

La sanità integrativa in Italia*

di Grazia Labate e Andrea Tardiola

INDICE

L'assetto ordinamentale: fonti legislative e amministrative del sistema organizzativo e fiscale della sanità integrativa

La sanità integrativa nella riforma del 1999: l'integratività come prestazioni aggiuntive ai LEA

La governance della sanità integrativa

L'impatto della riforma costituzionale del 2001 sulla sanità integrativa

La ripresa del cammino della sanità integrativa nel corso della XV legislatura

Sanità integrativa: quantificazione del fenomeno

La domanda di prestazioni e servizi da parte dei cittadini

La sanità integrativa come supporto al SSN per affrontare il cambiamento della domanda di salute

Considerazione finale

L'assetto ordinamentale: fonti legislative e amministrative del sistema organizzativo e fiscale della sanità integrativa

La disciplina vigente in materia di sanità integrativa va fatta risalire alla riforma operata con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299 (cosiddetta riforma Bindi) e agli sviluppi seguiti a tale iniziativa legislativa.

Le fonti della materia sono pertanto recenti e, tuttavia, la storia normativa della mutualità sanitaria risale ad un passato ben più lungo. Basti pensare come tra le linee di indirizzo formulate dalla Commissione D'Aragona spiccasse la fusione delle varie gestioni in un unico ente con l'estensione della previdenza contro le malattie a tutti i lavoratori, autonomi e dipendenti, mantenendo l'esclusione per disoccupati e cittadini bisognosi, ricondotti alle funzioni assistenziali dei comuni¹. Da questo campo delle cosiddette "casce mutue di previdenza contro le malattie", attraverso un percorso faticoso sia nella fase di gestazione che nella successiva fase di implementazione, prenderà corpo alla fine degli anni '70 il Servizio sanitario nazionale con la legge istitutiva del 23 dicembre 1978, n. 833.

Le Casse mutue sono state all'origine di un processo di trasformazione che ha superato un sistema che lasciava priva di tutela una quota consistente di popolazione, per muovere verso un modello che si ispira all'universalismo nell'accesso al sistema di cure.

Il richiamo alle origini dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale costituisce una metafora del processo che attualmente la sanità pubblica con il dibattito intorno alla costruzione di un secondo pilastro sanitario, basato su realtà organizzative che offrono prestazioni sanitarie dietro forme di adesione che rispondono a canoni di tipo differente: adesioni individuali volontarie a soggetti privati oppure a soggetti istituiti da amministrazioni locali, oppure adesioni derivanti dalla

* 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

¹Ministero del lavoro e della previdenza sociale, Commissione per la riforma della previdenza sociale, Relazione sui lavori della Commissione (4 luglio 1947 – 29 febbraio 1948), Roma, 1948.

contrattazione collettiva, con il corollario di conseguenze che queste due tipologie di accesso mettono in campo e che vanno attentamente considerate.

Quindi, se nel 1978 il sistema fondato sulla mutualità traghetta verso un sistema ad ispirazione universale con finanziamento su base fiscale, quattordici anni dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, in occasione della delega esercitata con la versione originaria del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, torna ad affacciarsi nell'ordinamento sanitario la possibilità di ricorrere a soggetti privati per l'erogazione di forme di copertura che, al momento, vennero definite "differenziate".

A ben vedere, in questa fase le forme differenziate di assistenza denotano un profilo strettamente connesso con le sperimentazioni gestionali volte a verificare risultati di maggiore economicità del sistema, da perseguire attraverso soluzioni che, si precisa, devono assumere una forma alternativa a quella dell'assistenza ordinaria, in due modi: aprendo al concorso alla loro spesa (cioè al costo) da parte del cittadino e, quel che più interessa, all'affidamento di aree di prestazioni a soggetti terzi, tra cui le mutue volontarie. L'iscrizione a tali mutue comportava, tuttavia, la rinuncia da parte del loro assistito alla pretesa di prestazioni "ordinarie" da parte del Servizio sanitario nazionale.

Nel 1999, invece, si definisce la disciplina attualmente in vigore in materia di sanità integrativa, laddove con il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299, la materia acquista una sua autonomia e un profilo più netto di sistema dotato di regole proprie e di una strumentazione di governo posta in capo al Ministero della sanità.

La sanità integrativa nella riforma del 1999: l'integratività come prestazioni aggiuntive ai LEA

Con l'articolo 9 della cosiddetta riforma Bindi si profila una scelta per un sistema che si allontana dal modello disciplinato cinque anni prima: la sanità integrativa è tale perché non può entrare nel campo di operatività del Servizio sanitario nazionale, ma solo complementarlo laddove questo non arriva, oppure per la personalizzazione di prestazioni con spesa a carico del paziente. Il criterio principale che delimita il campo di intervento dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, pertanto, coincide con le prestazioni ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, i LEA (comma 4). A questo parametro fondamentale si aggiunge un secondo criterio, questa volta classificatorio, che elenca prestazioni che definiscono la natura di Fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale (comma 5).

Lo schema di sintesi sugli ambiti di operatività dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è dunque il seguente:

1. limite alle prestazioni ricomprese dai LEA;
2. ticket, oneri per l'accesso all'intramoenia, fruizione dei servizi alberghieri, prestazioni sociosanitarie (parte a carico dell'assistito), medicina non convenzionale, cure termali, assistenza odontoiatrica non garantita dal Servizio sanitario nazionale.

I Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, dunque, "non possono" erogare prestazioni elencate nei LEA ma "devono" erogare le prestazioni di cui al punto 2. La delimitazione rigida del campo di intervento dei fondi risponde ad una ispirazione che intende mantenere un rigoroso regime di separazione tra servizio sanitario pubblico e mutualità privata, che può entrare in relazione con il primo solamente attraverso un ruolo aggiuntivo. Questa opzione sarebbe diventata molto evidente al momento della disciplina fiscale della sanità integrativa, emanata pochi mesi dopo l'entrata in vigore dell'articolo 9 della riforma Bindi². Questa norma modificava l'articolo 10 del Testo Unico delle imposte sui redditi, stabilendo, parallelamente ad una modifica all'art. 51, una deduzione dei contributi versati ai Fondi integrativi crescente nel tempo, che sarebbe andato a stabilizzarsi sulla soglia massima di 7 milioni di lire (3.615,20 euro), mentre la deduzione per i contributi versati ai

² Cfr. il decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 41, Trattamento fiscale dei contributi di assistenza sanitaria, a norma dell'articolo 10, comma 1, lettera l), della Legge 13 maggio 1999, n. 133.

fondi sanitari privati che non rientrassero nella previsione dell'art. 9 della riforma Bindi, nello stesso arco di tempo, avrebbe dovuto diminuire fino ad un tetto di 3,5 milioni di lire.

Da questo doppio canale ha preso consistenza la distinzione tra “Fondi doc” e “Fondi non doc”, che nell’accezione corrente degli addetti ai lavori serviva a definire, nel primo caso, i fondi istituiti o adeguati al regime stabilito nel 1999, con relativo beneficio fiscale, nel secondo caso, tutti gli altri fondi sanitari privati che scegliessero di mantenere un assetto differente (ad esempio continuando ad operare anche nei campi nei quali le prestazioni pubbliche comprese dai LEA sono garantite alla popolazione), vigendo anche per questi ultimi un beneficio fiscale, seppure meno favorevole. Tuttavia, la distinzione tra Fondi doc e fondi non doc, che pure ha alimentato ampia parte del dibattito sviluppatosi in materia di sanità integrativa, non si è tradotta in realtà. I Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, infatti, non sono mai stati istituiti.

La loro costituzione (o la trasformazione in essi di fondi preesistenti) necessita di provvedimenti attuativi della norma di legge che non hanno mai visto la luce. Nello specifico, l’art. 9 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299, prevedeva fossero emanati:

1. un decreto del Ministro della sanità che, a seguito dell’entrata in vigore della nuova disciplina fiscale, specificasse le prestazioni che dovessero essere poste a carico dei Fondi medesimi (tra quelle elencate nell’art. 9);
2. un regolamento contenente le disposizioni relative all’ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (su quale torneremo più avanti);
3. un decreto, infine, che disciplinasse le modalità per l’affidamento in gestione delle prestazioni da parte dei fondi ad istituzioni pubbliche o private operanti nel settore sanitario o sociosanitario.

Tali provvedimenti, che pure vennero predisposti a cavallo tra il 2000 e il 2001, non completarono l’iter necessario alla loro approvazione, in ragione della conclusione della XIII legislatura. Non vennero adottati neppure nel corso della successiva legislatura, la XIV, sebbene vada sottolineato come, nel corso di quest’ultima, sia entrata in vigore la riforma del Titolo V della Costituzione che, lo si vedrà più avanti, anche per il tema della sanità integrativa, incide in maniera rilevante sul sistema delle fonti secondarie, e di questo aspetto occorre tenere conto. Prima di analizzare quest’ultimo aspetto, tuttavia, occorre soffermarsi ancora sulla disciplina contenuta nell’art. 9, specialmente per quanto concerne la regolamentazione di quella che potremmo definire *governance* del sistema della sanità integrativa.

La governance della sanità integrativa

L’art. 9 definisce un quadro puntuale sui meccanismi di partecipazione al sistema, le procedure di verifica e controllo. L’elemento di notevole importanza che la disciplina del 1999 introduce è l’operazione di omogeneizzazione che l’avvio dei Fondi sanitari integrativi comporterebbe, con il seguente meccanismo: si richiama un’ampia tipologia di possibili fonti istitutive; tuttavia, dal momento che queste fonti istituiscono un fondo sanitario integrativo, ad esso si applica una disciplina regolamentare unitaria. Questa scelta ha grande rilievo in un settore dove la pluralità di soggettività giuridiche tende alla frammentazione: casse di natura contrattuale, società di mutuo soccorso, casse di lavoratori autonomi e professionisti, assicurazioni. Un panorama che presenta differenziazioni forti e discipline, anche fiscali, disarticolate. Invece l’art. 9 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299, riconduce all’unitario profilo di fondo sanitario il seguente elenco di soggetti fondativi:

1. contrattazione collettiva, anche aziendale;
2. accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti;
3. regioni, enti territoriali ed enti locali;
4. organizzazioni non lucrative nei settori dell’assistenza socio-sanitaria o dell’assistenza sanitaria;
5. società di mutuo soccorso riconosciute;
6. altri soggetti pubblici e privati.

Tutti questi soggetti possono istituire fondi sanitari integrativi, a condizione di non adottare politiche di selezione dei rischi (comma 3), clausola che viene più dettagliatamente specificata per i soggetti di cui al punto 6, nell'idea che tra essi possano ricomprendersi anche istituzioni con finalità di lucro (come ad esempio le società di assicurazione), che sono chiamati per questa ragione a rendere esplicita l'assunzione dell'obbligo di non discriminazione di particolari tipologie di persone.

Per quanto concerne la regolamentazione dei fondi, gli aspetti ai quali la legge rinvia sono i seguenti:

1. le modalità di costituzione e di scioglimento;
2. la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
3. le forme e le modalità di contribuzione;
4. i soggetti destinatari dell'assistenza;
5. il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;
6. le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.

Costituiscono effettivamente aspetti fondamentali per il funzionamento di un sistema di soggetti privati che beneficiano di un regime fiscale agevolato. Tuttavia deve tenersi conto che, negli anni seguenti al 1999, l'entrata in vigore di una articolata disciplina in materia di previdenza complementare³ ha reso ancora più evidente, fungendo da esempio in un settore che offre talune analogie, la necessità di definire meccanismi di garanzia più specifici. Si pensi, in particolare, al tema delle prestazioni collegate con il tema della non autosufficienza. Non a caso, lo schema di funzionamento (raccolta contributi, maturazione, erogazione delle prestazioni) in materia di LTC è concettualmente associato a quello operante per le forme previdenziali. E tuttavia questa funzione, che rientra nell'elenco delle prestazioni sociosanitarie che i fondi sanitari integrativi possono erogare, li caratterizzano in maniera risolutiva. Ebbene si tratta di prestazioni che presentano aspetti collegati all'accumulazione di capitali secondo schemi tali da necessitare di garanzie che, se non identiche a quelle in vigore per i fondi pensionistici complementari, ne recepiscono alcune indicazioni utili a fornire adeguata garanzia alla persona associata che le risorse pagate in forma di contributo sia gestite nella maniera più opportuna.

Quest'ultimo aspetto conduce di conseguenza al tema della vigilanza sui fondi sanitari integrativi.

L'art. 9 legge riconduce tale funzione di vigilanza a alla competenza statale, connettendosi con il decreto attuativo del decentramento amministrativo avvenuto negli anni precedenti attraverso le cosiddette riforme Bassanini⁴. La questione è di quelle che vanno anche aggiornate alla luce del riassetto delle competenze normative e amministrative legate alla riforma del Titolo V.

Ad ogni modo l'art. 9 istituisce presso il Ministero della salute due strumenti che contribuiscono alla definizione della funzione di vigilanza: l'anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato che quelli sottoposti a vigilanza regionale; l'osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. La norma non specifica quali siano le funzioni puntuali di questi soggetti, lasciando aperte le questioni sui poteri effettivi che la funzione di vigilanza può esercitare: potere ispettivo, potere sanzionatorio, potere di indirizzo ecc.

Come si vedrà più avanti saranno le bozze dei decreti attuativi dell'art. 9, sebbene non abbiano acquisito piena efficacia, a precisare alcune di tali questioni. Ma occorre preliminarmente affrontare la questione relativa al giusto collocamento del tema della sanità integrativa all'interno della riformata seconda parte della Costituzione.

³ Cfr decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252, Disciplina delle forme pensionistiche complementari.

⁴ Cfr l'art. 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59.

L'impatto della riforma costituzionale del 2001 sulla sanità integrativa

Il punto dal quale muovere per chiarire questo punto è l'esatta collocazione del tema della sanità integrativa all'interno della nuova elencazione riportata all'art. 117 della Costituzione, fermo restando che la sanità integrativa non costituisce una materia autonoma. A quale altra può essere allora ricondotta?

Il primo riferimento possibile è quello della tutela della salute, che all'art. 117 è elencato tra le competenze legislative concorrenti. Ciò significa che una collocazione della sanità integrativa in tale ambito dovrebbe ammettere una legislazione nazionale solo di la determinazione dei principi fondamentali e, conseguentemente, l'esclusione di una potestà regolamentare statale.

Tuttavia, come ha evidenziato ampiamente la Corte Costituzionale nella giurisprudenza seguita alla riforma del Titolo V, la classificazione di un tema all'interno dell'elencazione dell'art. 117 non è sempre univoca e la stessa sanità integrativa si presta a rinvii di natura differente. Essa presenta anche profili riconducibili alla disciplina fiscale, come all'ordinamento civile, stante la necessità di tipizzare forme di garanzia per i contraenti di tali forme contrattuali. Entrambe queste materie rientrano, com'è noto, nella competenza esclusiva dello Stato.

Questo inquadramento, di natura teorica, deve oltretutto tenere in considerazione l'approccio seguito nella normazione sia nella materia della sanità, che già concorrente prima della modifica del Titolo V, tuttavia aveva conosciuto ancora nel 1999 - con il decreto legislativo n. 229 - una disciplina puntualmente di dettaglio. Certamente a seguito della riforma costituzionale il sistema regionale ha rafforzato la rivendicazione della propria autonomia, facendo della materia sanitaria, nel corso della XIV legislatura, una delle più controverse ed esposte al contenzioso di fronte alla Corte costituzionale.

Queste valutazioni sono dirimenti rispetto alla scelta della strumentazione che può essere messa in campo per disciplinare e governare la sanità integrativa. Accogliendo come pacifica l'ipotesi che questa sia materia concorrente, questo pone un problema rilevante sulla praticabilità della strumentazione prevista dall'art. 9 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 299. Il Titolo V, infatti, esclude una potestà regolamentare per lo Stato nelle materie che non gli sono attribuite esclusivamente come funzione legislativa. Questo vincolo ha rappresentato un ostacolo, negli anni successivi al 2001, all'adozione di atti regolamentari previsti da leggi, tanto da rendere necessario lo sviluppo di una prassi originale che ha cercato nell'intesa presso la Conferenza Stato Regioni una possibile soluzione. Cercando in quella intesa il sostituto dell'atto regolamentare (ma con i problemi relativi alla non classificazione dell'intesa come fonte del diritto), oppure con la strada di recepire all'interno del provvedimento di rango secondario il contenuto dell'intesa assunta in Conferenza Stato Regioni.

Come si vedrà più avanti, la questione dello strumento per disciplinare il settore è discriminante. Sempre sotto questo profilo è rilevante l'esperienza che è stata condotta in materia di previdenza complementare, laddove è stata percorsa la strada della disciplina con norma primaria in un campo espressamente rimesso alla competenza concorrente dall'articolo 117 della Costituzione: la disciplina contenuta nel decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252, in materia di forme pensionistiche complementari costituisce una regolamentazione che valica la disciplina di principio che pure spetterebbe allo Stato in tale materia.

La ripresa del cammino della sanità integrativa nel corso della XV legislatura

Lo sviluppo della sanità integrativa riprende vigore, dopo una fase di staticità corrispondente alla XIV legislatura, in quella successiva e in ragione dell'iniziativa istituzionale promossa dal Ministro della salute Turco che persegue l'obiettivo di completare la disciplina e la strumentazione di governo della sanità integrativa, senza una modificare l'articolo 9 della riforma Bindi, ma individuando delle strategie attuative che consentissero di superare la rigidità del binomio doc e non doc.

Si è provveduto ad una modifica contenuta nella Legge Finanziaria 2008 e all'approntamento di un decreto sull'ambito di operatività dei fondi. L'articolo 1 comma 198 della legge n. 244 del 24 dicembre 2007 (legge finanziaria 2008) ha stabilizzato l'agevolazione fiscale per i contributi versati a diversi soggetti che operano nel campo della sanità integrativa. Nello specifico, i contributi eligibili ai fini della deduzione fiscale sino ad un massimo di 3615.20 euro sono quelli destinati ai seguenti soggetti:

1. Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che per il beneficio fiscale fanno riferimento all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986 n. 917 e successive modificazioni (TUIR).
2. Enti o casse aventi esclusivamente fini assistenziali in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che per il beneficio fiscale fanno riferimento all'articolo 51, comma 2, lettera a del TUIR.

In entrambi i casi il comma 198 dell'articolo 1 della legge finanziaria 2008 vincola il beneficio fiscale non solo alla natura del beneficiario, fondo sanitario integrativo oppure ente cassa di origine contrattuale, ma anche all'ulteriore requisito dell'ambito di intervento da stabilirsi con decreto del Ministro della Salute. Per ragioni di equilibrio della finanza pubblica non si è potuto intervenire anche a favore delle polizze assicurative ramo malattia.

Alla norma introdotta con la finanziaria 2008 si aggiunge il decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 si struttura in 3 articoli:

- l'articolo 1 stabilisce gli ambiti di intervento in cui i fondi sanitari integrativi, le casse, gli enti o le società di mutuo soccorso devono fare riferimento perché i contributi versati dai propri assistiti possano accedere al beneficio fiscale. Per quanto concerne i fondi sanitari integrativi del SSN, il decreto rinvia agli ambiti di operatività già disciplinati nei commi 4 e 5 dell'articolo 9 del decreto legislativo 229 del 1999, le prestazioni sociosanitarie di cui all'art. 3 septies del medesimo decreto 229 nonché quelle previste all'art. 26 della legge 328 in quanto non ricomprese nei LEA, nonché le prestazioni odontoiatriche non comprese nei LEA. Per quanto concerne gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, l'ambito di intervento stabilisce che oltre all'erogazione delle prestazioni già previste nei rispettivi statuti o regolamenti, tali soggetti devono coprire le spese di compartecipazione alle prestazioni erogate dal SSN (ticket e costo delle prestazioni libero professionali), e devono inoltre assicurare le prestazioni stabilite nelle lettere a e b del comma 2 dell'articolo 1 del presente decreto singolarmente o congiuntamente. A partire dal 2010 le prestazioni di cui alla lettera a e b devono essere erogate entro una soglia pari al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse che gli enti, casse, SMS, destinano al finanziamento delle prestazioni erogate ai propri assistiti. La soglia del 20% a partire dal 2010 è stata individuata in modo da consentire ai diversi soggetti un margine temporale utile per adeguare i propri nomenclatori osservando le procedure previste dai propri statuti e regolamenti. Il rispetto della quota minima prevista dal decreto nelle due aree dell'odontoiatria e delle cure per la non autosufficienza è finalizzata a conferire all'azione degli attuali fondi, casse e sms la valenza di integrazione con il SSN. Infine l'art. 1 rinvia ad un successivo decreto del Ministro la precisazione dei criteri per il calcolo del 20%.
- l'art. 2 istituisce l'Anagrafe dei fondi sanitari, presso il Ministero della Salute, caratterizzandosi come banca dati necessaria a monitorare il numero e le caratteristiche dei soggetti considerati dalla disciplina in questione. Per tale ragione si prevede che i fondi, le casse, le SMS, gli enti comunichino annualmente all'Anagrafe le informazioni relative all'atto costitutivo, al regolamento, al nomenclatore delle prestazioni, al bilancio preventivo e consuntivo, ai modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed eventualmente al nucleo familiare. Per le procedure di funzionamento dell'anagrafe si rinvia ad un decreto del Ministro della Salute.
- l'art. 3 definisce l'entrata in vigore del decreto medesimo.

I problemi rimasti aperti dopo l'approvazione del decreto riguardano la governance complessiva del sistema dei fondi sanitari integrativi. Occorre dare corpo nel più breve tempo possibile alla:

- costruzione di una banca dati informatica al fine di avere il quadro reale esistente di tutti i soggetti che operano nell'ambito della sanità integrativa attraverso l'attivazione dell'anagrafe;
- costituire un tavolo tecnico presso la direzione della programmazione sanitaria del Ministero del Welfare con i fondi, le casse, le sms, gli enti, per l'individuazione dei criteri di calcolo del 20%, previsto dal decreto, al fine di consentire la corretta ed equilibrata gestione nella erogazione delle prestazioni nonché l'equilibrio economico finanziario.
- individuare i criteri e le modalità di verifica tramite il decreto previsto.

Il decreto Turco ha costituito un primo tassello per la costruzione del secondo pilastro attraverso la sanità integrativa, ma occorrerà contestualizzarlo, alla luce dei nuovi LEA, del federalismo che si intende costruire, dei nuovi criteri quanti/qualitativi di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private, del prolungamento del regime di libera professione intramoenia. Inoltre definire un sistema di governance vuol dire tenere altresì conto delle diverse modalità gestionali con cui fondi, casse, SMS, enti operano per fornire prestazioni o sostegni economici verso i propri iscritti e individuare un reticolo di regole e comportamenti comuni e condiviso. Quindi occorre costruire un decreto che regoli l'affidamento in gestione dei fondi, un regolamento a garanzia del comportamento gestionale e dei diritti degli assistiti nonché la formulazione dei compiti di un organismo di vigilanza capace di sorvegliare le modalità ed i comportamenti delle diverse modalità dei fondi sanitari integrativi.

Sanità integrativa: quantificazione del fenomeno

Nella categoria delle forme integrative di assistenza sanitaria operanti in Italia troviamo le seguenti organizzazioni: casse e fondi di origine contrattuale o categoriale (per gli autonomi e i professionisti), società di mutuo soccorso, assicurazioni. Sono organizzazioni che raccolgono su base contrattuale oppure volontaria risparmio dei singoli cittadini, di collettività di cittadini, o risparmio di tipo contrattuale allo scopo di fornire la copertura di prestazioni sanitarie o di tipo economico che integrano o sostituiscono in parte o in tutto quelle assicurate dai LEA del SSN.

Le prime (casse, fondi, società di mutuo soccorso) operano secondo modalità non-profit, le assicurazioni ramo malattia o ramo vita secondo modalità *profit oriented*.

Studi e analisi che puntano a ricostruire la dimensione e consistenza del fenomeno indicano un trend crescente nel corso dell'ultimo decennio, come emerge dalla tabella che segue:

ANNI	ISCRITTI	ASSISTITI	FONTI INDAGINE
1998	657.962	1.436.208	Mastrobuono 1999
2003	980.865	2.179.363	Pfizer 2003
2004	3.570.000	4.900.000	MURARO-REBBA-MARCOMINI, Università di Padova 2004
2007	5.983.000	10. 341.210	LABATE G.,TARDIOLA A., atti gruppo di studio Ministero della Salute, 2007

2008	6.396.700	11. 145.112	Labate, atti convegno sul risk management Arezzo 2008
------	-----------	-------------	---

Il trend in crescita trova conferma nelle informazioni relative ai fondi nati nel 2008 (Asdepp, Aster, Cadiproff, Cooper salute, Dipendenti Regione Toscana, Easi, farmacie private, Fasie, Fasifiat, Fasiopen, Fasiv, Fontour, Ipa) il cui riscontro numerico deriverà dalla lettura degli accordi applicativi di sanità integrativa che si realizzeranno durante tutto l'arco di tempo dell'anno 2009.

Box: la sanità integrativa nei contratti e nelle professioni

La contrattazione nazionale e decentrata ha istituito fondi sanitari integrativi in molti settori portanti dell'economia: Trasporti, Telecomunicazioni, Energia, petroli e derivati, Chimica e derivati, Bancario, Assicurativo, Commercio, Turismo, Servizi, Agricoltura (dirigenti e impiegati), Dirigenti d'azienda, Spettacolo, Artigianato, Edilizia, Alimentaristi, Gruppo FIAT, Dipendenti farmacie private, Enti pubblici non economici, Vigilanza privata, Dipendenti studi professionali (compresi co.co.co – co.co.pro e praticanti), Gomma e plastica, Dipendenti ENEA, Dipendenti centri elaborazione dati, Dipendenti Pmi energia e petrolio, Cooperative consumatori, fra dettaglianti, distribuzione, Grandi catene alberghiere,

A questi si aggiungono alcuni contratti integrativi del personale di alcuni capoluoghi di regione (Roma) e di alcune regioni (Toscana).

Il mondo delle professioni liberali ha da tempo i propri fondi integrativi che riguardano: Notai, Avvocati, Commercialisti, Ragionieri, Ingegneri, Geometri, Medici, Giornalisti, Farmacisti, Architetti.

Interpolando i dati Eurostat, Banca d'Italia, Ania, Stat, Ceis e quelli dei fondi sanitari integrativi e delle società di mutuo soccorso esistenti è possibile affermare che il 3,7% della spesa privata in sanità delle famiglie (circa il 24% della spesa totale) si indirizza verso polizze assicurative, il 12,7% verso casse, fondi e società di mutuo soccorso, mentre ben il 83,6% esce direttamente dalle tasche dei cittadini .

La domanda di prestazioni e servizi da parte dei cittadini

Secondo l'indagine ISTAT sulle condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari effettuata nel 2005, si evince che i cittadini italiani pagano di tasca propria visite specialistiche tra cui le più richieste sono quelle odontoiatriche (26,9%), seguite dalle ortopediche (11,4%), oculistiche (10,8%) e cardiologiche (9,5%). L'incremento maggiore rispetto al 1999-2000 si registra per le visite urologiche (+35,4%) le cardiologiche (+34,3%), le geriatriche (+33,0%) e le dietologiche (+32,8%).

Analizzando, sempre secondo l'indagine ISTAT, le motivazioni per le quali i cittadini si fanno carico interamente della spesa per le prestazioni evidenzia che: la fiducia nel medico e nella struttura sono il motivo fondamentale, tanto è vero che le richieste con pagamento privato si riversano per i ricoveri (84,4%) e per le visite specialistiche (71,5%) ma anche per oltre la metà degli accertamenti diagnostici (55,0%). Per questi ultimi, una persona su tre è disposta a pagare per evitare lunghe attese (33,0%). Per visite e ricoveri è piuttosto rilevante la motivazione che riguarda la facilità di accesso alle strutture, vicine e comode da raggiungere (rispettivamente 15,4% e 10,1%).

Sono più le donne (59%) che gli uomini (54,9%) a ricorrere alle visite a pagamento. Dal punto di vista generazionale sono i giovani e gli adulti a ricorrere più spesso a prestazioni a pagamento. Per le visite la quota è molto alta per i bambini (64,7%), cresce di poco (68,4%) nella fascia 15-44 anni per decrescere poi al 40,2% dai 65 anni in poi. Nella stessa fascia di età, per gli

accertamenti diagnostici si raggiunge la percentuale del 30,3%, scende al 20,5% tra i 45 e i 64 anni ed è poco più del 10% tra gli anziani.

Dal punto di vista reddituale riferiscono di avere effettuato visite a pagamento il 47,9% di quanti dichiarano di avere risorse economiche scarse o insufficienti contro il 61,8% di coloro che dichiarano di avere risorse adeguate.

In sintesi l'indagine ISTAT sottolinea che si sceglie di pagare di tasca propria per rivolgersi a operatori di fiducia, soprattutto per le visite specialistiche, meno per gli accertamenti diagnostici. Le visite private cui ci si rivolge maggiormente sono quelle odontoiatriche.

La domanda a sostegno della spesa privata è caratterizzata da una maggiore presenza delle donne in età fertile, da un medio-alto tenore di reddito e dall'età (con andamento decrescente al superamento dei 45 anni).

Le rilevazioni indicano anche che una quota consistente della spesa sanitaria privata non passano per forme organizzate di copertura degli oneri per assistenza medico sanitaria. Di qui è ragionevole pensare che in ragione delle dimensioni di una domanda a carattere regionale o sovraregionale si potrebbe, attraverso meccanismi di incentivazione fiscale, catalizzare un ampio numero di aderenti degli attuali fondi verso pacchetti di prestazioni non solo escluse dai LEA, ma anche verso quelle ritenute socialmente rilevanti e non coperte dai LEA quali: LTC e odontoiatria. Naturalmente l'indagine non fa riferimento a tutto il tema della non autosufficienza che oggi viene affrontato da parte delle famiglie italiane attraverso l'uso delle colf o badanti, delle RSA a ciclo continuo o diurno, o attraverso operatori socio-sanitari disposti a fornire servizi di tipo fisioterapico e riabilitativo, con un costo privato non indifferente se si tiene conto che il sistema socio-sanitario pubblico per gli anziani non-autosufficienti soddisfa mediamente il 15% della domanda esistente.

La sanità integrativa come supporto al SSN per affrontare il cambiamento della domanda di salute

La spesa per l'assistenza sanitaria integrativa volontaria ancorché limitata, negli ultimi cinque anni presenta trend in crescita. Essa può rappresentare un segmento del mercato molto importante in chiave di integrazione con il SSN, con riferimento alle aree che gli attuali LEA non garantiscono - soprattutto prestazioni odontoiatriche, protesiche e implantologiche e area dell'assistenza agli anziani non autosufficienti – per fornire alle famiglie italiane la possibilità di copertura dei costi che oggi sostengono direttamente, tutte le volte che la domanda non riesce ad essere soddisfatta da servizi e strutture pubbliche.

Quest'ultima prospettiva va inoltre letta in prospettiva, tenendo conto dell'impatto dell'evoluzione demografica sulle politiche sanitarie del paese. I dati ISTAT del 2008 sulla popolazione residente dicono che siamo oltre 60 milioni di cittadini e il 20% della popolazione ha più di 65 anni. Dodici milioni di italiani hanno più di 65 anni e i cosiddetti "grandi vecchi" con più di 80 anni sono il 5,3% della popolazione. La speranza di vita alla nascita è di 78,6 anni per gli uomini e di 84,1 per le donne. La vecchiaia è femminile. Le donne sono il 67% delle persone con più di 80 anni. Il numero delle donne vedove è 5 volte superiore a quello degli uomini. A livello regionale la Liguria è in testa con la maggiore presenza di anziani con età superiore ai 65 anni (25%) seguono la Toscana, l'Umbria, il Piemonte ed il Molise. La Campania si posiziona all'ultimo posto con il 15,3%.

La quota di popolazione ultra65enne si prevede passerà dall'attuale 20% al 21% nel 2010 e al 28% nel 2030. Fonti ISTAT(rapporto sull'invecchiamento della popolazione), indicano che circa il 40% delle persone con più di 78 anni non sia autosufficiente e necessiti quindi di una adeguata assistenza.

L'assistenza a lungo termine (LTC) identifica l'erogazione di una copertura finanziaria che garantisca una adeguata assistenza nel caso in cui il cittadino sia in condizione di non autosufficienza, provocata non solo da infortunio o malattia, ma anche da senescenza.

Dalle indagini più recenti emerge che il mercato italiano non è ancora sensibile alla possibilità di prevedere una adeguata copertura del rischio nel caso di non autosufficienza. Infatti dalle ricerche emerge come la massa dei giovani non attribuiscono grande rilevanza al rischio di perdita

dell'autosufficienza, per contro gli anziani attribuiscono grande priorità al problema ma tendono, a non assicurarsi poiché i premi richiesti risultano ancora troppo elevati rispetto alle disponibilità di reddito. Se consideriamo il problema dal lato dell'offerta, si può rilevare che la prima polizza LTC è comparsa nel 1997 (SAI vita) e da allora il mercato ha registrato una crescita di dimensioni molto ridotte come si può rilevare dalla ricerca ANIA 2004 sulle assicurazioni del ramo vita, che quantifica quelle LTC in alcune decine di migliaia comprendendo anche le assicurazioni di tipo collettivo. I dipendenti del settore assicurativo hanno conquistato recentemente il fondo unico nazionale LTC. I beneficiari sono circa 43.000 e quando riconosciuti non autosufficienti(la definizione di non autosufficienza è indicata nel regolamento del fondo e si basa sulle sei attività individuate dall'OMS) viene loro garantita una rendita annua pari a 12253 euro.

Le coperture di LTC offerte dai fondi sanitari integrativi non-profit risultano anch'esse molto esigue. Tutto ciò a fronte del ricorso a forme private-private di assistenza alla non autosufficienza, che per le famiglie italiane, costituisce a tutt'oggi un esborso pari a un terzo del reddito medio del nucleo familiare, e spesso senza le necessarie garanzie qualitative di cui questa assistenza necessita. Il costo mensile di una badante si aggira in media da 600 a 900 euro.

L'assistenza socio-sanitaria per la LTC può essere molto costosa. Il costo medio mensile del ricovero in una "nursing home" negli USA è stato valutato sopra i 3000 dollari, in Germania pari a 4000 dei vecchi marchi tedeschi, in Italia il costo mensile in una casa di cura per anziani si aggira tra i 2000 e i 3000 euro. Nei casi più gravi, che necessitano anche di assistenza sanitaria specializzata si può arrivare a 5000-6000 euro.

L'onere finanziario mensile per ADI di una persona non autosufficiente è stato stimato dalla Provincia Autonoma di Bolzano pari a circa 1.680 euro. Tuttavia in Italia non esistono stime precise dei costi per l'ADI, anche perché, essendo in gran parte affidata alla famiglia si tratta di costi indiretti.

Negli USA avere un aiuto 3 volte la settimana per 4 ore (lavare, vestire e preparare i pasti) per un anziano non autosufficiente costa circa 1000 dollari al mese, ovviamente il costo si innalza quando si tratta di assistenza infermieristica qualificata. In Emilia Romagna i costi vanno dai 18 euro/ora per prestazioni di base ai 39/ora per prestazioni fisioterapiche o riabilitative.

Nel nostro paese le basi giuridiche che affrontano il tema della non autosufficienza sono rintracciabili:

1. nella riforma sanitaria *ter* del 1999;
2. nell'art. 26 della legge quadro sui servizi sociali 328/2000 che estende la possibilità per le persone anziane e disabili di ricorrere a fondi integrativi anche per la copertura di servizi socio-assistenziali relativi alle cure continuative a domicilio o in strutture residenziali e semiresidenziali;
3. nel decreto del ministero delle finanze del 22.12.2000 che all'art. 1 riconosce lo stato di non autosufficienza quando ci sia l'incapacità di svolgere anche in parte le azioni della vita quotidiana ;
4. nell'atto di integrazione socio-sanitaria previsto nel Dpcm 2001;
5. nella previsione della deducibilità delle spese per assistenza domestica (badante) per una cifra pari a 1.820 Euro annui nella finanziaria 2005;
6. nell'istituzione di un fondo nazionale per la non autosufficienza nella finanziaria 2007-2011;
7. In alcune leggi regionali che istituiscono sistemi regionali per il sostegno delle persone non autosufficienti.

Dunque la normativa socio-sanitaria e fiscale individua ed apre l'assistenza a lungo termine, non fosse altro per la quota di parte sociale a carico dei Comuni/cittadini, quale prestazione tipica dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale.

Infatti, attualmente, il quadro normativo ci consentirebbe di individuare come prestazioni tipiche dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale:

- la copertura della quota di spesa per i servizi sanitari residenziali e domiciliari a rilevanza sociale a carico dell'utente, secondo quanto previsto dal Dpcm 29.11.2001 che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria;
- la copertura della quota di costo a carico dell'utente che usufruisce dei servizi socio-assistenziali garantiti dagli enti locali;
- la copertura dei costi aggiuntivi legati a una maggiore possibilità di scelta delle strutture residenziali e delle tipologie di servizio e a una maggiore rapidità di accesso agli stessi.

Pertanto i Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale possono consentire di acquistare una copertura integrativa per la non autosufficienza a costi più contenuti rispetto alle polizze individuali offerte dal mercato *for profit* aumentando l'accessibilità ai servizi LTC anche per le persone che non dispongano di elevate capacità reddituali o per quelle che verrebbero escluse o discriminate dalla eventuale selezione avversa.

Dunque un equilibrato *mix* su base universalistica, garantito dal nostro ordinamento e dalle politiche sanitarie e sociali, che vanno implementate e migliorate nella qualità e nella efficienza e contemporaneamente l'istituzione dei Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, potrebbe essere la risposta alla rilevante domanda di assistenza, sempre più personalizzata, sempre più esigente, che sale dal corpo sociale, nonché alla questione degli anziani non autosufficienti, oggi caratterizzata, da forti problemi di equità e di accesso ai servizi e alle prestazioni.

In sostanza, attraversi i Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, è possibile riorientare la spesa privata dei cittadini verso ciò di cui le politiche pubbliche non riescono a farsi carico, riorientare ciò che oggi gli attuali fondi offrono verso i problemi di maggiore rilevanza sociale, come l'assistenza agli anziani non autosufficienti, sempre secondo uno schema di tipo solidaristico negoziale o di territorio, non lasciando gran parte della popolazione da sola a provvedervi in maniera autonoma, in base alla propria capacità reddituale. E' una sfida che altri paesi europei, con sistemi sanitari simili al nostro, come l'Inghilterra o la Svezia hanno colto da tempo, inserendo come soggetti che concorrono al sistema di protezione della salute, fondi sanitari integrativi e mutualità volontaria che forniscono sia prestazioni aggiuntive che integrative di assistenza. Benenden, il più grande soggetto di mutualità integrativa inglese, concorre nei trust a livello regionale e con i *primary care trust* a fornire servizi e prestazioni ai cittadini, che vanno dall'assistenza domiciliare, alle ambulanze, ai servizi ospedalieri, contando su circa 12.500.000 assistiti in tutte le regioni. Così come i fondi sanitari integrativi dei ferrovieri e dei dipendenti delle poste inglesi che sono più presenti per quanto riguarda le cure odontoiatriche, e l'assistenza domiciliare. Inoltre esistono le *charities* (associazioni libere di cittadini) che offrono a livello territoriale pacchetti di prestazioni che vanno dall'assistenza domiciliare integrata al *nursing post partum* con il pagamento di una quota annua che va da 70 a 120 sterline individuali.

Lo stesso può dirsi per alcuni fondi categoriali in Svezia e per alcune SMS che sono riconosciute nelle agenzie di *purchasing* all'interno dei Consigli di Contea e concorrono a fornire prestazioni e servizi aggiuntivi a quelli forniti dal sistema di protezione della salute.

Considerazione finale.

L'analisi dei dati e delle ricerche esistenti, considerando anche le principali esperienze internazionali, induce a ritenere che la soluzione più indicata per la copertura del rischio da non autosufficienza e per le cure odontoiatriche non coperte dal sistema di protezione della salute, sembra essere rappresentata da una modalità di rapporto pubblico-privato in cui il finanziamento pubblico garantisce una copertura a base universale attraverso una maggiore specificazione dei LEA per la non autosufficienza e per l'odontoiatria per l'intera popolazione, coadiuvato da un sistema di Fondi integrativi del SSN che possano assumere un ruolo efficacemente integrativo, soprattutto se a garanzia dei suddetti fondi agirà il sistema istituzionale decentrato attraverso il ruolo che in questo campo possono assumere regioni ed enti locali, nonché detrazioni fiscali congrue a farli decollare.