilmente intravedibile. Un eventuale sviluppo dei fondi rischia, peraltro, di compromettere le possibilità di adozione, nel futuro, di soluzioni universalistiche. Attribuire ai fondi la responsabilità del contrasto alla non auto-sufficienza (a prescindere dalle difficoltà sopra citate di realizzazione) sembra, ad esempio, comportare l'abbandono inevitabile del progetto di fondo pubblico nazionale per la non autosufficienza. In termini più generali, se i fondi integrativi prosperano, non è, forse, plausibile che gestori e utenti si opporranno ad eventuali progetti di ridimensionamento dei fondi stessi¹³? Infine, non si sottovaluti l'incentivo, per le regioni più ricche, a sostenere i fondi integrativi a danno del potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni integrative esulando dagli ambiti di spesa soggetti a perequazione.

Le considerazioni finora svolte concernono l'equità sotto il profilo degli effetti sui più poveri. Ad essere svantaggiati dai fondi, però, potrebbero essere anche i soggetti più malati. Fenomeni di scrematura sono, infatti, ampiamente rilevati in tutti i contesti di fondi aperti, inclusi quelli, come il sistema olandese, che pongono un divieto formale (Van de Ven *et al.* 2007). Assai diffusa, addirittura nei fondi chiusi, è, inoltre, la pratica del *dumping*, ossia, della rescissione del contratto o, comunque, della non copertura di condizioni croniche che potrebbero nel tempo svilupparsi. Contro contrapposizioni semplicistiche fra assetti diversi di diritti di proprietà, tali pratiche sono presenti anche nei fondi non a scopo di profitto. Il rischio complessivo di non copertura appare tanto maggiore tanto più aumenta la flessibilità del lavoro e i lavoratori, anche se alla fine tutelati da un fondo, sono costretti, cambiando impiego, a passare da un fondo all'altro.

Rischi di inefficienza. Rilievi critici si estendono agli effetti attesi di efficienza. Da un lato, i supposti benefici della concorrenza dipendono dall'informazione detenuta dai possibili acquirenti nonché dalla possibilità di scegliere fra i diversi fondi. Le asimmetrie informative sono ben documentate in ambito sanitario, mentre la libertà di scelta è fortemente vincolata dalla superiorità dei contratti lungo il ciclo di vita, appunto, per le ragioni sopra richiamate di protezione dei rischi, i rischi di non copertura per malattie sviluppatasi nel corso del tempo aumentando all'aumentare del numero di passaggi fra fondi. Inoltre, rispetto ai fondi chiusi, le scelte sono largamente delegate alle organizzazioni dei lavoratori. Dall'altro lato, la frammentazione dei fondi comporta l'incremento dei costi amministrativi.

Al riguardo, sembra utile ricordare le conclusioni di un recente lavoro di Wagstaff (2009) di confronto fra sistemi sanitari basati sul finanziamento tributario e sistemi basati sulle assicurazioni sociali. Scrive Wagstaff (*cit.*) "adopting social health insurance in preference to tax financing increases per capita health spending by 3–4 percent, reduces the formal sector share of employment by 8–10 percent, and reduces total employment by as much as 6 percent" (pag.1). In più, "social health insurance systems.. do no better in terms of most health outcomes that are amenable to medical care despite the extra spending (and) may do worse in respect of outcomes that require strong population-level public health programs" (p.29). Finora, i fondi avrebbero anche un rendimento peggiore laddove, come in ambito socio-sanitario, sia cruciale il coordinamento fra servizi diversi di cura (Thomson *et al.*, *cit.*). Le stesse conclusioni, per quanto concerne l'ambito dei costi, si ritrovano in Gechert (2009), il quale considerando le serie storiche dei costi dal 1990 al 2008, mostra come i fondi integrativi presentino un costo medio per assicurato significativamente

¹² Al contempo, però, più si alzasse la soglia di reddito/ISEE sulla base della quale accedere ai trasferimenti selettivi, più si porrebbero ostacoli ulteriori allo sviluppo dei fondi.

¹³ Sul ruolo degli attori privati del *welfare* nell'influenzare le scelte pubbliche, cfr. Farnsworth, Holden, 2006.

più elevato rispetto ai fondi pubblici. Rispetto, infine, alla possibile divaricazione di interessi fra gestori e utenti dei fondi chiusi, emblematica è la situazione, nel nostro paese, del fondo per il commercio, le cui uscite sono state, per diverso tempo, pari solo al 20% delle entrate (anche a causa della scarsa circolazione, fra gli iscritti, dell'esistenza del fondo stesso). O, ancora, perché una regione carente nel governo del SSN dovrebbe improvvisamente diventare efficiente nella gestione dei fondi?¹⁴

In Italia, si aggiungono, infine, due altre possibili fonti di inefficienza: l'inclusione, nelle prestazioni integrative, dei rimborsi delle eventuali compartecipazioni al costo delle prestazioni erogate dal SSN e, a seguito dell'ultimo decreto attuativo, delle prestazioni di riabilitazione quali prestazioni necessarie per acquisire lo *status* di fondo integrativo. Rispetto alle compartecipazioni, se la loro introduzione poggia su ragioni di contrasto al rischio morale, ossia, di razionamento efficiente del sovra-consumo che si potrebbe verificare in mancanza del prezzo al momento del consumo, allora, appare poco comprensibile sussidiare successivamente l'inefficienza¹⁵. Rispetto alle prestazioni di riabilitazione, la questione concerne i rischi di inefficacia e inappropriata forma, anche in questo caso, di sovra-consumo. Alla luce delle difficoltà dei fondi di fornire cure ai non auto-sufficienti e, quanto meno in parte, cure odontoiatriche, il rischio è addirittura quello di un disincentivo al controllo dell'efficacia e dell'appropriatezza proprio per acquisire lo *status* di fondo integrativo.

Una nota sull'empowerment. Anche su questo fronte, i guadagni rischiano di essere modesti, dati i limiti alla scelta da parte degli utenti appena sopra rilevati. In ogni caso, la natura delle opzioni conta e l'*empowerment* può concretizzarsi in forme diverse, con conseguenze altrettanto diverse in termini di equità e di efficienza. Perché non scegliere, ad esempio, di limitare la nostra libertà di scelta attraverso il vincolo di iscrizione ad un fondo pubblico nazionale per la non autosufficienza? In tal caso, avremmo un obbligo in più, ma al contempo potremmo godere di un'opzione per molti oggi indisponibile. Le modalità stesse di funzionamento del fondo potrebbero, peraltro, favorire l'*empowerment*¹⁶, attraverso l'offerta, ai beneficiari, di un insieme di opzioni fra cui scegliere.

Conclusioni

Ma i fondi non sono anche una opportunità in più, fonte di benessere per gli iscritti¹⁷? Certamente. La questione è che offrono un'opportunità distribuita in modo inegualitario e non si comprendono le ragioni per sovvenzionare con risorse pubbliche scarse una siffatta disuguaglianza. In ogni caso, i sostenitori dei fondi sono assai parchi nell'offrire argomentazioni, ritenendo al contrario auto-evidente la necessità del cambiamento, nella sottovalutazione della necessità, se si è mossi da ragioni equitative, di sviluppare argomentazioni accettabili per tutti, inclusi i più svantaggiati.

Al contempo, l'efficienza concerne una valutazione di benessere collettivo: per individuare i movimenti verso l'efficienza, occorre verificare che, a parità di spesa, assetti alternativi, per quanto sub-ottimali, non siano in grado di produrre benefici sociali netti superiori. Da considerare, infine, non è solo la spesa pubblica, bensì il complesso di spesa pubblica e privata, essendo sempre i

¹⁴ Ritornano qui in gioco i limiti di contrapposizioni semplicistiche fra le prestazioni offerte da assetti diversi di diritti di proprietà.

¹⁵ Qualora le finalità fossero, invece, essenzialmente di finanziamento, si porrebbe esclusivamente un problema di equità per i non esenti che non avessero la possibilità di ricorrere ai fondi.

¹⁶ In sintesi, sembra utile ricordare quanto scrivono Smith *et al.*, 2005 con riferimento al contesto di *welfare* occupazionale degli Stati Uniti: "In practice, the choices of many US citizens is seriously circumscribed, either because they are locked into particular plans through their employment, or because they lack the means to insure, or because insurers are able to decline those they perceive to be bad risks" (p.105).

¹⁷ Cfr. ad esempio, Labate, 2008.

medesimi cittadini, in ultima istanza, a dovere pagare¹⁸. Alla luce dei rischi di inefficienza sopra rilevati, anche su questo fronte, esistono fondati dubbi circa la superiorità dei fondi. In sintesi, dunque, perché destinare spesa pubblica al sussidio di iniquità e inefficienze?

¹⁸ Sulla necessità di considerare l'equilibrio macro-economico complessivo cfr. Baumol, 1993. Sullo stesso tema, cfr. De Vincenti, 2009.

BIBLIOGRAFIA

- BARIGOZZI F., 2006, *Assicurazione sanitaria*, «Rivista di Politica Economica», Settembre-Ottobre, 217-256.
- BAUMOL, W. 1993, *Social Wants and Dismal Science: the Curious Case of the Climbing Costs of Health and Teaching*, Nota di lavoro 64.93, Fondazione Mattei, Milano.
- CEIS, 2008, *Rapporto CEIS - Sanità 2008, Il governo del sistema sanitario*, Università di Tor Vergata, Roma.
- CISLAGHI C., GIULIANI F., 2008, *L'out of pocket sanitario nelle Regioni Italiane. Analisi dei dati dell'Indagine Istat Multiscopo 2005*, mimeo.
- DE VINCENTI C., 2009, *Il libro verde sul welfare. Prospettive deboli per problematiche strutturali*, «La Rivista delle Politiche Sociali», 1, 49-60.
- FARNSWORTH K., HOLDEN C., 2006, *The business–social policy nexus: corporate power and inputs into social policy*, «Journal of Social Policy», vol. 35, n. 3, 473–94.
- GECHERT, S. 2009, *Supplementary private health insurance in selected countries: Lessons for EU governments?* CESIFO Working Papers, n° 2739.
- LABATE G., 2008, *Sanità integrativa. Un'opportunità in più per una vita buona in salute e sicurezza*, relazione al 3 Forum Risk Management, Arezzo.
- LE GRAND J., 2003, *Motivation, Agency and Public Policy*, Oxford University Press, Oxford.
- LINDERT, P. 2004, *Growing Public*, Cambridge University Press, Cambridge.
- LIBRO BIANCO SUL FUTURO DEL MODELLO SOCIALE. *La vita buona nella società attiva*, 2009, Roma.
- MURARO G., REBBA V. 2004, *I fondi sanitari integrativi in Italia*, Università degli Studi di Padova, Padova.
- NOMISMA (a cura di), 2003, *I fondi sanitari integrativi*, Angeli, Milano.
- OCSE 2009 , *OECD Health Data 2009*, OECD, Parigi.
- RAWLS J. 1971, *A Theory of Justice*, Cambridge, Harvard University Press (trad.it. *Teoria della giustizia*, Milano, Feltrinelli, 1982).
- SMITH PC ET AL., 2005, *Markets and Competition*, in G. FIGUERAS, R. ROBINSON, E. JAKUBOWSKI (A CURA DI), *Purchasing to improve Health Systems Performance*, WHO, Open University Press, Maidenhead.
- TIROLE, J. 1988, *The Theory of Industrial Organizations*, Cambridge, Mass. MIT Press (*La teoria delle organizzazioni industriali*, Milano, Hoepli, 1991).
- THOMSON S. ET AL. 2009, *Financing Health Care in the European Union. Challenges and Policy Responses*, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Service 17.

VAN DE VEN W. *ET AL.* 2007, *Risk adjustment and risk selection in Europe: six years later*, «Health Policy», vol. 83, 162-179.

WAGSTAFF A., 2009, *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD*, World Bank Policy Research Working Paper 4821.