



QUADERNO 3-2010



Finanza Pubblica e Riforme

L'INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO NEL FINANZIAMENTO DELLA SANITÀ E DELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA

*una ricostruzione del quadro normativo per gli strumenti di copertura privati
e alcuni suggerimenti per la sua definizione a regime*

F. PAMMOLLI, N. C. SALERNO

Nel Quaderno prima si ricostruisce il quadro normativo italiano per i vari strumenti di copertura privata del finanziamento delle prestazioni sanitarie e di assistenza alla persona; poi si commentano gli aspetti positivi, ma anche gli snodi irrisolti, del Decreto “Turco” del 31 Marzo 2008, *“Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali”*, così come modificato ed integrato dal Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali in data 11 Novembre 2009; infine, si avanzano alcuni suggerimenti per il completamento della normativa verso una assetto consolidato e a regime, per quanto riguarda il trattamento fiscale agevolato e i rapporti tra pilastro privato e pilastro pubblico di base (sia quest’ultimo rappresentato dal Ssn o dalle funzioni fondamentali di Enti Locali e Comuni). Si condivide l’impostazione generale seguita dal Legislatore italiano, con il pilastro privato dedicato a integrare il pubblico in un disegno completo in cui ci sia possibilità di copertura organizzata per tutte le prestazioni. Tuttavia, come suggerito in una delle ultime considerazioni con cui si chiude il Quaderno, il contratto individuale con qualsivoglia strumento di copertura privata rimane per forza di cose affetto da numerose fonti di incompletezza (nell’accezione propria dell’economia dei contratti), e queste rendono difficile assicurare stabilità nel tempo ad assetti di piena complementarità pubblico-privato, in cui il primo si dedichi ai livelli essenziali universali e selettivi e il secondo alle prestazioni *extra*. Tutto questo soprattutto in un Paese dalle forti differenziazioni territoriali, avviato al federalismo, e in cui ciò che realmente è dentro o fuori i livelli essenziali è ancora da stabilire e con ogni probabilità anche da aggiustare nel corso degli anni. Un punto in più, trascurato nel pur fitto dibattito sul *multipillar*, su cui riflettere, e dal quale giunge una ulteriore ragione, oltre alle altre discusse nel Quaderno, per lo sviluppo di uno strumento di copertura complementare a capitalizzazione reale su conti individuali e collegato con polizze assicurative (preferibilmente collettive) per la non autosufficienza.

Sommario

L'Italia non è ancora pronta per un sistema *multipillar*, pubblico-privato, del finanziamento della sanità e dell'assistenza alla persona. E questo, nonostante le proiezioni di spesa Ecofin/Ocse/Fmi indichino che è necessario adottare una prospettiva di universalismo selettivo supportato da schemi di compartecipazione ai costi, e ribilanciare il finanziamento a ripartizione (il *pay-as-you-go* del Ssn) affiancandogli un canale di finanziamento a capitalizzazione reale (i termini di quest'ultimo problema sono, sia a livello micro che a livello macro, sostanzialmente gli stessi coinvolgenti il finanziamento delle pensioni). Già nel medio periodo gli incrementi di incidenza sul Pil sarebbero non sostenibili da un sistema monopilastro, finanziato integralmente a ripartizione e per giunta aspirante a coprire tutto l'universo delle prestazioni con accesso sostanzialmente gratuito. Nel lungo periodo l'incidenza sul Pil potrebbe arrivare addirittura a più che raddoppiarsi.

Ad oggi, la copertura pubblica è formalmente onnicomprensiva, sia per le prestazioni sanitarie che sociali e socio-sanitarie; salvo poi riscontarsi anche profonde contraddizioni, diverse da Ragione a Regione, da Comune a Comune, rispetto alle prestazioni cui realmente il cittadino ha accesso. In particolare, persino sulla voce più critica, quella della *Ltc* (le prestazioni a non autosufficienti), il pilastro pubblico, pur non riuscendo ad assicurare copertura minima sufficiente, mantiene una riserva di operatività ampia e dispersa tra competenze dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali. Un pubblico che promette e non riesce a tradurre in prestazioni effettive (non tanto per questioni di efficienza, ma direttamente per ragioni connesse alle risorse sempre più ingenti che dovrebbero essere dedicate a queste finalità), non solo lascia scoperte aree fondamentali della rete di *welfare*, ma sottrae anche spazio operativo allo sviluppo della copertura privata organizzata.

Il primo passaggio verso il *multipillar* non può non essere una definizione più circostanziata dei livelli essenziali delle prestazioni al cui finanziamento provvedere con risorse pubbliche; una definizione che non sfugga alla necessità di tener conto delle risorse disponibili e del vincolo di bilancio pubblico. Qui il tema del *multipillar* incrocia quello della trasformazione in senso federalista delle Istituzioni di governo e amministrazione e del finanziamento della spesa pubblica. Per capire quanto questo incrocio sia nevralgico, basta scorrere in sequenza: la Legge n. 328 del 2000 riguardante i livelli essenziali delle prestazioni sociali (e connesse potestà legislative e responsabilità di finanziamento e gestione operativa); il Dpcm del 14 Febbraio 2001 riguardante i livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie (con distinzione dei quelle a prevalenza sociale e quelle a prevalenza sanitaria, e corrispondenti attribuzioni di potestà e responsabilità); il Dpcm del 29 Novembre 2001 riguardante i livelli essenziali dell'assistenza sanitaria. A distanza di anni, e con in mezzo una riforma della Costituzione, il finanziamento di tutti i livelli essenziali non è ancora approdato ad un assetto consolidato: ormai tutto rientra nel ridisegno della fiscalità federalista, affidato alla decretazione delegata dalla recente Legge n. 42/2009 (con tutte le criticità connesse, a cominciare dalla definizione stessa dei costi *standard* e del fabbisogno *standard* di prestazioni essenziali). Ma astruendo da queste questioni di assetto generale, istituzionale, politico e socio-economico, e concentrandosi sugli aspetti riguardanti in maniera specifica il finanziamento *multipillar*, restano almeno due punti nevralgici irrisolti e sui quali, oltretutto, il dibattito non sembra neppure sufficientemente approfondito e maturo anche all'indomani del decreto "Turco" del 31 Marzo 2008 e del successivo decreto ministeriale del 27 Ottobre 2009 (il "Sacconi") che lo ha corretto e integrato: l'assetto delle agevolazioni fiscali con connessa *tax-expenditure* per l'Erario, e il funzionamento dello strumento di copertura privata.

Per quanto riguarda le agevolazioni fiscali, l'attuale normativa è il risultato di affastellamenti di interventi e aggiustamenti non più rispondenti ad una *ratio* unitaria. Si sente l'esigenza di una razionalizzazione che parta dalle ragioni alla base del riconoscimento dell'agevolazione: da un lato la capacità incentivante sotto il vincolo di bilancio pubblico; dall'altro la destinazione della *tax-expenditure*, e dunque le funzioni che lo strumento che le riceve è in grado di svolgere.

Le argomentazioni svolte nel Quaderno conducono a suggerire uno schema incentivante con le seguenti caratteristiche:

- basato sulla detrazione fiscale, maggiormente in grado (rispetto alla deducibilità) di incentivare l'adesione delle platee dei lavoratori dipendenti e dei percettori di redditi medio-bassi;
- organizzato in maniera tale che alle categorie meritorie di spesa *out-of-pocket* corrispondano soglie (percentuali e assolute) di detraibilità, differenziate a seconda dell'importanza assegnata alla singola categoria, e che la somma delle soglie di detraibilità riconosciute su un gruppo di categorie di spesa corrisponda alla soglia di detraibilità valida per i contributi/premi a strumenti di copertura organizzata (fondi, società di mutuo soccorso, assicurazioni) riguardanti lo stesso gruppo di categorie di spesa (una struttura a "piramide");
- omogeneo per tutti gli strumenti di copertura organizzata;
- eventualmente con un maggior favore fiscale per le coperture collettive organizzate (fondi e società di mutuo soccorso) rispetto a quelle individuali (le assicurazioni individuali), in virtù delle loro caratteristiche (standardizzazione, capacità di ottimizzare i costi, facilità di collegamento con polizze assicurative collettive per rischi specifici, etc.) che le predispongono a rivolgersi alle platee più ampie dei redditi medio-bassi e a tutto il comparto del lavoro dipendente.

Lungo le direttrici proposte, la riorganizzazione della fiscalità della copertura complementare si dovrebbe saldare con una esigenza, ormai evidente, di una *spending review* di tutte le agevolazioni fiscali per finalità sanitarie e di assistenza alla persona oggi presenti nel Testo Unico delle Imposte sui Redditi.

Per quanto riguarda, invece, il funzionamento della copertura privata, ad oggi in Italia manca all'appello (nel senso che non è previsto dall'attuale normativa) proprio lo strumento più adatto a complementarsi con il pilastro pubblico, da un lato ribilanciando il finanziamento a ripartizione con iniezioni di accumulazione reale e, dall'altro, organizzando al meglio la copertura assicurativa delle spese per l'assistenza alla persona in caso di inabilità/invalidità. Un fondo sanitario funzionante ad accumulazione reale su conti individuali, e collegato a polizze assicurative collettive per la *Ltc*, porterebbe con sé numerose proprietà positive:

- concorrerebbe a ribilanciare l'eccesso di ripartizione su cui oggi si fonda il finanziamento delle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie (pensioni incluse);
- manterrebbe forti gli stimoli al corretto ricorso alle terapie e ai farmaci, dal momento che i costi degli *extra* Lea e i *copay* dei Lea sarebbero stornati dal conto di accumulazione del singolo aderente;
- circoscriverebbe la copertura di natura assicurativa alle prestazioni che non possono farne a meno, riducendo al minimo gli effetti negativi cui anche le coperture assicurative private saranno esposte di fronte alla forte e continua dinamica di spesa attesa nei prossimi anni (al di là della base delle riserve matematiche che ogni assicurazione mantiene, il *pooling* assicurativo riproduce in ambito privatistico quello che la ripartizione sugli attivi compie per il finanziamento del pilastro pubblico);
- permetterebbe di estendere l'operatività dei fondi anche la di là degli *extra* livelli essenziali, perché ogni anno sarebbe inequivocabilmente definito quale ammontare di risorse, avendo goduto dell'agevolazione fiscale, deve rispettare il vincolo di destinazione alle prestazioni *extra* e quale, invece, può essere dedicato a finanziare prestazioni liberamente concordate con l'iscritto al momento del contratto di adesione;
- sarebbe compatibile con quei cambiamenti della relazione di complementarità tra pubblico e privato (soprattutto nel gruppo delle prestazioni sociali e socio-sanitarie) che potrebbero derivare da variazioni di *policy*, mutamenti istituzionali, diversificazione dell'offerta sul territorio, mobilità degli aderenti all'interno del Paese con conseguente cambio di residenza, o addirittura mobilità internazionale degli aderenti; sarebbe la soluzione più adatta a permettere la portabilità della copertura privata;
- tramite la distinzione tra montante in accumulazione per far fronte alle spese non di tipo *Ltc* e copertura assicurativa per far fronte a quelle di tipo *Ltc*, permetterebbe di stabilire che la copertura assicurativa di queste ultime debba avvenire come se queste non ricadessero nei livelli essenziali (e quindi sganciandosi completamente dalle fattispecie del pilastro pubblico), partendo dal presupposto che, per fornire ai meno abbienti prestazioni adeguate per non autosufficienza, l'universalismo inevitabilmente dovrà divenire molto selettivo sia sul reddito che sul patrimonio;

- permetterebbe di far convergere su medesimi soggetti - i fondi di *welfare* - la duplice funzione di gestire i contributi degli iscritti sui mercati sia per preparare la pensione complementare, sia per predisporre le risorse per fronteggiare le spese sanitarie, e per pagare i premi delle coperture assicurative di tipo *Ltc* (soprattutto inabilità/invalidità acquisite, ma anche degenze *post* operatorie lunghe).

In aggiunta ai precedenti punti, se si realizzassero i fondi *welfare*, la loro operatività potrebbe essere estesa ai Lea anche per un'altra ragione. La copertura delle spese avverrebbe sempre tramite risorse stornate dall'accumulazione reale sui conti individuali; stornate, cioè, dalla creazione della rendita pensionistica che è obiettivo che già gode (in capo ai fondi pensione) di agevolazioni fiscali. Non si creerebbe il paradosso - che il Legislatore ha giustamente voluto evitare - di agevolazioni fiscali che incentivano *tout court* la copertura di prestazioni che dovrebbero essere universali e selettive e fornite dal Ssn. Allargare il campo operativo dei fondi permetterebbe economie di scala e di scopo. Ne deriverebbero vantaggi anche per il Ssn, sgravato da quote di domanda e affiancato da *provider* terzi (su cui i fondi potrebbero incanalare la domanda) rispetto ai quali sostenere il confronto. Sotto il vincolo politico di non diminuire, ma anzi di continuare a rafforzare, l'impegno di risorse per il Ssn e la rete delle prestazioni sociali e socio-sanitarie pubbliche, la diversificazione del finanziamento aprirebbe possibilità nuove per perseguire l'adeguatezza e la qualità delle prestazioni fornite dalle strutture del Ssn e di tutte quelle finanziate dal pubblico.

Tutti snodi difficili, sia sul piano tecnico che sul piano della loro metabolizzazione politica e sociale; ma sui quali il dibattito deve cercare di strutturarsi il prima possibile per arrivare a proporre soluzioni complete, organiche e pronte a reggere l'impatto della forte crescita della domanda e della spesa di cura e assistenza alla persona che si verificherà nei prossimi anni. Appare essenziale che, senza necessariamente mandare ad esaurimento gli altri strumenti di copertura privata organizzata, si dia presto la possibilità di dimostrare le proprie caratteristiche ottimali ad uno strumento nuovo come il fondo ad accumulazione su conti individuali collegato con le coperture assicurative per la *Ltc*. Già nel giro di qualche anno, quando le esigenze di spesa avranno realizzato quella dinamica descritta nelle proiezioni Ecofin/Ocse/Fmi, e la *governance* federalista avrà definitivamente incorporata l'insostenibilità di livelli essenziali onnicomprensivi e integralmente gratuiti, le diverse predisposizioni e la diversa versatilità dei vari strumenti di copertura privata cominceranno ad emergere con chiarezza.

L'individuazione delle caratteristiche e del funzionamento migliore del pilastro privato è un passaggio necessario per costruire un sistema di finanziamento integrato ed esaustivo, in cui il pubblico fornisca le risorse per i livelli essenziali e sia garante dell'universalismo selettivo, mentre il privato esaurisca la copertura sugli *extra* e sulle compartecipazioni. Infatti, questa complementarietà non può svilupparsi e mantenersi da sola (solo, per esempio, riconoscendo agevolazioni fiscali), ma va ricercata e promossa. Senza uno strumento privato che sappia bilanciare il ricorso al finanziamento a ripartizione da parte del pubblico, che sappia facilmente adattarsi ai cambiamenti istituzionali e normativo-regolamentari del pubblico, e alla possibile mobilità del cittadino tra Comuni, Regioni, Paesi, la prospettiva di complementarietà rischia di rimanere sempre instabile, con zone grigie, con necessità di aggiustamenti contrattuali *ex-post* (spesso fonti di litigi giudiziari), oltre che senza basi solide per la sostenibilità finanziaria.

Fp e Ncs, Giugno 2010

INDICE

Sommario	4
Introduzione	9
Lo <i>status quo</i> della normativa sui pilastri privati in sanità	12
La Finanziaria-2008 e il Decreto “Turco” (modificato dal D. M. 11/11/2009)	24
Gli strumenti di copertura privata oggi esistenti: un quadro frastagliato	32
Il dopo Decreto “Turco”: 12 punti di un quadro ancora incompleto	39
Conclusioni e sintesi delle linee per la <i>policy</i>	59

1. Introduzione

Dal 1960 ad oggi l'incidenza della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) sul Pil è aumentata in tutti i Paesi ad economia e *welfare* sviluppati. Negli Stati Uniti il rapporto si è triplicato, mentre nei principali *Partner* Ue, Italia inclusa, si è più che raddoppiato. I sistemi sanitari pubblici hanno reagito o mantenendo grossomodo invariata la quota di copertura, quando già elevata, oppure aumentando il *coverage*, come in Spagna e soprattutto negli Stati Uniti. Questi ultimi, di fatto, con un *coverage* cresciuto dal 24 per cento al 46 per cento, hanno assistito ad un aumento di circa sette volte dell'incidenza sul Pil della spesa sanitaria pubblica. E, ad oggi, gli Usa destinano alla sanità pubblica più punti di Pil dell'Italia e di altri *Partner* Ue incluso il Regno Unito. Nei Paesi che hanno mantenuto invariato il *coverage*, la spesa pubblica ha comunque più che duplicato la sua incidenza sul Pil. Questa crescita vertiginosa, che ha coinvolto sia sistemi *à la Bismarck* che *à la Beveridge*, sia sistemi ad alto che a basso *coverage* pubblico, è avvenuta mentre la vita attesa aumentava ovunque, di pari passo con la qualità della vita e lo stato di salute. La vita attesa alla nascita degli uomini ha guadagnato circa 1,5 anni ogni decennio; mentre la vita attesa a 65 anni ne ha guadagnato circa 1 ogni decennio. Sulla base di questo storico, è necessario domandarsi per tempo quali proiezioni si possono fare per i prossimi 50-60 anni.

Le più recenti proiezioni dello scenario centrale di Awg-Ecofin, quelle inglobate negli indicatori di sostenibilità delle finanze pubbliche, riportano incrementi di incidenza della spesa sanitaria pubblica tutto sommato limitati: al 2060 inferiori ai 3 p.p. nella somma voce *acute* e di quella per *long-term assistance*¹. Per l'Italia, l'incremento della prima sarebbe di +1,1 p.p., quello della seconda di +1,3 p.p.. Ma si tratta di proiezioni incentrate sulla demografia, e che pongono volutamente in secondo piano gli altri fattori di crescita che hanno impatto sulla dinamica della spesa. Tra questi, l'avanzamento tecnologico, l'aumento della domanda di cure (l'elasticità al Pil), lo sviluppo della rete di prestazioni formalizzate e istituzionalizzate, l'allargamento della casistica trattabile e delle possibilità di vita più lunga ma in condizioni di invalidità di vario grado. Non a caso, rispetto alle precedenti *release* delle proiezioni², questa volta Awg-Ecofin sviluppa, pur se limitatamente alla sola voce *acute*, anche uno scenario "tecnologico", in cui il tasso di crescita della spesa *pro-capite* tiene maggiormente conto dello *spread* che storicamente ha mantenuto sul tasso di crescita del Pil *pro-capite* e del Pil per occupato. In questo scenario, al 2060, l'incidenza della spesa si raddoppia o più che raddoppia per tutti i *Partner*; e anche in questo caso, come avvenuto nel passato, senza distinguere tra sistemi *à la Bismarck* e *à la Beveridge* e tra livelli di *coverage*. Per l'Italia, +5,3 p.p. dall'attuale incidenza della spesa *acute* pari a 5,9.

È quanto era già emerso nell'ultima *release* delle proiezioni sanitarie dell'Ocse (2006)³ che, tenendo conto della pluralità dei *driver* demografici ed *extra* demografici, già proiettavano un potenziale generalizzato raddoppio o più che raddoppio dell'incidenza sul Pil della spesa sanitaria pubblica. Per l'Italia, addirittura un +9,4 p.p. entro il 2050 (nella somma di *acute* più *long-term*). Più recentemente, anche il Fmi ha elaborato delle proiezioni che vedono la spesa sanitaria raddoppiare la sua incidenza sul Pil a cinquant'anni (*"Fiscal Monitor"*, Maggio 2010). Si impongono due domande: che cosa succederebbe se questa dinamica davvero si realizzasse

¹ Cfr. Awg-Ecofin (2009), *"2009 Ageing Report"*, con il più recente aggiornamento delle proiezioni di medio-lungo termine delle principali voci di spesa per *welfare*; il rapporto è disponibile su <http://www.cermlab.it/internazionale.php?doc=3745498557>.

² Cfr. <http://www.cermlab.it/internazionale.php?doc=3745498540>.

³ Cfr. <http://www.cermlab.it/internazionale.php?doc=3745498542>.

appieno?; e, come diretta conseguenza, quali sono le *policy* più adatte per far fronte a questo aumento di risorse necessarie per soddisfare la richiesta di prestazioni sanitarie?

Se si prende a riferimento lo scenario centrale Awg-Ecofin, al 2050, per mantenere invariata l'incidenza della spesa pubblica sul Pil, il *coverage* Ssn dovrebbe ridursi dall'attuale 76 per cento al 50 per cento. Con lo scenario integrante anche *driver extra* demografici (per semplicità "scenario Ocse"), il *coverage* dovrebbe scendere significativamente al di sotto del 50 per cento. In questo stesso scenario (l'Ocse), per ricondurre il debito pubblico al 60 per cento del Pil nel 2050, l'Italia dovrebbe maturare un profilo di avanzi primari continuamente crescente sino a superare il 10 per cento del Pil; una condizione di completo "ingessamento" della politica annuale di bilancio. Oggi, ogni occupato finanzia la spesa per pensioni e sanità dedicata ad ogni *over 65* con risorse equivalenti al 52,6 per cento del *pro-capite*. Al 2050, con l'effetto combinato dell'aumento della spesa da finanziare (originata soprattutto dal capitolo della sanità) e del deterioramento degli indici di dipendenza demografica, questo valore diverrebbe del 62,3 per cento nello scenario centrale Ecofin, e addirittura del 71,5 per cento nello scenario Ocse. Nella media Ue-15, i tre valori sarebbero rispettivamente 36,2, 51,5 e 60,4 per cento. Anche solo se la dinamica di spesa si posizionasse in una situazione intermedia tra lo scenario centrale Ecofin e quello Ocse, nel 2050 l'incidenza sul Pil della spesa sanitaria arriverebbe ad approssimare quella della spesa pensionistica pubblica (nel lungo periodo stabilizzata al 14 per cento)⁴.

L'irrealismo di questi esempi (ancorché perfettamente coerenti nella loro costruzione) dimostra l'impossibilità di sostenere finanziariamente, per il futuro, dinamiche di spesa simili a quelle registrate dalla metà del secolo scorso. L'organizzazione dei sistemi sanitari dovrà sempre più confrontarsi con il *trade-off* tra domanda di prestazioni e vincolo delle risorse, per non subirlo passivamente ma per governarlo con delle scelte programmate, fatte non solo di guadagni di efficienza e di ordini di priorità, ma anche di rinnovamento della struttura del *welfare system* e di ottimizzazione dei canali di finanziamento.

Per tutti i Paesi diverranno snodi cruciali gli *standard* di appropriatezza, sia in sede diagnostica che terapeutica, e l'universalismo selettivo, basato su una individuazione sostenibile dei livelli essenziali (i Lea per la sanità, i Liveas per le prestazioni sociali, cui si aggiungono i livelli delle prestazioni socio-sanitarie) e dotato di schemi di compartecipazione ai costi. Ma il processo di efficientamento non potrà dare copertura a simili incrementi di spesa; e se la soluzione verrà ricercata soltanto nella selettività, la copertura pubblica dovrà per forza di cose subire restringimenti significativi e non compatibili con la coesione politica e sociale. L'unica riforma strutturale in grado di supportare una *governance* della spesa all'altezza delle pressioni attese nei prossimi decenni è quella del finanziamento *multipillar*. Da sola la ripartizione sugli attivi/occupati (il *pay-as-you-go* che oggi finanzia la totalità della spesa sanitaria e sociale in Italia e in Europa) non è in grado di reperire risorse così ingenti senza provocare profonde distorsioni nelle scelte di lavoro, investimento e produzione. Al ricorso a quote dei redditi prodotti anno per anno dagli attivi serve affiancare programmi di risparmio ed investimento di lungo termine *ad hoc*, con i cui frutti coprire le spese a venire. La diversificazione del finanziamento è passaggio ineludibile anche per riqualificare le spese per *welfare*, con lo sviluppo/rafforzamento di quegli istituti (maternità, famiglia/minori, casa, mercato del lavoro, povertà, inclusione sociale, etc.) che generano effetti positivi sia sulla conservazione dello stato di salute, fisica e mentale, sia sullo sviluppo economico. Questi istituti, ancora tutti molto deboli in Italia, per loro natura spiccatamente redistributiva non

⁴ Per un rapido *excursus* sulle proiezioni e sulle conseguenze micro-macro della dinamica della spesa sanitaria, cfr. N. C. Salerno (2009), presentazione al convegno "New drugs and technologies: Innovation, Transferability, Sustainability", disponibile su http://www.cermlab.it/documents/GENOVA_30_Giu_09_nsalerno.pdf.

possono che ricercare finanziamento nella ripartizione, cosa che sarà impossibile da garantire se la spesa sanitaria, come quella pensionistica, fagociteranno la stessa ripartizione⁵.

Nella prospettiva sinteticamente tracciata in questa introduzione, questo Quaderno si interroga su quanto pronta sia l'Italia ad affiancare al finanziamento a ripartizione della sanità e delle prestazioni sociali e socio-sanitarie un canale complementare funzionante ad accumulazione reale.

La prima parte dello scritto è dedicata alla ricostruzione del quadro normativo e regolamentare, frastagliato e frutto di sovrapposizioni succedutesi nel tempo, e per ciò stesso non privo di incongruenze, incompletezze e passaggi mai affrontati. Un *focus* specifico è quindi dedicato alla fiscalità agevolata.

Nella seconda parte sono dapprima evidenziati i numerosi punti di contatto che lo sviluppo del pilastro complementare ha con gli interventi riguardanti il Ssn e, più in generale, con la trasformazione federalista dello Stato; successivamente, si riepilogano per punti (dodici) gli aspetti più critici dell'attuale assetto, proponendo delle possibili soluzioni o *guidelines* per la *policy*.

⁵ La ripartizione è risorsa "scarsa", nel senso che essa ha una soglia massima praticabile, oltre la quale "spalmare" i costi sui redditi prodotti anno per anno genera effetti distorti e depressivi sull'attività economica.

2. Lo *status quo* della normativa sui pilastri privati in sanità

Per coordinare stabilmente sostenibilità della spesa, adeguatezza delle prestazioni ed equità, e salvaguardare i principi fondanti del nostro Ssn e del nostro *welfare*, è indispensabile muovere verso l'universalismo selettivo, con un metodico ricorso a compartecipazioni graduate a seconda delle condizioni sanitarie ed economiche del singolo e della famiglia, di stimolo anche al ricorso efficiente alle prestazioni. Ma, nel contempo, è necessario anche riequilibrare il peso del finanziamento della sanità e dell'assistenza alla persona, oggi tutto caricato anno per anno sugli attivi tramite ripartizione, bilanciandolo con risorse derivanti da programmi di investimento di lungo termine. I due obiettivi sono strettamente interconnessi sotto più profili: perché l'applicazione di un *copay* risulta tanto più praticabile quanto più le risorse per il suo pagamento non gravano direttamente e anno per anno sui redditi, ma derivano da piani di risparmio programmati *ad hoc*; perché la stessa scelta del perimetro dei livelli essenziali di assistenza (per le prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie), in ragione delle risorse disponibili e in coerenza con l'universalismo selettivo, è tanto più praticabile quanto più il finanziamento delle prestazioni *extra* Lea è organizzato con modalità istituzionalizzate e col sostegno di agevolazioni fiscali; e perché, se i *copay* e gli *extra* Lea, pur non più a carico del bilancio pubblico, sono finanziati con sistemi di natura puramente mutualistica o assicurativa, viene meno il bilanciamento macroeconomico tra ripartizione e capitalizzazione.

L'importanza dei pilastri privati è stata rimarcata anche nella prima relazione che il Governatore Draghi ha tenuto dopo il suo insediamento, dove li si indica come strumenti indispensabili per incentivare e organizzare il risparmio di lungo termine per finalità meritorie, garantendogli una fiscalità agevolata. Per adesso, l'Italia è ai vertici della classifica Ocse per incremento dell'incidenza sul Pil della spesa sanitaria e farmaceutica privata e, a differenza dei maggiori *Partner*, la quasi totalità della spesa ha la forma di pagamenti diretti dei cittadini a valere sui loro redditi disponibili, con effetti distributivi potenzialmente incontrollabili.

Nonostante le tante similitudini con il capitolo della spesa pensionistica (in particolare, per quanto riguarda gli effetti micro e macroeconomici di un *overreliance* sul finanziamento a ripartizione), se si guarda al peso che nel dibattito e negli interventi legislativi è stato dato, negli ultimi anni, ai pilastri privati in sanità, rispetto a quelli pensionistici, ci si accorge della diversa attenzione. Per le pensioni, anche se il livello di sviluppo dei pilastri è ancora insufficiente e l'inquadramento organizzativo e fiscale non può dirsi completato⁶, si è arrivati nel 2005 alla "*Disciplina delle forme pensionistiche complementari*", il D. Lgs. n. 252 che, pur con alcuni limiti dovuti all'attività di riforma ancora in corso, aspirava alla forma di un testo unico. In particolare, dal 1993 (anno in cui il Legislatore ha creato i fondi pensione di diritto italiano con il Decreto Legislativo n. 124), diversi sono stati gli interventi che si sono succeduti e lo stesso smobilizzo del Tfr (trattamento di fine rapporto) - con il connesso problema delle compensazioni alle imprese - si è posto in relazione allo sviluppo dei pilastri privati pensionistici. Anche i progressi nella creazione della cornice istituzionale di controllo e nella regolazione della gestione/diversificazione del portafoglio si sono mossi soprattutto dalle

⁶ In particolare, l'impianto fiscale riformato nel 2005 presenta numerose criticità, e tra queste la marcata regressività, nella fase di contribuzione ma soprattutto in quella di accesso ai benefici. Per una sintesi incisiva, si confronti "*Quel vantaggio molto fiscale*", di Cesari R., G. Grande e F. Panetta, su www.lavoce.info.

esigenze dello sviluppo dei pilastri pensionistici, con la creazione oltretutto di una autorità dedicata ai fondi pensione (la Covip)⁷.

Per la sanità, il tema è affrontato in maniera molto più frammentata e anche con minor risalto informativo. Stupisce che la definizione di fondo integrativo da parte del Legislatore italiano risalga addirittura al 1992. Come stupisce che già nel 1992 il Legislatore mostrasse una così chiara consapevolezza sia della necessità di sviluppare il pilastro privato collettivo (i fondi sanitari), sia di definirne la sfera operativa in maniera complementare al Ssn, in modo tale da avere un sistema organico e razionale, con copertura completa delle prestazioni. Stupisce la “preveggenza”, cui non è corrisposta però, nei quindici anni successivi, una altrettanto encomiabile solerzia nella realizzazione. Ambito di attività e principi organizzativi di base dei fondi sanitari integrativi sono, infatti, contenuti nell’articolo 9 del Decreto Legislativo n. 502 del 30 Dicembre 1992, integrato dall’articolo 26 della Legge n. 328 dell’8 Novembre 2000 (cfr. *Box n. 1 e Box n. 2*). Nessun riferimento viene fatto alle modalità di gestione dei contributi e di predisposizione delle risorse finanziarie per la copertura delle spese degli iscritti; è precisato solo il vincolo di non adottare politiche di selezione dei rischi (i.e. di discriminazione degli aderenti a seconda di caratteristiche socio-sanitarie individuali). Ad oggi, nessun intervento esplicito ha, di fatto, riguardato, le modalità di gestione dei contributi e di predisposizione delle risorse per finanziare le spese degli iscritti.

Successivamente, il tema riemerge solo con Legge 30 Novembre 1998, n. 419 dove, all’articolo 2, si legge che, all’interno dell’azione di decretazione attuativa del D. Lgs. n. 502/1992, “[il Governo è chiamato a] riordinare le forme integrative di assistenza sanitaria, precisando che esse si riferiscono a prestazioni aggiuntive, eccedenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza [...], con questi comunque integrate, ammettendo altresì la facoltà per le Regioni, le Province Autonome e gli Enti Locali e per i loro consorzi di partecipare alla gestione delle stesse forme integrative di assistenza”.

A distanza di poco meno di un anno, invece della decretazione attuativa sull’organizzazione più generale delle forme integrative di assistenza, arrivava la Legge n. 133 del 13 Maggio del 1999 che, all’articolo 10 (non a caso intitolato “Disposizioni in materia di federalismo fiscale” a sottolineare, implicitamente, il collegamento tra *governance* della sanità e trasformazione federalista), delegava il Governo a rivedere il regime fiscale “dei contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati a enti o casse”, al fine di garantire una agevolazione a favore dei fondi integrativi del Ssn rispetto ai fondi non rispondenti a questa caratteristica⁸. Per fondo integrativo del Ssn, si deve intendere quello che si pone in logica complementarità con il Ssn, coprendo o le prestazioni non erogate dal Ssn (gli *extra Lea*) o le compartecipazioni ai costi dei Lea.

Subito dopo, arriva il D. Lgs. 19 Giugno 1999, n. 229 che, in attuazione dell’articolo 1 della Legge 30 Novembre 1998, n. 419, integra e modifica nella versione attualmente in vigore l’articolo 9 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (cfr. *Box n. 1*).

⁷ Si consulti per esempio, sul sito del Ministero dell’Economia, la procedura di consultazione pubblica per il varo della nuova disciplina sui limiti agli investimenti e sui casi di conflitto di interessi per i fondi pensione (http://www.dt.tesoro.it/it/regolamentazione_settore_finanziario/consultazioni_pubbliche_online_corrente/disciplina_limiti_investimenti_conflitti.html).

⁸ La Legge delegava il Governo a: (a) riconoscere un trattamento fiscale di prevalente agevolazione in favore dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, come disciplinati dalle disposizioni attuative della Legge 30 Novembre 1998, n. 419, che a sua volta già aveva chiamato il Governo a dare seguito, anche modificandolo ed integrandolo, al Decreto Legislativo n. 502 del 30 Dicembre 1992; (b) assicurare la parità di trattamento fiscale tra i fondi diversi da quelli integrativi del SSN; (c) garantire l’invarianza complessiva del gettito ai fini dell’imposta sul reddito delle persone fisiche.

Box n. 1 - Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502

"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 Ottobre 1992, n. 421"

Art. 9 - Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale

Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale, e con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

La denominazione dei fondi di cui al presente articolo deve contenere l'indicazione "fondo integrativo del Servizio Sanitario Nazionale". Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse.

Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario nazionale sono le seguenti:

- (a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
- (b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;
- (c) regolamenti di Regioni, Enti Territoriali ed Enti Locali;
- (d) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative di cui all'articolo 1, comma 16 operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
- (e) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
- (f) atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale è rappresentato da:

- (a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza (i Lea) e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate;
- (b) 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 di cui all'articolo 1, comma 15 *[e seguenti]*, della Legge 23 Dicembre 1996, n. 662;
- (c) prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera a), sono comprese:

- (a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
- (b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
- (c) 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.

Con decreto del Ministro della Sanità, previo parere della Conferenza Unificata di cui all'articolo 8 del Decreto Legislativo 28 Agosto 1997, n. 281, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, sono individuate le prestazioni relative alle lettere a), b) e c) del comma 5, nonché quelle ricomprese nella lettera c) del comma 4, le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.





I fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale sono autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o socio-sanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della Sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le Regioni, le Province autonome e gli Enti Locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei fondi di cui al presente articolo.

Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della Sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della Legge 23 Agosto 1988, n. 400, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale. Detto regolamento disciplina:

- (a) le modalità di costituzione e di scioglimento;
- (b) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
- (c) le forme e le modalità di contribuzione;
- (d) i soggetti destinatari dell'assistenza;
- (e) il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;
- (f) le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio Sanitario Nazionale.

La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale è disciplinata dall'articolo 122 del Decreto Legislativo 31 Marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della Sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: 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, il cui funzionamento è disciplinato con il regolamento di cui al comma 8.

Le disposizioni del presente articolo acquistano efficacia al momento dell'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale dei fondi ivi previsti, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 13 Maggio 1999, n. 133.

[il testo è integrato con le modifiche apportate dal Decreto Legislativo 19 Giugno 1999, n. 229]

In evidenza:

- scelta dell'ambito operativo: piena complementarietà con il Ssn (copay ed extra Lea, sia per le prestazioni sanitarie che socio-sanitarie; cfr. Art. 3 septies alla pagina seguente)
- modalità di funzionamento: precisato solo il vincolo di non adottare politiche di selezione dei rischi (i.e. di discriminazione degli aderenti a seconda di caratteristiche socio-sanitarie individuali)
- ogni altro dettaglio (incluso il trattamento fiscale agevolato) rimandato ai decreti di attuazione

Box n. 2 - Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502

"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 Ottobre 1992, n. 421"

Art. 3 septies – Integrazione socio-sanitaria

Si definiscono prestazioni socio-sanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Le prestazioni socio-sanitarie comprendono:

- (a) 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;
- (b) 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.

L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della Legge 30 Novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della Sanità e del Ministro per la Solidarietà Sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle Unità Sanitarie Locali e ai Comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, *handicap*, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del Decreto Legislativo 31 Marzo 1998, n. 112. La Regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la Solidarietà Sociale e il Ministro per la Funzione Pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3 *quinquies*, comma 1, lettera c), le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e Aziende Sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni socio-sanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Box n. 3 – Legge 13 Maggio 1999, n. 133

“Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale”

Art. 10 – Disposizioni in materia di federalismo fiscale

Il Governo è delegato ad emanare, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi aventi per oggetto il finanziamento delle Regioni a statuto ordinario e l'adozione di meccanismi perequativi interregionali, in base ai seguenti principi e criteri direttivi:

[...]

l) previsione di una revisione organica del trattamento e del regime fiscale attualmente vigente per i contributi volontari e contrattuali di assistenza sanitaria versati ad enti o casse, al fine di:

- (1) riconoscere un trattamento fiscale di prevalente agevolazione in favore dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, come disciplinati dalle disposizioni attuative della Legge 30 Novembre 1998, n. 419;
- (2) assicurare la parità di trattamento fiscale tra i fondi diversi da quelli di cui al numero (1);
- (3) garantire l'invarianza complessiva del gettito ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche.

[...]

In evidenza:

- *la delega riguarda il trattamento fiscale agli strumenti di copertura sanitaria privata*
- *non si affrontano altri aspetti organizzativi e gestionali (a cominciare dalla governance)*
- *è riproposta la distinzione, presente sin dal 1992, tra “doc” e “non doc” ai fini del trattamento fiscale agevolato*

Box n. 4 – Decreto Legislativo 18 Febbraio 2000, n. 41

"Disciplina del trattamento fiscale dei contributi di assistenza sanitaria, a norma dell'articolo 10, comma 1, lettera l), della Legge 13 Maggio 1999, n. 133" – testo originario

Art. 1 (unico) – Disposizioni in materia di federalismo fiscale

Al Testo Unico delle Imposte sui Redditi, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 22 Dicembre 1986, n. 917, sono apportate le seguenti modificazioni:

- (a) all'articolo 10, comma 1, dopo la lettera e-bis), è inserita la seguente:
"e-ter) i contributi versati ai fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, per un importo complessivo non superiore a Lire 2.000.000 per gli anni 2001 e 2002. Per gli anni 2003 e 2004 il suddetto importo è fissato in Lire 3 milioni, aumentato a Lire 3.500.000 per gli anni 2005 e 2006 e a Lire 4.000.000 a decorrere dal 2007. Per i contributi versati nell'interesse delle persone indicate nell'articolo 12, che si trovino nelle condizioni ivi previste, la deduzione spetta per l'ammontare non dedotto dalle persone stesse, fermo restando l'importo complessivamente stabilito;"
- (b) all'articolo 48, comma 2, lettera a), dopo le parole: "a Lire 7.000.000" sono aggiunte le seguenti: "fino all'anno 2002 e a Lire 6.000.000 per l'anno 2003, diminuite negli anni successivi in ragione di Lire 500.000 annue fino a Lire 3.500.000. Fermi restando i suddetti limiti, a decorrere dal 1° Gennaio 2003 il suddetto importo è determinato dalla differenza tra Lire 6.500.000 e l'importo dei contributi versati, entro i valori fissati dalla lettera e-ter) del comma 1 dell'articolo 10, ai fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;"

Testo originario del decreto legislativo che nel 2000 prevede soglie di deducibilità annuali dal reddito assoggettato ad imposizione personale crescenti nel tempo sino a stabilizzarsi a 2.066 Euro dal 2007 in poi per i cosiddetti fondi "doc" (complementari al Ssn), e decrescenti sino a stabilizzarsi a 1.808 Euro dal 2008 in poi per i fondi "non doc" (non necessariamente complementari, come la maggior parte delle casse aziendali preesistenti e delle società di mutuo soccorso)

Box n. 5 - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (post riforma 2004)**Art. 10 – Oneri deducibili**

Dal reddito complessivo [delle persone fisiche, a fini Ire/Irpef] si deducono, se non sono deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formarlo, i seguenti oneri sostenuti dal contribuente:

[...] *(b)* le spese mediche e quelle di assistenza specifica necessarie nei casi di grave e permanente invalidità o menomazione, sostenute dai soggetti indicati nell'articolo 3 della Legge 5 Febbraio 1992, n. 104 *[persone con minorazioni]*. Ai fini della deduzione la spesa sanitaria relativa all'acquisto di medicinali deve essere certificata da fattura o da scontrino fiscale contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del destinatario. Si considerano rimaste a carico del contribuente anche le spese rimborsate per effetto di contributi o di premi di assicurazione da lui versati e per i quali non spetta la detrazione d'imposta o che non sono deducibili dal suo reddito complessivo né dai redditi che concorrono a formarlo; si considerano, altresì, rimaste a carico del contribuente le spese rimborsate per effetto di contributi o premi che, pur essendo versati da altri, concorrono a formare il suo reddito; [...]

[...] *(e-ter)* i contributi versati, fino ad un massimo di Euro 3.615,20, ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della Salute da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera *a*) *[cfr. infra]*. Per i contributi versati nell'interesse delle persone indicate nell'articolo 12 *[familiari a carico]*, che si trovino nelle condizioni ivi previste, la deduzione spetta per l'ammontare non dedotto dalle persone stesse, fermo restando l'importo complessivamente stabilito; [...]

Art. 15 - Detrazione per oneri

Dall'imposta lorda [Ire/Irpef] si detrae un importo pari al 19 per cento dei seguenti oneri sostenuti dal contribuente, se non deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formare il reddito complessivo:

[...] *(c)* le spese sanitarie, per la parte che eccede Lire 250 mila. Dette spese sono costituite esclusivamente dalle spese mediche e di assistenza specifica, diverse da quelle indicate nell'articolo 10, comma 1, lettera *b*), e dalle spese chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere. Ai fini della detrazione la spesa sanitaria relativa all'acquisto di medicinali deve essere certificata da fattura o da scontrino fiscale contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del destinatario. [...] Si considerano rimaste a carico del contribuente anche le spese rimborsate per effetto di contributi o premi di assicurazione da lui versati e per i quali non spetta la detrazione di imposta o che non sono deducibili dal suo reddito complessivo né dai redditi che concorrono a formarlo. Si considerano, altresì, rimaste a carico del contribuente le spese rimborsate per effetto di contributi o premi che, pur essendo versati da altri, concorrono a formare il suo reddito, salvo che il datore di lavoro ne abbia riconosciuto la detrazione in sede di ritenuta; [...]

[lettera modificata dall'art. 1, comma 28, lettera b), Legge 27 Dicembre 2006, n. 296, a decorrere dal 1° Luglio 2007]

[...] *(f)* i premi per assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente non inferiore al 5 per cento da qualsiasi causa derivante, ovvero di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se l'impresa di assicurazione non ha facoltà di recesso dal contratto, per un importo complessivamente non superiore a Lire 2 milioni e 500 mila *[Euro 1.291,142]*. Con decreto del Ministero delle Finanze, sentito l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private (ISVAP), sono stabilite le caratteristiche alle quali devono rispondere i contratti che assicurano il rischio di non autosufficienza. Per i percettori di redditi di lavoro dipendente e assimilato, si tiene conto, ai fini del predetto limite, anche dei premi di assicurazione in relazione ai quali il datore di lavoro ha effettuato la detrazione in sede di ritenuta; [...]

[...] *(i-bis)* [...] i contributi associativi, per importo non superiore a 2 milioni e 500 mila lire *[1.291 Euro]*, versati dai soci alle società di mutuo soccorso che operano esclusivamente nei settori di cui all'articolo 1 della Legge 15 Aprile 1886, n. 3.818, al fine di assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, di impotenza al lavoro o di vecchiaia, ovvero, in caso di decesso, un aiuto alle loro famiglie. La detrazione è consentita a condizione che il versamento di tali erogazioni e contributi sia eseguito tramite banca o ufficio postale ovvero mediante gli altri sistemi di pagamento previsti dall'articolo 23 del Decreto Legislativo 9 Luglio 1997, n. 241, e secondo ulteriori modalità idonee a consentire all'Amministrazione Finanziaria lo svolgimento di efficaci controlli, che possono essere stabilite con decreto del Ministro delle Finanze da emanarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della Legge 23 Agosto 1988, n. 400; [...]

[...] *(i-septies)* le spese, per un importo non superiore a 2.100 Euro, sostenute per gli addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se il reddito complessivo non supera 40.000 Euro; [...]
[lettera aggiunta dall'art. 1, comma 319, lettera a), Legge 27 Dicembre 2006, n. 296, a decorrere dal 1° Gennaio 2007]

La delega contenuta nella Legge n. 133/1999 (cfr. *Box n. 3*) è stata raccolta dal Decreto Legislativo n. 41 del 18 Febbraio 2000 (cfr. *Box n. 4*) che, bene interpretandone la sostanza, prevede:

- per i contributi ai cosiddetti fondi “doc” (complementari al Ssn), non necessariamente versati sulla base di accordi con il datore di lavoro in caso di lavoro dipendente, soglie di deducibilità annuali dal reddito complessivo assoggettato ad imposizione personale crescenti nel tempo sino a stabilizzarsi a 2.066 Euro dal 2007 in poi;
- per i contributi ai fondi “non doc” (non necessariamente complementari, come la maggior parte degli enti e delle casse a finalità assistenziale preesistenti), versati dal lavoratore dipendente o dal datore di lavoro per il lavoratore, soglie di deducibilità dal reddito da lavoro dipendente decrescenti da 3.615,20 Euro sino a stabilizzarsi a 1.808 Euro dal 2008 in poi.

In questo modo si tentava di avviare, con l’incentivo fiscale, un processo di convergenza verso gli strumenti complementari al Ssn, rispondenti - sia pure con aspetti migliorabili - ad un disegno di sistema multipilastro ma fortemente organico e senza gruppi di prestazioni non coperti o trascurati⁹. L’intervento legislativo non è rimasto, tuttavia, scevro da incongruenze, se si riflette che si adottava la presunzione che i contributi al fondo “doc” dovessero trovare deducibilità dal reddito complessivo, mentre quelli al fondo “non doc” dal reddito di lavoro dipendente. Perché, se è vero che la quasi totalità dei fondi esistenti agivano (e agiscono ancor tutt’ora) sulla base di accordi a livello aziendale o categoriale, è anche vero che non si doveva precludere ai fondi “doc” la possibilità di svilupparsi proprio in quest’ambito, se davvero li si desiderava lanciare. Il decreto, in altri termini, confondeva – così sembra – la distinzione fondi “doc” / “non doc” con quella fondi aperti / negoziali.

Ma le contraddizioni non si fermano qui. Perché le agevolazioni decrescenti per i fondi “non doc” trovavano una deroga un po’ bizzarra, almeno sul piano della *ratio* economica: nel caso un lavoratore avesse aderito ad un fondo “doc” mentre, contemporaneamente, partecipava ad un “non doc”, i contributi a quest’ultimo potevano contare, stabilmente a decorrere dal 1° Gennaio 2003, su una deducibilità dal reddito da lavoro sino ad una soglia pari alla differenza tra Euro 3.556,97 e i contributi versati al fondo “doc”. Singolare che, proprio mentre si tentava di dare impulso al fondo “doc”, se ne legassero le sorti all’incentivazione del fondo “non doc”, visto che, in caso di contemporanea partecipazione ai due tipi di fondo, la deducibilità dei contributi ai “non doc” poteva rimanere significativamente più elevata rispetto ai 1.808 Euro cui si sarebbe dovuta stabilizzare dal 2007 in poi.

Nel complesso, il Decreto Legislativo n. 41 del 18 Febbraio 2000 si è mosso in maniera molto, forse troppo, prudente, continuando a mantenere un atteggiamento, pur velato, di favore nei confronti dei fondi preesistenti, tutti “non doc”, e nei confronti degli strumenti di copertura integrativa nascenti all’interno del rapporto di lavoro dipendente, a carattere negoziale e sostenuti dalle organizzazioni sindacali. Un punto di vista troppo conservativo per poter effettivamente incidere sullo sviluppo della copertura privata complementare al Ssn, aperta alle libere scelte dei cittadini sia in forma individuale che in forma mediata dalle parti sociali.

Ovviamente, poiché godono della deducibilità dei contributi, gli iscritti ai fondi sanitari non hanno accesso alla detraibilità delle eventuali spese prevista nel Testo Unico delle Imposte sui Redditi (la detraibilità al 19 per cento; cfr. *Box n. 5*), se non per le quote di spesa che restano effettivamente a loro carico. Ed infatti, “[...] gli enti e le casse aventi esclusivamente fine assistenziale e i fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale devono comunicare in via telematica

⁹ Si confronti l’articolo 10 (“*Oneri deducibili*”) del “*Testo Unico delle imposte sui redditi*”.

all'Anagrafe Tributaria gli elenchi dei soggetti ai quali sono state rimborsate spese sanitarie per effetto dei contributi versati" (articolo 78, comma 24-bis della Legge 30 Dicembre 1991, n. 413).

Il D. Lgs. n. 41/2000 affronta espressamente il tema del trattamento fiscale agevolato. Si precisa che l'assetto fiscale deve tener conto della distinzione "doc" "non doc" dei fondi, ma non sono toccati altri aspetti organizzativi e gestionali. In particolare, senza entrare nel merito delle modalità di predisposizione delle risorse con cui finanziare le prestazioni sanitarie a favore degli iscritti.

Subito dopo il D. Lgs. n. 41/2000, è da segnalare l'articolo 26 della Legge 8 Novembre 2000, n. 328 (*cfr. Box n. 6*). La direzione continuava ad essere quella del miglioramento della complementarità tra aree di azione dei fondi "doc" e prestazioni a finanziamento pubblico, oltretutto in un ambito, quello degli interventi socio-sanitari, molto frastagliato e composto di servizi alla persona non facilmente classificabili e, nell'alveo pubblico, attribuiti oltretutto alla responsabilità non solo delle Regioni (come Ssn) ma anche degli Enti Locali e soprattutto dei Comuni. Per la prima volta, anche se non con gli acronimi che entreranno in uso negli anni successivi, il Legislatore cominciava ad approfondire la distinguere tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria, i Lea a carico del Ssn, e i livelli essenziali delle prestazioni sociali (cui poi si aggiungeranno anche quelli delle prestazioni socio-sanitarie; *cfr. infra*), i Lep¹⁰ a carico anche degli Enti Locali. Questo articolo 26 si muoveva in una direzione coerente con il precedente più recente tracciato segnato dal Legislatore, della complementarità organica tra pilastri, ma anticipava un po' i tempi, visto che la riforma in senso federalista della Costituzione è avvenuta nel 2001, e ancora oggi le funzioni fondamentali degli Enti Locali e dei Comuni non hanno trovato una definizione operativa. In particolare non hanno trovato specificazione i livelli di assistenza continuativa (la cosiddetta *long-term care*) ai disabili/inabili, né tantomeno le forme di raccordo e integrazione tra le prestazioni del Ssn (erogate direttamente o comunque finanziate dal fondo sanitario regionale), che dovrebbero essere dedicate alle acuzie e ai casi di lungodegenza più complessi, e quelle degli Enti Locali, che invece dovrebbero prendere in carico principalmente i casi di lungodegenza meno gravi, stabilizzati e trattabili a domicilio o in strutture residenziali non a vocazione ospedaliera.

Dalla data del D. Lgs. n. 41/2000, nessun fondo "doc" ha visto luce, e le leggi finanziarie che si sono succedute hanno costantemente confermato, in deroga al 41/2000, una soglia di deducibilità annuale di 3.615,20 Euro per i fondi "non doc", per evitare penalizzazioni dei cittadini a causa della lentezza del Legislatore.

Le ragioni del mancato decollo sono diverse:

- È mancata una tempestiva e dirimente decretazione attuativa (richiesta dal comma 8 dell'articolo 9 del D. Lgs. n. 502/92)¹¹;
- La stessa definizione operativa dei Lea (per il Ssn), dei Lep (per l'assistenza sociale e socio-sanitaria a carico di Enti Locali e Comuni) e delle compartecipazioni del privato cittadino ai loro costi, necessaria per stabilire la sfera di complementarità, è rimasta elusa nelle difficoltà sorte con l'avvio della transizione federalista (a poco meno di un anno di distanza dal D. Lgs. n. 41/2000 sono giunti il D. Lgs. n. 56/2000 e poi la

¹⁰ I Lep - livelli essenziali delle prestazioni. La Costituzione, in realtà, si esprime soltanto in termini di livelli essenziali di prestazioni (articolo 117) che, poi, con riferimento alle prestazioni del Ssn sono stati indicati dal Legislatore ordinario come Lea (livelli essenziali di assistenza), mentre come Liveas (livelli essenziali delle prestazioni sociali) con riferimento alle prestazioni a carico di Comuni ed Enti Locali (tra le loro funzioni fondamentali), e come livelli essenziali socio-sanitari per quelle prestazioni integranti componenti sia curative che di assistenza continuata e di sostegno del compimento delle azioni di vita quotidiana. *Cfr. infra, Figura n. 1.*

¹¹ Si confronti documento di audizione dell'Ania di fronte alle Commissioni V della Camera dei Deputati e V del Senato della repubblica, riguardo il DPEF 2007-2011, <http://www.ania.it/home/AudizioneANIA-DPEF2007-2011.pdf>.

rimforma della Costituzione del 2001). Se il perimetro dei Lea rimane, come ad oggi, virtualmente onnicomprensivo, e l'applicazione del *copayment* molto limitata e differenziata da Regione a Regione, l'ambito di complementarità è residuale, e risulta difficile immaginare quella trasformazione del sistema sanitario verso l'universalismo selettivo e il finanziamento *multipillar* di cui si è detto in apertura. In aggiunta, schemi di compartecipazione diversi per Regione complicano le relazioni contrattuali tra fondo e platea dei potenziali iscritti, perché inseriscono dei fattori di natura istituzionale in grado di influenzare la spesa *pro-capite* a seconda della residenza dell'iscritto.

- Nei fatti, a fronte di un universalismo sanitario “sulla carta” onnicomprensivo, la reale offerta di prestazioni sanitarie e farmaceutiche si è andata differenziando sul territorio come conseguenza delle diverse capacità di garantire qualità, del fenomeno delle liste d’attesa, e del diffondersi di Prontuari Ospedalieri (riportanti i medicinali utilizzabili per terapie *in-patient*) a livello territoriale o addirittura di Asl o di singolo ospedale¹². La situazione è ancora più confusa sul fronte dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e socio-sanitarie (cfr. *infra* Figura n. 1) per le quali, in assenza di un raccordo ancorché minimo tra Stato, Regioni e Enti Locali sulla ripartizione delle responsabilità e sulle modalità di finanziamento, si riscontrano solo iniziative locali (regionali e più spesso comunali¹³), positive, encomiabili, ma lontane dal muoversi in un quadro organico di rapporti tra livelli di governo con effettivo presidio delle prestazioni su tutto il territorio nazionale.
- Ma con la decretazione attuativa è mancata anche una riflessione sull’opportunità di mantenere, nel loro assetto attuale, i diversi strumenti oggi esistenti, frutto, oltre che dei punti di vista mutevoli espressi nel tempo dal Legislatore, soprattutto dell’evoluzione storica che le forme di organizzazione privata hanno avuto: (a) le società di mutuo soccorso; (b) le polizze assicurative sanitarie; (c) i cosiddetti fondi “passacarte”, una quota non trascurabile di quelli attivi¹⁴, che stipulano per conto degli iscritti polizze assicurative contro i rischi sanitari (generalmente polizze collettive); (d) i fondi che, oltre alla gestione “passacarte”, coprono alcune spese anche con una ripartizione diretta sugli iscritti (i contributi annuali di tutti finanziano le spese di coloro che incorrono in eventi sanitari avversi); (e) i fondi che, pur in assenza di una normativa specifica sulle modalità di investimento sui mercati dei contributi raccolti dagli iscritti, attuano comunque, per quote più o meno rilevanti, una gestione

¹² Sul punto, cfr. il recente lavoro di Pammolli F., N. C. Salerno e D. Integlia (2009), “*I farmaci ospedalieri tra Europa, Stato, Regioni e Cittadini - Federalismo per i cittadini o federalismo di burocrazia?*”, Quaderno CERM n. 1-2009.

¹³ Una su tutte, l’iniziativa della Regione Emilia Romagna di istituire un fondo regionale per la non autosufficienza, considerata la grave inadeguatezza e l’incertezza del rinnovo del corrispondente fondo nazionale.

¹⁴ Un esempio di organizzazione “passacarte” è quello dell’assistenza sanitaria fornita dalle Casse privatizzate che erogano le pensioni pubbliche per i liberi professionisti (cfr. dal sito *web* di Inarcassa http://www.inarcassa.it/asssan_ind.html), o delle prestazioni fornite da Enti emanazioni delle rappresentanze categoriali (cfr. http://www.confcommerciocbieti.it/Documentazione/Lavoro/EST/fondo_assistenza_sanitaria.htm). Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale sono le seguenti: a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali; b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale; c) regolamenti di Regioni, Enti Territoriali ed Enti Locali; d) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell’assistenza socio-sanitaria o dell’assistenza sanitaria; e) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute; f) atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l’esplicita assunzione dell’obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti. Questo dettato, dell’articolo 9 del D. Lgs. n. 502/1992, permette un’ampia base per le fonti istitutive (soprattutto la lettera f)). Sarebbe opportuno riflettere sull’utilità di una omogeneizzazione completa con le fonti istitutive individuate per i fondi pensione dal Decreto Legislativo n. 124/1993 e sue successive modificazioni/integrazioni, considerato che i soggetti coinvolti sono gli stessi così come le stesse sono le risorse disponibili (contributi del lavoratore, del datore di lavoro, eventuale Tfr).

di portafoglio. A questo quadro composito e mai sistematizzato di strumenti¹⁵ si è sovrapposta la distinzione tra “doc” e “non doc”, che sino al Decreto “Turco” (*cfr. infra*) sembrava riguardare solo i fondi (enti e casse assistenziali), ma che dopo questo decreto appare coinvolgere anche le società di mutuo soccorso.

Con riferimento a quest’ultimo punto, il dibattito ha completamente ignorato uno snodo sul quale invece è necessaria una riflessione: le modalità di gestione finanziaria. È sostenibile, e adatto a complementarsi con il Ssn, un pilastro privato basato o su logica mutualistica (le società di mutuo soccorso e altri enti *no profit*) oppure su logica puramente assicurativa (i fondi “passacarte”, siano essi “doc” o “non doc”, e le assicurazioni individuali a finalità sanitaria)? Su questo punto, cui è dedicato in particolare il *Box n. 14*, il Quaderno ritorna nei capitoli 5. e 6., dopo aver completato l’inquadramento normativo (capitolo 3.) e aver ripercorso le caratteristiche degli strumenti oggi disponibili (capitolo 4.). Per adesso, è utile sottolineare come, invece, una simile riflessione si è imposta per il pilastro pensionistico privato, con la scelta che i fondi pensione di nuova costituzione dopo il 1993 adottassero obbligatoriamente il modello di gestione dei contributi degli iscritti sui mercati, attraverso investimenti reali tramite operatori specializzati, per poi finanziare le prestazioni grazie al montante frutto dell’accumulazione¹⁶.

Box n. 6 - Legge 8 Novembre 2000, n. 328

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

Art. 26 - Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali

L'ambito di applicazione dei fondi integrativi previsti dall'articolo 9 del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, comprende le spese sostenute dall'assistito per le prestazioni sociali erogate nell'ambito dei programmi assistenziali intensivi e prolungati finalizzati a garantire la permanenza a domicilio ovvero in strutture residenziali o semiresidenziali delle persone anziane e disabili.

L'articolo è ripreso dal Decreto del Ministero della Salute in data 31 Marzo 2008 (cosiddetto “Turco”)

¹⁵ Non esistono neppure censimenti completi delle varie forme di copertura complementare esistenti. Sul numero di fondi e di società di mutuo soccorso in attività si riscontrano anche dati discordanti.

¹⁶ Prima del 1993 anche il fondo pensione poteva essere di tipo “passacarte”. Dal 1993 in poi, i fondi pensione di nuova istituzione devono investire i contributi dei loro iscritti sul mercato, tramite apposita convenzione con gestore finanziario abilitato (articolo 6 del D. Lgs. n. 252 del 5 Dicembre 2005, che ha integrato il D. Lgs. n. 124/1993).

3. La Finanziaria-2008 e il Decreto “Turco” (modificato dal D. M. 11/11/2009)

La Legge Finanziaria per il 2008 ha fatto compiere dei passi avanti al quadro normativo. Il comma 197 riguarda la condizione dei fondi “doc”, mentre il comma 198 quella dei fondi “non doc” (cfr. Box n. 7).

Al comma 197, lettera *a*, dell’articolo 1 (unico) è innalzata a 3.615,20 Euro la soglia di deducibilità fiscale dal reddito complessivo per i contributi versati ai fondi “doc”, contemporaneamente rinnovando l’invito al Ministero della Salute ad emanare un decreto che specifichi in termini operativi gli ambiti di intervento propri del fondo “doc”. Concorrono alla soglia di 3.615,20 Euro anche “[...] i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale [...]”, purché qualificate come “doc” (articolo 51, comma 2, lettera *a* del Tuir), nonché i contributi sanitari versati a favore dei familiari che si trovino nelle condizioni di cui all’articolo 12 del Tuir, per l’ammontare eventualmente non dedotto dalle persone stesse.

Al comma 197, lettera *b*, si innalza ad Euro 3.615,20 la soglia di deducibilità dal reddito da lavoro dipendente dei contributi versati ai fondi “doc” dal datore di lavoro o dal lavoratore in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale. Concorrono alla soglia di 3.615,20 Euro anche i contributi versati individualmente al di fuori del rapporto di lavoro (ancorché da lavoratori dipendenti); così come quelli versati a favore dei familiari che si trovino nelle condizioni di cui all’articolo 12 del Tuir, per l’ammontare eventualmente non dedotto dalle persone stesse.

Al comma 198, si ripropone anche per il 2008 la soglia di deducibilità dal reddito di lavoro dipendente, entro la soglia di 3.615,20 Euro, dei contributi versati dal lavoratore o dal datore di lavoro ai fondi “non doc”, enti e casse a finalità assistenziale non conformi ai connotati “doc” individuati dal decreto del Ministero della Salute. In realtà, la proroga veniva fissata sino alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale di questo decreto del Ministero della Salute.

Il combinato disposto dei primi due commi si può riassumere affermando che, a partire dall’emanazione del decreto ministeriale chiamato a specificare i connotati “doc”, ai fondi “doc”, in qualunque modo finanziati (separatamente da, o all’interno di, un rapporto di lavoro dipendente), è concessa la deducibilità sino ad Euro 3.615,20. In caso di partecipazione a più fondi “doc”, aperti o negoziali che siano, la soglia rimane quella ed unica. Il comma 198, invece, proroga sino alla data di emanazione del decreto ministeriale sui connotati “doc” (di fatto, per il 2008), la deducibilità dal reddito da lavoro dipendente, sino ad un massimo di Euro 3.615,20, dei contributi versati dal lavoratore o dal datore di lavoro ai fondi “non doc”.

Prima di passare ad esaminare il più volte evocato decreto ministeriale sui connotati “doc”, alcune riflessioni sui tre commi della Finanziaria-2008. Un aspetto sicuramente positivo si riscontra nel fatto che, finalmente, si afferma la deducibilità entro la soglia di Euro 3.615,20 dei contributi versati ai fondi “doc” senza distinguere che si tratti di fondi ad adesione individuale o di fondi ad adesione collettiva e negoziale. Si comincia a muovere, anche sul fronte della sanità integrativa, verso l’omogeneizzazione del trattamento fiscale dei vari

strumenti, proprio come avvenuto, anni prima, per le pensioni integrative. Con la differenza, tuttavia, che, mentre il D. Lgs. del 18 Febbraio 2000, n. 47 ha portato all'equiparazione fiscale di fondi pensione aperti, fondi pensione chiusi e polizze assicurative a finalità pensionistica, in questo caso l'equiparazione ha coinvolto solo i fondi (ma su questo, *cfr. infra*).

Affianco a questo aspetto positivo si segnala, tuttavia, anche una sfumatura critica. Il comma 198, infatti, ha confermato ad Euro 3.615,20 Euro anche la deducibilità dal reddito da lavoro dipendente dei contributi versati dal lavoratore o dal datore di lavoro ai fondi "non doc". Da un lato, si paventava il rischio di una rincorsa delle agevolazioni fiscali tra "doc" e "non doc" e, dall'altro, le agevolazioni ai "non doc" venivano riconfermate solo come deduzioni dal reddito da lavoro dipendente, quasi a bloccare uno *status quo* composto per la stragrande maggioranza da fondi "non doc" di natura negoziale. Ritornava, in altri termini, la contraddizione di sempre: la volontà di incentivare lo sviluppo dei "doc" e, nel contempo, la preoccupazione di non far cambiare nulla e non far perdere terreno ai "non doc". Per inciso, che cosa sarebbe successo ai contributi a fondi "non doc" versati da lavoratori senza contratto da lavoro dipendente o da cittadini senza redditi da lavoro dipendente?

In data 31 Marzo 2008 è sopraggiunto il decreto del Ministero della Salute sui connotati "doc" (cosiddetto decreto "Turco"; *cfr. Box n. 8 e Box n. 9*). Il primo articolo è dedicato alla definizione degli ambiti di intervento dei fondi "doc" e di enti e casse (inclusi i fondi "non doc") o società di mutuo soccorso aventi fine esclusivamente assistenziale, i contributi ai quali ammettere alla deducibilità dal reddito - reddito complessivo e reddito da lavoro - nel limite annuo di 3.615,20 Euro. Il secondo articolo avvia l'anagrafe di fondi "doc" e dei soggetti, enti, casse e società di mutuo soccorso, preesistenti e qualificabili come "doc"¹⁷.

Le novità più importanti sono all'articolo 1. I fondi "doc" propriamente detti operano ai fini della copertura finanziaria delle seguenti prestazioni:

- gli *extra* Lea, erogati da professionisti e strutture accreditati;
- le compartecipazioni ai costi dei Lea;
- i costi a carico del cittadino per le prestazioni professionali in regime di *intramoenia*;
- i costi a carico dell'assistito per i servizi di natura alberghiera, connessi alle prestazioni professionali in regime di *intramoenia* o richiesti dall'assistito in aggiunta all'ospitalità di base;
- le prestazioni socio-sanitarie di cui all'articolo 3 *septies* del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 (e successive modificazioni e integrazioni; *cfr. Box n. 2*), in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o portate a domicilio, limitatamente alla quota posta a carico dell'assistito;
- le prestazioni di medicina non convenzionale, erogate anche da strutture non accreditate;
- le cure termali, laddove non rientranti in terapie Lea e coperte dal Ssn;
- le prestazioni odontoiatriche non rientranti nei Lea (*cfr. Box n. 1*), e comunque con l'esclusione di programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dei programmi a favore di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità (ad esempio, gli anziani bisognosi di impianti protesici)¹⁸;
- le prestazioni di cui all'articolo 26 della Legge 8 Novembre 2000, n. 328 (e successive modificazioni e integrazioni; *cfr. Box n. 6*), in relazione alle prestazioni socio-sanitarie extra Lea rivolte ai non autosufficienti in strutture residenziali e semiresidenziali accreditate oppure portate a domicilio.

¹⁷ *Cfr.* <http://www.ministerosalute.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=143>.

¹⁸ Con questa doppia esclusione il Legislatore, di fatto, afferma che i due ambiti hanno natura Lea.

Box n. 7 - Commi 197 e 198 della Finanziaria-2008

“Legge 24 Dicembre 2007, n. 244 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato”

Comma 197 lettera a), a modifica dell'articolo 10 “Oneri deducibili” del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, comma 1, lettera e-ter - [Dal reddito complessivo si deducono, se non sono deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formarlo, i seguenti oneri sostenuti dal contribuente] ... i contributi versati, fino ad un massimo di Euro 3.615,20, ai fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della Salute da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera a). Per i contributi versati nell'interesse delle persone indicate nell'articolo 12, che si trovino nelle condizioni ivi previste, la deduzione spetta per l'ammontare non dedotto dalle persone stesse, fermo restando l'importo complessivamente stabilito.

Comma 197 lettera b), a modifica dell'articolo 51 “Determinazione del reddito da lavoro dipendente” del Testo Unico delle Imposte sui Redditi, comma 2, la lettera a - [Non concorrono a formare il reddito da lavoro dipendente] ... i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della Salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad Euro 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter).

Comma 198 - Sino alla data di entrata in vigore del Decreto del Ministro della Salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter) [ovvero il precedente comma 197], del citato Testo Unico di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 22 Dicembre 1986, n. 917, è prorogata l'efficacia di quanto stabilito dal comma 399 dell'articolo 1 della Legge 27 Dicembre 2006, n. 296 [*].

[*] La Finanziaria per il 2007 stabiliva che anche per l'anno 2007 il limite di non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente, relativamente ai contributi di assistenza sanitaria ai fondi “non doc”, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del TUIR, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 22 Dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni, veniva fissato in Euro 3.615,20. I commi n. 197 e n. 198 della Finanziaria per il 2008 confermano ad Euro 3.615,20 la soglia di deducibilità dei contributi versati nel 2008 ai fondi sanitari “non doc” e innalzano stabilmente a questa soglia anche quelli ai fondi sanitari “doc”

Se questi sono i fondi “doc” propriamente detti, il decreto si premura di chiarire una volta per tutte il trattamento fiscale di tutte le forme di copertura privata organizzata di natura collettiva, ad adesione sia individuale che negoziata (non sono toccate né le spese *out-of-pocket* né le coperture tramite contratti assicurativi a finalità sanitaria o socio-sanitaria).

Tutte le forme di copertura privata organizzata già esistenti - ad esclusione dei contratti assicurativi individuali - continuano a svolgere l'attività negli ambiti già definiti dai loro statuti e regolamenti. Tuttavia, questi soggetti, per continuare a beneficiare del trattamento agevolato dei contributi, sono chiamati a rispettare un processo di convergenza. A partire dall'anno 2010, questi soggetti sono equiparati ai fondi “doc” purché attestino su base annua di aver erogato prestazioni “doc” di tipo socio-sanitario o odontoiatrico in misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti. Le prestazioni socio-sanitarie sono quelle di cui all'articolo 3-septies del D. Lgs. 20 Dicembre 1992, n. 502 (*cfr. Box n. 2*), e quelle di cui all'articolo 26 della Legge 8 Novembre 2000, n. 328 (*cfr. Box n. 6*). Le prestazioni odontoiatriche sono quelle *extra* Lea, secondo quanto già espresso dall'articolo 9 del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, al comma 5, lettera c). La proporzione del 20 per cento può maturare anche solo su uno solo dei due ambiti di prestazioni oppure su entrambi (così è senza dubbio da intendersi il “singolarmente o congiuntamente”; *cfr. Box n. 8*). Inoltre, si lascia la possibilità che questa proporzione derivi da prestazioni erogate anche da strutture autorizzate ancorché non accreditate presso il Ssn. Infine, si precisa che, con successivo decreto ministeriale, saranno meglio precisati i criteri per il calcolo della misura del limite del 20 per cento, stabilite le procedure per la verifica del rispetto dello stesso limite e, soprattutto, codificate le modalità di suo aggiornamento nel tempo.

Il decreto fa compiere progressi al quadro normativo su diversi punti:

- Supera la distinzione rigida tra “doc” e “non doc”; il che equivale anche a superare, visti i limiti della precedente normativa, la distinzione rigida tra strumenti collettivi ad adesione individuale e strumenti collettivi ad adesione negoziata tramite le Parti Sociali. Se i “non doc” già esistenti rispettano il processo di convergenza verso la complementarità al Ssn, il trattamento fiscale dei contributi dovrebbe prevedere sempre la deducibilità, entro la soglia di Euro 3.615,20, o dal reddito complessivo o dal reddito da lavoro dipendente (se la contribuzione avviene all'interno di rapporto di lavoro dipendente, a carico o del lavoratore o del datore di lavoro).
- Per la prima volta la riorganizzazione abbraccia anche le società di mutuo soccorso in quanto tali e non come possibili fonti costituenti di fondi sanitari (*cfr. successivo capitolo 4*). Il punto di vista è quello di una razionalizzazione e una sistematizzazione complessive.
- Per i fondi “non doc” (enti e casse) che, dal 2010 in poi, sceglieranno di non seguire la convergenza, il trattamento fiscale dei contributi dovrebbe essere dettato dal processo di riduzione delle agevolazioni previsto dal Decreto Legislativo del 18 Febbraio 2000, n. 42, sino ad oggi interrotto per le continue deroghe stabilite in sede di legge finanziaria (*cfr. capitolo successivo*).
- Per le società di mutuo soccorso (in quanto tali, non come promotrici di fondi) che, dal 2010 in poi, sceglieranno di non seguire la convergenza, il trattamento fiscale dei contributi dovrebbe rimanere quello stabilito dalla articolo 13 del D. Lgs. del 4 Dicembre 1997, n. 460 (detraibilità al 19 per cento con massimale; *cfr. infra*).
- Lo sforzo di convergenza viene opportunamente richiesto proprio su quelle due aree di prestazioni in Italia gravemente sottosviluppate e che il Ssn, per ragioni di bilancio e di priorità di scelte, non potrebbe accollarsi: assistenza socio-sanitaria e odontoiatrica (nondimeno, per alcune riflessioni critiche *cfr. successivo capitolo 5*).

Box n. 8 - Decreto Ministeriale (cosiddetto "Turco") attuativo dell'articolo 1, comma 198, della Finanziaria- 2008

in data 31 Marzo 2008, con pubblicazione in G.U. in data 18 Giugno 2008

Art. 1 - Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale

Il presente decreto, per le finalità di cui all'articolo 10, comma 1, lettera *e-ter*), nonché dell'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del Decreto del Presidente della Repubblica 22 Dicembre 1986 e successive modificazioni, individua gli ambiti di intervento dei fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale e degli enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale.

Gli ambiti di intervento dei fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, comprendono le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione definite nei commi 4 e 5 del medesimo articolo 9. Gli ambiti di intervento comprendono inoltre:

- (a) prestazioni socio-sanitarie di cui all'articolo 3 *septies* del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché le prestazioni di cui all'articolo 26 della Legge 8 Novembre 2000, n. 328 in quanto non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente;
- (b) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Gli ambiti di intervento degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del Decreto del Presidente della Repubblica 22 Dicembre 1986 e successive modificazioni, che non rientrano nell'ambito di operatività dei fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale di cui al comma 2, comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, nonché i costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. A partire dall'anno 2010, gli ambiti di intervento di cui al presente comma si intendono rispettati a condizione che i medesimi enti, casse e società di mutuo soccorso attestino su base annua di aver erogato, singolarmente o congiuntamente, prestazioni coincidenti con quelle di cui alle lettere *a*) e *b*) del comma 2, erogate presso strutture autorizzate all'esercizio, in base alla vigente normativa regionale, anche se non accreditate, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti.

Con decreto ministeriale sono definiti i criteri e le modalità per il calcolo della misura del limite percentuale di cui al comma 3, le procedure per la verifica del rispetto della misura medesima, l'aggiornamento della misura stessa.

In evidenza

- il decreto rinnova la definizione di fondo "doc"
- e definisce un percorso di convergenza per i fondi "non doc"
- non si tocca la normativa fiscale, che resta quella definita in Finanziaria-2008 (cfr. Box precedente), con entrambi i fondi ammessi alla soglia di deducibilità annuale di Euro 3.615,20
- poiché nella Finanziaria-2009 e nella Finanziaria-2010 (l'ultima prima della chiusura del Quaderno) il tema della fiscalità dei fondi "non doc" non è toccato, si presume che il processo di convergenza inaugurato con il Decreto "Turco" comporti la piena equiparazione fiscale con i "doc", a meno che non venga rispettata la convergenza
- ma che cosa succede se, a partire dal 2010, la convergenza non viene rispettata? [cfr. capitoli 3. e 4.]

Box n. 9 - Decreto Ministeriale (cosiddetto “Turco”) attuativo dell’articolo 1, comma 198, della Finanziaria- 2008

in data 31 Marzo 2008, con pubblicazione in G.U. in data 18 Giugno 2008

Art. 2 - Anagrafe dei fondi sanitari

È istituita presso il Ministero della Salute, ai sensi dell'art. 9, comma 9, del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502, e senza oneri a carico dello Stato, l'anagrafe dei fondi sanitari.

I fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale di cui all'art. 1, comma 2, nonché gli enti, casse e società di mutuo soccorso di cui all'art. 1, comma 3, comunicano annualmente all'anagrafe dei fondi sanitari la seguente documentazione:

- a) atto costitutivo;
- b) regolamento;
- c) nomenclatore delle prestazioni garantite;
- d) bilancio preventivo e consuntivo;
- e) modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed eventualmente al nucleo familiare.

Con decreto ministeriale sono definite le procedure e le modalità di funzionamento dell'anagrafe dei fondi, nonché i termini di presentazione della documentazione richiesta dal comma 2.

Art. 3 - Disposizioni finali

Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

- Si predilige, come il Legislatore ha inteso da tempo pur all'interno di un processo non sempre lineare, la complementarità tra pilastri, a formare un disegno di sistema esaustivo, organico e bilanciato (nondimeno, per alcune riflessioni critiche *cfr.* successivo capitolo 5.). Per questa ragione, le agevolazioni fiscali sono (re)indirizzate soprattutto ai soggetti "doc", ma senza creare discontinuità eccessive e senza annullare le possibilità per i soggetti "non doc" e non convergenti di continuare ad esistere. Infatti, da un lato il requisito iniziale di convergenza non appare troppo ambizioso: quel 20 per cento di prestazioni "doc" da dimostrare dopo due anni, con il 2009 di transizione, e con, in aggiunta, alcune prestazioni classificate "doc" probabilmente già rientranti nell'operatività dei soggetti preesistenti (soprattutto nella sfera dell'assistenza odontoiatrica; più complesso e per molti versi insufficiente il quadro, invece, dell'assistenza socio-sanitaria e della *Ltc*). Dall'altro lato, anche ai soggetti "non doc" non convergenti rimane comunque confermato un trattamento agevolato, ancorché inferiore.

Successivamente al decreto "Turco" è sopraggiunto, in data 11 Novembre 2009, un decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (decreto "Sacconi"; *cfr. infra* Box n. 10) che:

- all'articolo 2, tenta di meglio individuare le prestazioni utili a soddisfare il requisito del 20 per cento per la convergenza degli strumenti "non doc";
- all'articolo 3 e all'articolo 4, avvia l'anagrafe dei fondi sanitari (ivi inclusi enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale);
- all'articolo 5, specifica i criteri e le modalità per il calcolo e la verifica della soglia del 20 per cento.

Del combinato disposto del decreto "Turco" e del successivo decreto "Sacconi" si può dare, nel complesso, una valutazione positiva. Dopo una lunga stagione di incertezza e tentennamenti, il Legislatore finalmente dimostra di voler puntare sugli strumenti "doc", e avvia una concreta transizione per permettere ai "non doc" di omologarsi oppure di scegliere di beneficiare di incentivazioni minori. Inoltre, sono posti sullo stesso piano, ai fini del riconoscimento del massimo livello di incentivazione fiscale, tutti gli strumenti di natura collettiva, ad adesione sia individuale che negoziata attraverso le Parti Sociali: i fondi gestiti da enti, quelli gestiti da casse e le società di mutuo soccorso in quanto tali (non come fonti istitutive di fondi). È un passaggio importante, perché, ponendo su una stessa base tutti gli strumenti costituiti con la medesima finalità (le funzioni "doc" e la complementarità con il Ssn), si promuove la trasparenza e anche una concorrenza positiva tra di loro, a beneficio della platea degli aderenti che hanno a disposizione una più ampia varietà di soluzioni.

Sottolineate queste luci, i due decreti portano con sé anche delle ombre, in parte riconducibili ad aspetti tecnici non del tutto appianati anche se direttamente connessi alle modificazioni introdotte, in parte riconducibili a questioni più generali, di natura sistemica e di collegamento con il processo di riforma del *welfare system* e della sanità e con la transizione federalista. Prima di affrontare questi nodi è utile, nel capitolo 4., presentare in sintesi i vari strumenti a disposizione per il finanziamento privato della sanità, all'indomani del decreto "Turco" e del decreto "Sacconi".

Box n. 10 - Decreto Ministeriale (cosiddetto “Sacconi”) di modifica del decreto “Turco”
in data 11 Novembre 2009

Art. 2 – Ambito di applicazione e definizioni

[...]

d) “*soglia delle risorse vincolate*”: soglia della quota di risorse vincolate per l'erogazione di prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, stabilita dal decreto del Ministro della salute 31 Marzo 2008, come modificato dall'articolo 1 del presente decreto. Le prestazioni sono da intendersi:

1. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;
2. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semiresidenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;
3. prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali e altre prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza;
4. prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie.

Art. 5 – Criteri e modalità per il calcolo e la verifica della soglia delle risorse vincolate

La soglia delle risorse vincolate si intende rispettata a condizione che, su base annua, le risorse specificamente impegnate per l'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 2, comma 2, lettera d), non siano inferiori al 20 per cento del totale delle risorse impegnate per l'erogazione complessiva delle prestazioni garantite ai propri assistiti al netto delle spese gestionali, in coerenza con i dati comunicati all'Anagrafe dei fondi sanitari ai sensi dell'articolo 3, comma 4.

Il rispetto della soglia delle risorse vincolate, su base annua, a partire dall'anno gestionale 2010, costituisce condizione per considerare rispettati gli ambiti di intervento fissati dal Ministro della Salute e conseguentemente, a partire dall'anno 2012, per beneficiare, annualmente, del trattamento fiscale agevolato ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 Dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni.

In evidenza

- *è un po' meglio descritto il novero delle prestazioni qualificanti ai fini della soglia del 20 per cento, anche se si resta lontani da una elencazione operativa (anche alla luce di quanto si dirà nei prossimi paragrafi)*
- *la mancanza di una elencazione operativa, in aggiunta alle problematiche sintetizzate in Figura n. 1 (cfr. infra), fornisce la sensazione che la cornice normativa-regolamentare debba ancora evolversi*

4. Gli strumenti di copertura integrativa oggi esistenti: un quadro frastagliato

Il quadro della copertura privata della sanità e dell'assistenza alla persona resta estremamente frastagliato e, per molti versi, contraddittorio. E in questo si coglie il fatto che la normativa si è andata accumulando nel tempo senza mai essere interessata da una riorganizzazione complessiva, una osservazione che, invero, rimane vera per molti istituti del *welfare system* e per molte parti delle agevolazioni fiscali previste nel Tuir.

Ad oggi, la copertura attraverso canali istituzionali può avvenire attraverso (cfr. Box n. 11):

- i fondi “doc” e gli strumenti per i quali il decreto “Turco” ha reso possibile una convergenza “doc” (nel seguito anche “doc-convergenti”);
- i fondi “non doc”;
- le società di mutuo soccorso propriamente dette (quando non operanti come soggetti promotori di fondi);
- polizze assicurative individuali a finalità sanitaria.

Il decreto “Turco” non vieta che possano ancora essere creati *ex novo* fondi “non doc” o società di mutuo soccorso “non doc” (su questo punto, cfr. successivo capitolo 5.), e pertanto è possibile che questa pluralità si mantenga o addirittura si vada ad ampliare. Fin qui nulla di strano; anzi, è sempre preferibile che le transizioni vengano gestite con cautela e che, soprattutto su tematiche di questo genere, il Legislatore non imponga *ex abrupto* soluzioni dall'alto, ma si dedichi a creare le condizioni affinché, attraverso le *performance* dei vari strumenti e le scelte degli aderenti, possano emergere i modelli migliori. Da questo punto di vista, il decreto è encomiabile perché utilizza la fiscalità agevolata per indirizzare la copertura privata verso un disegno di complementarità con il Ssn, ma senza obbligare da subito alla complementarità le possibilità di organizzazione.

Le criticità non risiedono nella molteplicità di strumenti, ma nel loro inquadramento normativo, soprattutto sotto il profilo della fiscalità agevolata. Queste criticità sono preesistenti al decreto “Turco” e caratterizzano la cornice normativa ormai da tempo. Le agevolazioni fiscali passano in alcuni casi attraverso deducibilità Ire/Irpef dei contributi (fondi “doc” e strumenti “doc-convergenti”, come anche fondi “non doc” sia pure in proporzioni diverse); in altri attraverso detraibilità dei contributi (le vecchie società di mutuo soccorso) o la detraibilità dei premi (le polizze assicurative sanitarie individuali coprenti rischio morte, invalidità permanente non inferiore al 5 per cento e non autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana); in altri ancora attraverso la detraibilità/deducibilità dei rimborsi da parte delle assicurazioni a fronte di eventi sanitari o socio-sanitario avversi (cfr. seconda parte Box n. 11).

Una valutazione simile emerge se si esaminano le agevolazioni per i casi di spesa privata *out-of-pocket*, che oggi costituisce la maggior parte della spesa sanitaria privata (circa l'80 per cento). Allo schema di base della detraibilità Ire/Irpef al 19 per cento con franchigia di 129,11 Euro, valido per spese mediche, di assistenza specifica e di acquisto medicinali, si affiancano (ovviamente in alternativa, ove non già ammessi ad agevolazione): la detraibilità al 19 per cento, senza franchigia ma per un importo non superiore a 2.1000 Euro, delle spese per gli addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza (solo se il reddito

Box n. 11 - Possibilità di copertura sanitaria integrativa (canali istituzionali)**fondi “doc” e strumenti “doc-convergenti” (ivi incluse sms convergenti)**

operano negli ambiti definiti del Legislatore in modo tale da essere complementari ai Lea del Ssn, coprendo gli *extra* LEA e le eventuali compartecipazioni ai Lea; i contributi degli iscritti sono deducibili dal reddito (complessivo o di lavoro dipendente) entro il massimale di Euro 3.615,20

per quanto riguarda il modello gestionale, il più recente riferimento normativo è il D. Lgs. 30 Dicembre 1992, n. 502 (e successive modificazioni e integrazioni), in cui si afferma che i fondi non possono attuare politiche di selezione dei rischi o di discriminazione tra gruppi di potenziali aderenti, sono autogestiti ma possono anche essere affidati in gestione mediante convenzione ad istituzioni pubbliche e private attive nel settore sanitario o socio-sanitario; nulla di maggior dettaglio è ancora stato codificato sul tema della *governance* (ad esempio, non esistono norme da seguire per la gestione diretta del patrimonio)

le spese non coperte dal fondo, o le compartecipazioni alle spese, hanno accesso, in quanto a carico dell'aderente, alla casistica di detraibilità/deducibilità prevista dal Tuir in capo alla persona (*cfr. Box n. 11*)

fondi “non doc”

questa categoria raggruppa le entità già esistenti prima della definizione dell'ambito “doc” di operatività; si tratta di enti (spesso emanazioni di rappresentanze categoriali), casse (ivi incluse quelle che erogano le pensioni del primo pilastro per i liberi professionisti), alcuni organizzati secondo il modello “passacarte” (con acquisto di polizza assicurativa collettiva) altri impegnati nella gestione diretta del patrimonio

era previsto che, dopo un periodo di transizione con agevolazioni decrescenti, dal 2008 i contributi versati fossero deducibili dal reddito entro il massimale di 1.808 Euro; la norma è stata sinora derogata, permettendo una soglia di deducibilità più elevata e pari a 3.615,20 Euro; ma il decreto “Turco” ha posto fine alle deroghe: si potrebbe interpretare (ma su questo sarebbe opportuna una precisazione dell'Agenzia delle Entrate) che il 2009 è (è stato) stato ancora un anno di transizione, con la deducibilità ancora ad Euro 3.615,20, ma dal 2010 si applica il massimale di Euro 1.808 (è intervenuta qualche circolare esplicativa?)

come per i fondi “doc”, nulla è ancora stato codificato sul tema della *governance*

le spese non coperte dal fondo, o le compartecipazioni alle spese, hanno accesso, in quanto a carico dell'aderente, alla casistica di detraibilità/deducibilità prevista dal Tuir in capo alla persona (*cfr. Box n. 11*)

società di mutuo soccorso (sms)

questa categoria raggruppa modalità associative sorte sin dall'Ottocento (sin dalla Legge n. 3.818 del 15 Aprile 1886); il modello gestionale è quello della mutualità interna agli iscritti, con le quote associative di tutti che finanziano, in forma *pay-as-you-go*, le esigenze che di volta in volta si presentano

le sms nascono come organizzazioni coinvolgenti soprattutto le fasce di reddito medio-basse, con apertura universale senza selezione degli iscritti, e con la funzione esplicita di condividere delle risorse per soccorrere, anno per anno e sino a capienza delle stesse, gli iscritti incorsi in eventi sanitari o socio-sanitari avversi (*cfr. Box n. 12*); queste caratteristiche originarie hanno trovato, di volta in volta delle deroghe / interpretazioni estensive, ed oggi esistono anche società di mutuo soccorso che si rivolgono a platee predefinite anche secondo caratteristiche di inquadramento contrattuale e di livello reddituale

i contributi godono di detrazione di imposta al 19 per cento per un importo non superiore a 1.291,14 Euro (articolo 13 del D. Lgs. n. 460 del 4 Dicembre 1997) e, per le sms che non si adegueranno al processo di convergenza avviato dal decreto “Turco”, dovrebbe permanere questo trattamento (in attesa di auspiccate precisazioni dell'Agenzia delle Entrate)

le spese non coperte dalla sms (per in capienza patrimoniale o tetti di accesso individuali), o le compartecipazioni alle spese, hanno accesso, in quanto a carico dell'aderente, alla casistica di detraibilità/deducibilità prevista dal Tuir in capo alla persona (*cfr. Box n. 11*)

le sms possono anche promuovere la costituzione di fondi sanitari (in tal caso, per la quota parte dei contributi che affluiscono al fondo si applica la normativa fiscale del fondo)

canali istituzionali

Box n. 11 continua - Possibilità di copertura sanitaria integrativa (canali istituzionali)**canali istituzionali****polizze assicurative sanitarie individuali**

si tratta di assicurazioni individuali coprenti rischi specifici previa corresponsione di premi

se la copertura riguarda rischio morte, invalidità permanente non inferiore al 5 per cento e non autosufficienza nel compimento degli atti di vita quotidiana, i premi sono detraibili al 19 per cento per un importo non superiore a 1.291,14 Euro; dal reddito del dipendente è detraibile anche il contributo eventualmente versato dal datore di lavoro, alla stessa aliquota ed entro lo stesso tetto; in questo caso, la detraibilità in capo al lavoratore spetta nella misura in cui non sia già stata riconosciuta alla fonte

in tutti gli altri casi, il premio non è detraibile ma

- sono detraibili Ire/Irpef, con l'aliquota del 19 per cento e con una franchigia di 129,11 Euro, le spese sanitarie in cui si incorre, purché non godano di altri titoli di deducibilità (*cfr.* alinea successiva) e indipendentemente dal fatto che il loro finanziamento sia a totale carico della società di assicurazione o sia previsto un *copay*; si considerano a carico del lavoratore anche le spese rimborsate per effetto di premi pagati dal datore di lavoro, purché quest'ultimo non abbia già riconosciuto la detraibilità alla fonte (così a pag. 29 delle istruzioni al modello 730/2009: *"si considerano rimaste a carico del contribuente: le spese sanitarie rimborsate a fronte di assicurazioni sanitarie stipulate dal sostituto d'imposta o pagate direttamente dallo stesso con o senza trattenuta a carico del dipendente"*);
- sono deducibili Ire/Irpef le spese in cui si incorre per assistenza medica e assistenza specifica per i soggetti affetti da minorazioni, indipendentemente dal fatto che il loro finanziamento sia a totale carico della società di assicurazione o sia previsto un *copay*; si considerano a carico del lavoratore anche le spese rimborsate per effetto di premi pagati dal datore di lavoro, purché quest'ultimo non abbia già riconosciuto la detraibilità alla fonte;
- sono detraibili Ire/Irpef, per un importo non superiore a 2.100 Euro, le spese in cui si incorre per gli addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza, indipendentemente dal fatto che il loro finanziamento sia a totale carico della società di assicurazione o sia previsto un *copay*; questa detraibilità è concessa solo se l'imponibile Ire/Irpef non è superiore a 40.000 Euro

in altri termini, ove non ricorrano le qualificazioni che permettono la detraibilità direttamente del premio, sui rimborsi di spesa pagati dall'assicurazione e sulle quote di spesa rimaste a carico dell'assicurato valgono le fattispecie di detraibilità/deducibilità dal Tuir già previste direttamente in capo alla persona

i premi assicurativi scontano l'imposta del 2,5 per cento (*cfr.* Allegato "A" alla Legge n. 1.216 del 29 Ottobre 1961); per inciso, questo premio si sconta anche sulle assicurazioni collettive, e anche quando queste sono stipulate dai fondi in funzione "passacarte"

cfr. articoli 10 e 15 del Tuir

Box n. 12 - Possibilità di copertura sanitaria integrativa (spese out-of-pocket del cittadino)**out-of-pocket****spese out of pocket per esigenze sanitarie**

le spese out-of-pocket del cittadino sono detraibili al 19 per cento dall'imposta dovuta a titolo Ire/Irpef, con una franchigia pari a 129,11 Euro (130,00 Euro, equivalenti alle 250mila Lire indicate nel Tuir)

"dette spese sono costituite esclusivamente dalle spese mediche e di assistenza specifica, diverse da quelle indicate nell'articolo 10, comma 1, lettera b) [le spese per le quali interviene deducibilità; cfr. Box n. 5], e dalle spese chirurgiche, per prestazioni specialistiche e per protesi dentarie e sanitarie in genere"

"ai fini della detrazione la spesa sanitaria relativa all'acquisto di medicinali deve essere certificata da fattura o da scontrino fiscale contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del destinatario. [...] Si considerano rimaste a carico del contribuente anche le spese rimborsate per effetto di contributi o premi di assicurazione da lui versati e per i quali non spetta la detrazione di imposta o che non sono deducibili dal suo reddito complessivo né dai redditi che concorrono a formarlo. Si considerano, altresì, rimaste a carico del contribuente le spese rimborsate per effetto di contributi o premi che, pur essendo versati da altri, concorrono a formare il suo reddito, salvo che il datore di lavoro ne abbia riconosciuto la detrazione in sede di ritenuta [...]"

cfr. articolo 15 del Tuir (cfr. Box n. 5)

spese out of pocket
per gli addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza

dall'imposta dovuta a titolo Ire/Irpef sono detraibili al 19 per cento, se non deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formare il reddito imponibile:

"[...] i-septies) le spese, per un importo non superiore a 2.100 Euro, sostenute per gli addetti all'assistenza personale nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, se il reddito complessivo non supera 40.000 Euro; [...]"

cfr. articolo 15 del Tuir (cfr. Box n. 5)

spese out of pocket
per le spese mediche e di assistenza specifica per i soggetti affetti da minorazioni

dall'imposta dovuta a titolo Ire/Irpef si deducono [detraggono, il Legislatore non sempre è puntuale nella distinzione], se non deducibili nella determinazione dei singoli redditi che concorrono a formare il reddito imponibile:

"[...] b) le spese mediche e quelle di assistenza specifica necessarie nei casi di grave e permanente invalidità o menomazione, sostenute dai soggetti indicati nell'articolo 3 della Legge 5 Febbraio 1992, n. 104 [persone con minorazioni; la legge è 'Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate'] [...]"

"[...] Ai fini della deduzione la spesa sanitaria relativa all'acquisto di medicinali deve essere certificata da fattura o da scontrino fiscale contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del destinatario. Si considerano rimaste a carico del contribuente anche le spese rimborsate per effetto di contributi o di premi di assicurazione da lui versati e per i quali non spetta la detrazione d'imposta o che non sono deducibili dal suo reddito complessivo né dai redditi che concorrono a formarlo; si considerano, altresì, rimaste a carico del contribuente le spese rimborsate per effetto di contributi o premi che, pur essendo versati da altri, concorrono a formare il suo reddito [...]"

cfr. articolo 10 del Tuir (cfr. Box n. 5)

per inciso, quest'ultimo fattispecie di detraibilità fa sollevare, ancor più della casistica precedente, problemi di eventuale incapienza e impossibilità a fruire in toto della detraibilità stessa (che in questo caso è detraibilità al 100 per cento)

Box 13 - Obblighi contributivi (del contribuente persona fisica e del datore di lavoro)**obblighi contributivi****contribuente persona fisica (indipendentemente dall'attività lavorativa)**

i casi di deducibilità/detraibilità riguardano solo la base imponibile / il debito di imposta a fini Ire/Irpef; restano pieni gli oneri di contribuzione sociale (a fini pensionistici, assicurativi, assistenziali) al regime obbligatorio di appartenenza

deducibilità/detraibilità sono accessibili a tutti i contribuenti, senza distinguo per tipologia di rapporto di lavoro (le categorie di oneri deducibili/detraibili sono generali; gli articoli 10-15 del Tuir riguardano i redditi assoggettati ad Ire/Irpef in senso lato)

datore di lavoro

i contributi a carico del datore di lavoro, a finanziamento di forme pensionistiche complementari o *"a casse, fondi, gestioni previsti da contratti collettivi o da accordi o da regolamenti aziendali, al fine di erogare prestazioni integrative previdenziali o assistenziali, [...]"* scontano, in luogo della normale contribuzione sociale, una contribuzione sociale di solidarietà ad aliquota del 10 per cento, da corrispondere alle gestioni pensionistiche cui per legge sono iscritti i lavoratori (D. Lgs. n. 314 del 2 Settembre 1997, articolo 6)

per inciso, questo contributo di solidarietà è criticabile: è quantomeno controintuitivo che, nel momento in cui si offrono incentivi fiscali allo sviluppo del pilastro complementare, i contributi a questo pilastro si tirino dietro un contributo obbligatorio al pilastro di base

Box n. 14 – Differenza tra società di mutuo soccorso e fondi "doc" e fondi "non doc" (enti e casse)

a meno che non si uniformino ai requisiti "doc" secondo il decreto "Turco", i contributi alle società di mutuo manterranno un trattamento fiscale specifico, diverso da quello dei fondi. Per le sms vale la detraibilità al 19 per cento dei contributi, per un importo annuo non superiore a 1.291,14 Euro; per i fondi vale, invece, la deducibilità

anche se il Legislatore non ha mai specificato in dettaglio le differenze qualificanti una società di mutuo soccorso rispetto ad un fondo, quando entrambi attivi nel fornire prestazioni di assistenza sanitaria, si può dire che: la prima si fonda (si dovrebbe fondare) su principi di mutualità pura (*i.e.* sono finanziate le prestazioni a favore dei bisognosi sino a capienza delle risorse versate da tutti gli iscritti), senza alcuna o minima selezione all'ingresso e senza previsione di clausole di recesso; il fondo, invece, non è vincolato alla mutualità pura, e la casse e gli enti oggi operanti (tutti fondi "non doc") o gestiscono direttamente le risorse o stipulano polizze collettive per gli iscritti, con la necessità di un dettaglio contrattuale molto maggiore sia nell'identificazione della platea di riferimento che dell'elenco delle prestazioni coperte

queste caratteristiche sono confermate nella sentenza della Pretura di Roma, del 31 Luglio 1963, che ha determinato quanto segue: *"Il principio del mutuo soccorso prevede che alcune persone versino in un fondo comune delle somme allo scopo di soccorrere (e non già di assicurare) quelle di loro che venissero a trovarsi in determinate difficoltà. Le differenze tra una società di mutuo soccorso e una società di assicurazione sono sostanziali perché, nel primo caso, il rischio non si trasferisce dal socio alla società, ma l'aiuto resta proporzionato ai fondi esistenti, e perché nel caso di residui del fondo comune questi non possono venire lucrati"*; dove il "non venire lucrati" deriva dal fatto che storicamente le sms destinato allo scopo la quasi totalità delle risorse disponibili anno per anno e che raramente si è posto per loro il problema di come gestire i *surplus* e trasferirli da un esercizio all'altro

le società di mutuo soccorso possono essere fonte istitutiva dei fondi "doc" e "non doc"; in tal caso, i contributi ai fondi hanno accesso alla deducibilità; è sostanziale la differenza corrente tra le sms propriamente dette e quelle che operano come fonte istitutiva di fondi (o tra la sfera di gestione mutualistica e quella deputata all'istituzione di un fondo); dalla sentenza deriva che le sms non possono/potrebbero né gestire direttamente le risorse degli iscritti né stipulare direttamente polizze assicurative collettive per i loro iscritti, ma solo previa preventiva costituzione di un fondo

nel corso del tempo, le caratteristiche originarie delle sms hanno trovato deroghe o interpretazioni estensive, ed oggi esistono anche società di mutuo soccorso che si rivolgono a platee predefinite anche secondo caratteristiche di inquadramento contrattuale e di livello reddituale

complessivo non supera i 40mila Euro); e la deducibilità delle spese mediche, di assistenza specifica e di acquisto medicinali necessarie nei casi di grave e permanente invalidità o menomazione (agevolazione introdotta dalla legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con minorazioni).

Si impone una riflessione complessiva sulle ragioni che spingono a concedere la detrazione o la deduzione, e la detrazione dei premi ovvero quella dei rimborsi di spesa. Seguendo le *policy guidelines* dell'Ocse¹⁹, sarebbe consigliabile una azione di *spending review* per razionalizzare la *tax-expenditure* e renderla più trasparente ed incisiva. L'Ocse suggerisce che le agevolazioni fiscali a pilastri privati per la spesa per *welfare* passino attraverso lo strumento della detrazione, quello più capace di rivolgersi alle più ampie platee dei redditi bassi e medi²⁰, e di produrre effetti incentivanti l'adesione a forme di copertura organizzate contenendo il più possibile il costo per l'Erario²¹.

Sulla scorta di questa *guideline*, sarebbe utile approfondire la percorribilità di una ristrutturazione che omogeneizzi tutte le agevolazioni fiscali, ivi incluse quelle per la spesa *out-of-pocket*, sullo schema di detraibilità dal debito Ire/Irpef, declinando il tetto di detraibilità per creare minore/maggiore sostegno a seconda delle caratteristiche qualificanti dello strumento di copertura (nel caso di copertura organizzata) o della voce di spesa (nel caso dell'*out-of-pocket*). Si metterebbe in atto, così, una significativa semplificazione della normativa fiscale, irrobustendo la funzione di stimolazione delle scelte private che è assegnato alla *tax-expenditure*. Sul fronte delle pensioni private questo è già avvenuto (con la riforma del 2000), ma con una omogeneizzazione verso la deducibilità che, nelle dimensioni riviste con il D. Lgs. n. 252/2005 sia per la fase di contribuzione che per quella di godimento dei benefici, oltre a disperdere il potere incentivante fa sollevare anche questioni di equità. Sul punto si ritorna nel prossimo capitolo e nelle conclusioni.

Nonostante l'elevata differenziazione di strumenti e modalità gestionali, al panorama manca uno strumento che, di fronte alle difficoltà crescenti che il finanziamento a ripartizione (*pay-as-you-go*²²) e il *pooling* assicurativo incontreranno nel sostenere il potenziale di crescita della spesa sanitaria nei prossimi anni, aprirebbe nuove possibilità di governare la spesa in condizioni di sostenibilità finanziaria (cfr. Box n. 15). Uno strumento che gestisse in capitalizzazione reale, su conti individuali, i contributi degli aderenti, combinato con polizze assicurative collettive a copertura dei grandi eventi e delle prestazioni di cura continuativa ai non autosufficienti²³. Questo strumento potrebbe essere affiancato a quelli esistenti²⁴, in maniera tale da organizzare e perfezionare per tempo la sua cornice normativa e regolamentare, e permettergli di dimostrare, già dei prossimi anni, la sue proprietà comparate rispetto ai fondi e alle società di mutuo soccorso esistenti. Si sottolinea, a tale proposito, che ad oggi i fondi che gestiscono direttamente il loro patrimonio lo fanno nella totale assenza di un quadro di *governance* e dei controlli. L'*asset management* dei contributi degli aderenti non

¹⁹ Cfr. OECD (2004), "Tax-favoured retirement savings plans: a review of budgetary implications and policy issues", Working Party n. 1 on Macroeconomic and Structural Policy Analysis.

²⁰ A parità di Euro detraibili, l'effetto incentivante, calcolato in percentuale del reddito o del patrimonio, è più significativo per le fasce medio-basse. Il contrario avviene con la deducibilità, che premia maggiormente le fasce levate, che si posizionano su scaglioni marginale Ire/Irpef superiori.

²¹ Sul punto, cfr. Pammolli F. e N. C. Salerno (2004), "Incentivazione della previdenza privata e contenimento della tax expenditure" Nota CERM n. 5-2004, liberamente disponibile su www.cermlab.it.

²² Il *pay-as-you-go* dei sistemi sanitari nazionali così come quello applicato in ambito privatistico sulle platee più ristrette di fondi e società di mutuo soccorso.

²³ Sul punto, cfr. Pammolli F. e N. C. Salerno (2008), "Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare" Nota CERM n. 5-2004, liberamente disponibile su www.cermlab.it.

²⁴ In realtà, non si tratterebbe di uno strumento necessariamente alternativo e in concorrenza, perché i fondi esistenti potrebbero muovere verso questo modello di funzionamento e gestione.

dedicati al pagamento dei premi di polizze collettive avviene, infatti, confidando nella professionalità e nell'onorabilità dei componenti gli organismi sociali, ma senza riferimenti normativi e regolamentari specifici equiparabili a quelli che faticosamente il Legislatore ha costruito e sta ancora integrando per i fondi pensione.

Anche su questo punto si ritorna sia nel prossimo capitolo che nelle conclusioni.

Box n. 15 – Logica di ripartizione e assicurativa vs. capitalizzazione

La sostenibilità sistemi pubblici (sanità e pensioni) finanziati a ripartizione sono messi a repentaglio dal processo di invecchiamento della popolazione e di continua crescita della spesa potenziale per esigenze di salute. Con la fasce di età attive sempre più sottili rispetto a quelle anziane, dove si concentrano sia i percettori di pensione che i beneficiari di prestazioni sanitarie, il peso contributivo sul singolo occupato è destinato a raggiungere livelli incompatibili con gli incentivi individuali al lavoro, agli investimenti e alla produttività (cfr. il sommario e il capitolo di introduzione). Non vale più il cosiddetto “teorema di Aaron” che, nelle fasi demografiche di espansione, in cui le generazioni giovani sono più numerose di quelle anziane, identifica nella ripartizione (nel *pay-as-you-go*) il meccanismo più efficiente sia per spostare risorse nel tempo (tra età diverse di una stessa persona), sia per finanziare coperture sanitarie universali. Con un contributo relativamente contenuto e poco distorsivo richiesto agli occupati si possono reperire le risorse necessarie alla copertura finanziaria. Quando la popolazione invecchia, invece, il contributo richiesto ad ogni occupato deve necessariamente aumentare per garantire la sostenibilità finanziaria, a meno di non accettare restringimenti del perimetro delle prestazioni (i Lea) o un ricorso sempre più generalizzato alle compartecipazioni del privato. Il criterio di finanziamento a capitalizzazione, con investimenti di lungo termine gestiti sui mercati, ha proprietà simmetriche e complementari rispetto alla ripartizione e, affiancata a quest'ultima in un sistema *multipillar*, riesce a creare condizioni micro e macrofinanziarie più favorevoli alla *governance* della sanità sotto vincolo di spesa. Il tema è meglio argomentato nel capitolo introduttivo. Qui, invece, si desidera sottolineare come anche gli strumenti di mutualità privata sono coinvolti dal processo di invecchiamento e di continua crescita della spesa potenziale; così e per le società di mutuo soccorso e i fondi nella misura in cui questi operano come “passacarte” o come strumenti di condivisione di patrimonio tra gli aderenti. Anzi, la mutualità privata, proprio per il fatto che si svolge su platee che sono sottoinsiemi dell'universalità della cittadinanza, rimane statisticamente più esposta sia all'assottigliarsi del numero degli aderenti in età attiva e contributiva, sia all'aumentare della frequenza e del costo medio delle richieste di intervento (la ripartizione delle spese trova le condizioni ideali di funzionamento sui grandi numeri). La soluzione non può consistere in un mero aumento degli oneri contributivi o in una revisione delle prestazioni coperte o in più rigide selezioni all'ingresso, perché tutte e tre scelte che, non solo non eliminano la fonte di squilibrio strutturale, ma vanno nella direzione di ridimensionare la sfera operativa e la stessa ragion d'essere della copertura organizzata. Ma le medesime difficoltà coinvolgono anche le coperture assicurative, in *primis* le individuali ma anche le collettive. La logica assicurativa differisce da quella della mutualità per le modalità con cui contribuzioni e prestazioni attese sono poste in connessione tra di loro: la mutualità non ricerca (non dovrebbe ricercare) nessun proporzionamento specifico, a livello individuale, tra contributi e prestazioni attese (selezione nulla o minima all'ingresso), anche se poi la sua gestione deve comunque confrontarsi con la sostenibilità finanziaria; al contrario, nelle coperture assicurative questo proporzionamento è centrale, e i premi da corrispondere sono dimensionati a seconda delle caratteristiche del singolo (copertura individuale) o di quelle medie della platea (copertura collettiva) e delle tipologie di prestazioni assicurate. A parte questa distinzione (che è comunque sostanziale dal punto di vista dei rapporti con gli iscritti), le assicurazioni gestiscono la loro esposizione finanziaria facendo *pooling* dei profili di contribuzione/rischio dei loro sottoscrittori (a fronte del pagamento dei premi da parte di tutti, non tutti incorreranno contemporaneamente negli eventi avversi), e mantenendo una base di riserve matematiche investite sui mercati. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle spesa sanitaria potenziale *pro-capite* lungo tutto il ciclo di vita sono fenomeni che mettono a repentaglio anche la logica assicurativa, come testimoniato dalle recenti pressioni sui conti delle assicurazioni negli Usa (il Paese dove la copertura sanitaria privata è più sviluppata), che hanno reso necessario elevare le percentuali di *copayment*, circoscrivere più accuratamente le prestazioni erogabili, e rendere più stringenti i criteri di selezione all'ingresso (*screaming* assicurativo). In conclusione, lo spostamento della copertura dall'alveo pubblico a quello privato non risolve, di per sé, i problemi di sostenibilità, a maggior ragione se li si vuole affrontare in una prospettiva sistemica, di complementarietà esaustiva tra pubblico e privato. Snodi essenziali diventano: il ricorso all'accumulazione reale delle risorse; l'individuazione delle prestazioni su cui concentrare la copertura assicurativa; l'aggregazione degli operatori per raggiungere la scala ottimale; lo sviluppo di coperture collettive su platee ampie, lì dove la logica assicurativa è inderogabile.

Cfr. Salerno N. C., “Ripartizione-assicurazione-capitalizzazione: quale mix per finanziare la sanità di domani?”, su www.crusoe.it

5. Il dopo Decreto “Turco”: 12 punti di un quadro ancora incompleto

Pur nella valutazione positiva che se ne è data, il decreto “Turco” lascia aperti numerosi punti di dibattito, alcuni di natura tecnica e circoscritti alla sua stessa attuazione, altri sollecitati da critiche e osservazioni degli operatori di mercato, altri ancora di natura più generale e afferenti le regole del sistema multipilastro verso cui si tenta di muovere e gli strumenti a disposizione per farlo.

1. *Che cosa succede dal 2010 e come ci si regola per la dichiarazione dei redditi 2009?*

Dal 2010 gli strumenti “doc-convergenti” (sia fondi che società di mutuo soccorso) sono equiparati ai fondi “doc”. Per i fondi “non doc” che scelgono di non convergere dovrebbe riattivarsi il processo di riduzione delle agevolazioni di cui al D. Lgs. n. 42 del 2000, mentre per le società di mutuo soccorso resterebbe in vigore la detraibilità al 19 per cento dei contributivi con soglia massima. Poiché il processo di convergenza è fatto partire dal 2010, si dovrebbe intendere che il 2009 è un anno “bianco”, in cui nulla cambia; e questo dovrebbe implicare che, indipendentemente dalla composizione delle prestazioni erogate, per le società di mutuo soccorso vale la detraibilità, mentre per i fondi la deducibilità con soglia massima di 3.615,20 Euro. Sarebbe auspicabile un intervento di definitiva chiarificazione da parte dell’Agenzia delle Entrate e, in assenza, una sollecitazione alla stessa Agenzia da parte di operatori di mercato, nella forma dell’interpello (su cui vale il silenzio assenso). È possibile che qualcosa del genere sia già avvenuto, e in tal caso sarebbe opportuna una più ampia e capillare informazione.

2. *Per i fondi “non doc” la deducibilità è confermata solo sui redditi da lavoro dipendente*

Per i fondi “non doc” che sceglieranno di non convergere si dovrebbe riavviare il processo di riduzione delle agevolazioni di cui al D. Lgs. n. 42 del 2000. Ma questo decreto permetteva la deducibilità solo dal reddito da lavoro dipendente, per una mera questione di evoluzione storica del fenomeno. Per i fondi “doc” e per gli strumenti “doc-convergenti” l’asimmetria è stata sanata con i commi 197 e 198 della Finanziaria-2008, che hanno permesso la deducibilità dal reddito di lavoro dipendente assieme a quella più generale dal reddito annuo complessivo. Il punto non appare in sé di particolare peso, soprattutto se l’intenzione è quella di promuovere la copertura “doc”. Tuttavia, nella prospettiva, cui si faceva prima riferimento, di rendere disponibile, a tutta la platea dei possibili interessati, la stessa varietà di strumenti con diverso funzionamento, diversa offerta di copertura e diversa fiscalità di vantaggio, potrebbe essere utile una completa equiparazione introducendo la deducibilità anche dal reddito complessivo.

3. *Il doppio canale di agevolazione per i fondi “non doc”*

Se per i fondi “non doc” si ripristina il D. Lgs. n. 42/2000, allora, oltre al processo di riduzione delle agevolazioni che dal 2010 dovrebbero consistere nella deducibilità dei contributi dal

reddito da lavoro dipendente entro la soglia di 1.808 Euro, sarà possibile un secondo canale di agevolazione. Infatti, la lettera *b)* dell'articolo unico del 42/2000 prevedeva anche che, nel caso in cui il lavoratore dipendente contribuisse nel contempo ad un fondo "doc" e ad uno "non doc", la deducibilità dei contributi al primo fosse possibile entro la soglia di 3.357 Euro (6.500.000 delle vecchie Lire) diminuita dei contributi al fondo "doc". Se questa norma fosse confermata (come sembra), una partecipazione multipla, anche solo *pro-forma*, avrebbe l'effetto di mantenere elevata, quasi simile a quella dei "doc", la soglia di deducibilità dei "non doc". La concorrenza fiscale dei "non doc" rimarrebbe, di conseguenza, forte, col rischio di neutralizzare il tentativo della Finanziaria-2008 e dei decreti "Turco" e "Sacconi" di promuovere la costituzione dei "doc" e la convergenza al perimetro "doc" degli strumenti già esistenti. Anche su questo punto sarebbe utile una chiarificazione da parte dell'Agenzia delle Entrate, e poi un intervento di razionalizzazione del Legislatore, per ripristinare la coerenza interna delle normative.

4. *Come verificare, sul piano operativo, la proporzione del 20 per cento?*

La proporzione del 20 per cento, necessaria a qualificare come "doc" le prestazioni di fondi e società di mutuo soccorso convergenti (*cfr. Box n. 8*), deve essere dimostrata a fine anno (così la lettera del decreto "Turco" e del successivo decreto "Sacconi"). Alcuni operatori di settore lamentano che, poiché le deduzioni vengono riconosciute in busta paga mese per mese, rimane il problema di doverle "accreditare" prima ancora di sapere se si avrà accesso alla soglia inferiore dei "non doc" o a quella superiore dei "doc-convergenti". Il problema non appare di primaria rilevanza, dal momento che si può eventualmente applicare il tetto superiore, andando poi a conguaglio nell'ultimo mese dell'anno, oppure direttamente in sede di dichiarazione dei redditi nell'anno successivo. Ci sarebbe anche una seconda alternativa. Per i fondi "doc" è stabilito direttamente un elenco di prestazioni finanziabili, perché non v'è esigenza di indicare una percentuale minima all'interno del complesso di prestazioni "doc" e "non doc". Si potrebbe scegliere una strada simile anche per guidare la convergenza, riducendo il novero delle prestazioni "non doc" erogabili e allargando progressivamente il campo operativo a prestazioni "doc", indipendentemente poi dal fatto che nel corso dell'anno gli iscritti ne facciano o meno domanda. Si eliminerebbe, così, il paradosso che, per rispettare la convergenza, gli strumenti "non doc" devono per forza finanziare livelli minimi prestabiliti di alcuni gruppi di prestazioni. Questa strada, tuttavia, necessiterebbe di una specificazione molto dettagliata delle singole prestazioni. Nel complesso, non sembra che il parametro del 20 per cento rappresenti in sé un problema²⁵; mentre, invece, più importanti appaiono altri due aspetti: la specificazione *ex-ante* del percorso di convergenza; e l'approfondimento delle modalità migliori per la presa in carico dell'assistenza di lungo termine ai non autosufficienti.

5. *Il profilo temporale del parametro di qualificazione "doc" (come si evolverà il 20 per cento)?*

Lo sviluppo della copertura "doc" necessita di un quadro normativo e regolamentare certo e ben definito, sul quale impostare le relazioni contrattuali e la gestione finanziaria. Per questa ragione, il profilo temporale con cui fondi preesistenti e società di mutuo soccorso dovranno adeguare il portafoglio delle loro prestazioni per qualificarsi "doc" dovrebbe esser stabilito il

²⁵ Tanto più che alcuni fondi già soddisfano il vincolo, anche se generalmente a totale carico dell'assistenza odontoiatrica, perché l'assistenza di lungo termine ai non autosufficienti è quella che riserva le maggiori complessità di gestione, per i confini non ben definiti delle prestazioni coinvolte e di conseguenza della stessa entità delle risorse necessarie.

prima possibile, e rimanere il più possibile al riparo da ripensamenti e variazioni. Si devono evitare, per fare un esempio, le incertezze che hanno caratterizzato l'evoluzione del *corpus* normativo dei fondi pensione negli ultimi quindici anni senza, per giunta, approdare ad un assetto non privo di criticità soprattutto sul fronte delle agevolazioni fiscali²⁶.

6. Come prendere in carico le prestazioni di assistenza continuata ai non autosufficienti

Come testimoniato da molti operatori di settore, le difficoltà maggiori sono paventate sul fronte della presa in carico dell'assistenza continuata ai non autosufficienti (le cosiddette prestazioni per *Ltc - long term care*). Da un lato, la mutualità pura (*i.e.* il criterio *pay-as-you-go* applicato alla platea degli aderenti) implicherebbe che, per finanziare questa tipologia di spesa, i contributi debbano aumentare sensibilmente ed essere richiesti anche nella fase di quiescenza. Come già sottolineato in precedenza, si ripresenterebbe, anche nell'alveo della singola mutualità privatistica, il punto debole del finanziamento a ripartizione del sistema sanitario nazionale nel suo complesso, con profili crescenti di contribuzione che devono far fronte ai costi crescenti delle prestazioni. D'altronde, non è possibile far ricorso a soli schemi di capitalizzazione su conti individuali, perché la finalità non è quella di erogare una rendita massimizzando l'accumulazione di lungo termine, ma di mettere a disposizione, in caso di eventi avversi (che non accadranno mai con certezza in ogni singola vita, indipendentemente da come l'incidenza di inabilità/invalidità cambierà con l'allungarsi della vita media) risorse sufficienti a finanziare prestazioni di assistenza continuata per tutti gli anni in cui questa è necessaria (prestazioni *defined benefit*). Si tratta di una finalità perseguibile soltanto attraverso una copertura assicurativa. Ma anche la logica assicurativa pura è messa a repentaglio dal combinato disposto dell'invecchiamento della popolazione e della crescita continua dei costi dell'assistenza e della casistica che la rende necessaria (*cfr. Box n. 15*); e aumenti dei premi, riduzioni della copertura o irrigidimenti dello *screaming* non possono esser visti come soluzioni durature, perché destinati ad escludere platee ampie comprendenti soprattutto i soggetti più a rischio. Non possono esser soluzioni se la visione deve essere sistemica, con l'obiettivo di costruire un *multipillar* organico e in grado di offrire la più ampia copertura possibile in termini sia di beneficiari che di prestazioni. Il problema è complesso: prestazioni con forti connotati assicurativi, che però non possono trovare finanziamento né nella logica mutualistica pura né in quella assicurativa pura, ma che diventeranno sempre più importanti nel determinare l'equilibrio economico-sociale. Per forza di cose, alla luce delle considerazioni riportate nel capitolo introduttivo, la soluzione sembra non poter prescindere dallo sviluppo di quegli strumenti di copertura in grado di sfruttare le potenzialità della capitalizzazione dei contributi su conti individuali, e che dedichino parte dei frutti dell'accumulazione al pagamento dei premi di assicurazioni collettive per la copertura dei rischi sanitari, *in primis* la non autosufficienza, il cui finanziamento, per la dimensione delle risorse coinvolte, non può trovare capienza, ad evento occorso, nell'accumulazione in capo al singolo aderente²⁷. Caratteristiche essenziali dello strumento dovrebbero essere una sufficiente dimensione di

²⁶ Cfr. Pammolli F. e N. C. Salerno, "La nuova fiscalità della previdenza complementare per il lavoratore, l'impresa e l'Erario - Una quantificazione per il lavoratore dipendente neoassunto del settore privato con turnover decennale di datore di lavoro", Quaderno CERM n. 1-2006.

²⁷ Si tratta, come già descritto nel capitolo introduttivo, di due modalità di finanziamento molto diverse, soprattutto nella dinamica che innescano nel medio-lungo periodo: un conto è finanziare la mutualità o il pagamento dei premi assicurativi a carico dei redditi prodotti anno per anno; altro, invece, sfruttare al medesimo fine l'accumulazione delle risorse tramite investimenti *ad hoc* sui mercati. Nel primo caso, con platea degli iscritti che invecchia e spese che aumentano, il peso su redditi già prodotti è destinato a raggiungere livelli troppo elevati e distorsivi/depressivi. Nel secondo caso, invece, i contributi versati entrano direttamente e per tempo (sulla base di programmi di investimento pluriennali) a far parte dei processi produttivi e di generazione di reddito.

scala, e il riconoscimento di agevolazioni fiscali espressamente premianti la presa in carico della *Ltc* e disegnate secondo lo schema della detrazione d'imposta. Per quanto riguarda la prima, il raggiungimento di una scala ottimale implicherebbe la necessità di una fase di riorganizzazione ed accorpamento dei fondi e delle società di mutuo soccorso esistenti, fase sicuramente non lieve sia dal punto di vista giuridico che amministrativo ed operativo. Per quanto riguarda la seconda caratteristica, la detraibilità è la forma di agevolazione fiscale più coerente con il principio costituzionale di progressività dell'imposizione, e anche quella che permette di canalizzare il sostegno fiscale verso le platee più ampie dei redditi medio-bassi che sono quelle che, in prospettiva, incontreranno i più forti problemi di compatibilità tra il loro vincolo di bilancio e le esigenze di spesa sanitaria²⁸.

Nel complesso, un siffatto modello dovrebbe necessariamente continuare a fronteggiare il vincolo di bilancio, a livello micro e macroeconomico, ma permetterebbe di raggiungere l'assetto *multipillar* più capace di governare il raccordo tra prestazioni richieste e risorse disponibili²⁹.

7. È sufficientemente chiaro e ampio l'ambito operativo di complementarità "doc"?

Un altro problema aperto è che, al di là delle difficoltà di presa in carico della *Ltc*, è tutto l'ambito operativo deputato alla complementarità che ad oggi appare non ben definito e troppo ristretto per permettere agli strumenti "doc" volumi adeguati ad abbattere i costi fissi e a implementare coperture assicurative collettive. Questo problema, tuttavia, non è risolvibile dall'interno, dalla normativa settoriale, perché dipende dal quadro complessivo di organizzazione del Ssn e delle prestazioni sociali e dalla trasformazione federalista.

È necessario distinguere tra i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e i livelli essenziali delle prestazioni sociali. Per i primi, la riforma il D. Lgs. n. 56/2000 (quello del primo tentativo di riforma federalista della spesa pubblica, incentrato quasi interamente sulla voce di spesa sanitaria) e la riforma della Costituzione del 2001 hanno concorso a mantenere relativamente più alta l'attenzione del Legislatore, ma senza riuscire a pervenire ad una definizione chiara dei Lea. Oggi i Lea sanitari sono pressoché onnicomprensivi, dal momento che il Dpcm del 29 Novembre 2001 (preceduto dall'Accordo Stato-Regioni del 22 Novembre), di definizione degli stessi Lea, ha avuto una funzione meramente ricognitiva di tutto quello che il Ssn a quella data già faceva, corrispondente, almeno formalmente, alla quasi totalità delle prestazioni sanitarie erogabili. Il più recente Dpcm del 23 Aprile 2008, che ha riorganizzato i Lea soprattutto nelle parti riguardanti le malattie rare, le malattie croniche e gli interventi erogabili in regime di *day hospital*, non ha fatto compiere passi avanti verso una definizione più oculata di essenzialità che fosse coerente con lo sviluppo di un pilastro complementare.

Ancora più problematica la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali. La Legge n. 328 del 2000 all'articolo 22 elencava nove tipologie di prestazioni da erogare nella forma di beni e servizi e integranti livelli essenziali di assistenza sociale, i Liveas: "[...]

- (a) *misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;*
- (b) *misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;*

²⁸ Questo punto è stranamente ignorato o sottovalutato da Sindacati e parti Sociali nei dibattiti sulla trasformazione *multipillar*. Eppure sarebbe uno snodo importante per affermare finalità redistributive e di tutela dei redditi medio-bassi all'interno di strumenti di *welfare* privati e funzionanti a capitalizzazione dei contributi su conti individuali.

²⁹ Tra le voci di spesa del *welfare system*, la sanitaria e socio-sanitaria è quella che, in potenza, non ha limiti prefigurabili alla crescita, come dimostrano sia le proiezioni Ecofin, anche solo quelle focalizzate sul *driver* demografico, sia, soprattutto, *case studies* sull'applicazione delle tecniche/tecnologie di frontiera. Sul punto, cfr. anche Pammolli F. e N. C. Salerno, "La sanità e la barriera della produttività", Editoriale CERM n. 12-2008.

- (c) *interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;*
- (d) *misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;*
- (e) *misure di sostegno alle donne in difficoltà [...];*
- (f) *interventi per la piena integrazione delle persone disabili [...];*
- (g) *interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;*
- (h) *prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;*
- (i) *informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto. [...]"*.

Sempre la 320/2000 poneva a carico dei Comuni la gestione amministrativa/operativa (anche attraverso affidamento esterno) delle prestazioni sociali in beni e servizi, tramite risorse provenienti dai loro bilanci e dai bilanci dello Stato e delle Regioni. Inoltre, la programmazione e l'organizzazione degli interventi e servizi venivano assegnate agli Enti Locali (Comuni e Province), alle Regioni e allo Stato, *"secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti Locali"*. Nonostante siano trascorsi quasi dieci anni, questa legge del 2000 riporta i riferimenti più recenti per l'individuazione dei Liveas. Successivamente si riscontrano solo inviti, spesso ripetuti in sede di legge finanziaria, a procedere ad una determinazione dei Liveas con taglio più operativo attraverso decretazione del Presidente del Consiglio dei Ministri. E si riscontra anche l'avvio del "Fondo per la Non Autosufficienza" presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali; questo fondo è stato finanziato per il 2008 (300 milioni di Euro) e il 2009 (400 milioni di Euro) e si sta adesso discutendo del suo rifinanziamento per i prossimi anni (sarà un tema da affrontare con la prossima legge finanziaria). Negli ultimi anni (dal 2007), il tema è rientrato nei disegni di legge per l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione e, da ultimo, nella Legge n. 42/2009, nelle parti in cui si affrontano i livelli essenziali delle prestazioni, le funzioni fondamentali dei Comuni e degli Enti Locali, e le connesse modalità di finanziamento. Non si è ancora pervenuti, dunque, ad un quadro consolidato né delle prestazioni da erogare né delle suddivisione dei compiti e delle modalità di finanziamento; ma, come già per i Lea sanitari, l'elenco è vasto e potenzialmente comprensivo di tutti o quasi tutti gli interventi ipotizzabili (si vedano, in particolare, le *alinea (a), (b) e (g)*).

La distinzione tra livelli essenziali di prestazioni sanitarie e livelli essenziali di prestazioni sociali è stata rivisitata dal Dpcm del 14 Febbraio 2001 (anteriore al Dpcm sui Lea sanitari; *cfr. Box n. 16*), che si è occupato di declinare il concetto di prestazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 *septies* del D. Lgs. del 30 Dicembre 1992. Tra la sfera sanitaria e quella sociale si inseriscono delle prestazioni, classificabili come socio-sanitarie, che condividono componenti sia dell'assistenza sanitaria che di quella sociale. Tipicamente sono prestazioni che abbinano interventi curativi, che necessitano della presenza del medico, ad interventi continuati nel tempo per fronteggiare inabilità di diverso grado a svolgere funzioni di vita quotidiana, che necessitano della presenza di persone di supporto/accompagnamento individuale. A volte le inabilità sono conseguenza stabilizzata di patologie che rendono necessario l'intervento

curativo, altre volte sono le stesse inabilità che poi portano come conseguenza l'insorgenza di patologie. Il Dpcm suddivide le prestazioni socio-sanitarie in tre gruppi: quelle a prevalenza della componente sanitaria, quelle ad alta integrazione sanitaria, e quelle a prevalenza della componente sociale. Le prime due sono poste a carico del Ssn con finanziamento tramite il fondo sanitario di ogni Regione; la terza è di competenza dei Comuni tramite risorse a carico dei loro bilanci integrati con risorse dei bilanci delle Regioni e dello Stato (la perequazione orizzontale e verticale). Anche per queste prestazioni socio-sanitarie il Legislatore non ha poi provveduto ad una identificazione più dettagliata, e non stupisce, su queste basi, che sia mancata una sufficiente specificazione dei criteri di finanziamento e delle modalità concrete con cui Comuni, Regioni e Stato dovrebbero concorrere al finanziamento. Anche per queste prestazioni si deve ripetere che non si è ancora pervenuti ad un quadro consolidato e che, nel contempo, la riserva Lea resta ampia e potenzialmente onnicomprensiva (si vedano le tre definizioni nel *Box n. 16*, articolo 3).

Box n. 16 – Dpcm del 14 Febbraio 2001

“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie” – è ancora in vigore anche il dibattito è focalizzato sui Lea sanitari (la spesa Ssn)

Art. 2 - Tipologia delle prestazioni

L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. Le regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati. [...]

L'intensità assistenziale è stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- (a) la fase intensiva, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- (b) la fase estensiva, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
- (c) la fase di lungoassistenza, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

Art. 3 – Definizioni [suddivisione delle spese tra quelle a carico del Ssn e quelle a carico dei Comuni]

Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende sanitarie locali [Ssn] ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria 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. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi e si esplicano attraverso:

- (a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- (b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- (c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- (d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- (e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- (f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.

Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3 *septies*, comma 4, del D. Lgs. n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, *handicap*, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario [Ssn]. [...]





Art. 4 – Principi di programmazione e di organizzazione delle attività

La Regione nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata. A tal fine si avvale del concerto della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui all'art. 2, comma 2 *bis*, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, o di altri organismi consultivi equivalenti previsti dalla legislazione regionale.

La Regione con il concorso della stessa Conferenza, svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei Comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale. La programmazione degli interventi socio-sanitari avviene secondo principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, nonché di continuità assistenziale.

Al fine di favorire l'integrazione con i servizi di assistenza primaria e con le altre prestazioni socio-sanitarie, la programmazione dei servizi e delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria rientra nel Programma delle attività territoriali, di cui all'art. 3 *quater*, comma 3, del Decreto Legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni. I Comuni adottano sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini per consentirne l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle suddette prestazioni.

In evidenza:

- *compare per la prima volta una distinzione tra prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, con l'introduzione della declinazione delle prestazioni socio-sanitarie a prevalenza sanitaria e quelle a prevalenza sociale*
- *le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono ovviamente accorpate al primo gruppo (a prevalenza sanitaria)*
- *quelle a prevalenza sanitaria sono a carico del Ssn e del fondo sanitario regionale*
- *quelle a prevalenza sociale sono a carico dei Comuni (rientrano tra le funzioni fondamentali dei Comuni, nei termini della Legge del 5 Maggio 2009, n. 42), con compartecipazione (è citato espressamente) dei cittadini stabilita dagli stessi Comuni*
- *non si specificano le modalità di finanziamento delle prestazioni a carico dei Comuni (quanto a carico del "Fondo Nazionale per le Politiche Sociali"? con il concorso di altri fondi nazionali esistenti o istituendi?); la materia interseca direttamente la riorganizzazione della spesa pubblica oggetto della legge delega per il federalismo fiscale (Legge del 5 Maggio 2009, n. 42) che è entrata adesso nella fase della decretazione attuativa*
- *per inciso, programmazione e supervisione delle prestazioni a prevalenza sociale sono in capo alla Regione, mentre il principio di sussidiarietà assegna ai Comuni la gestione operativa dei servizi, sia diretta che eventualmente in affidamento a provider esterni (punto molto importante, se si riflette che ancora è vivo il dibattito su quale soluzione adottare per il federalismo, se un federalismo multiplo a più livelli, oppure uno con le Regioni pienamente qualificate come secondo livello di governo con funzioni di raccordo tra Stato ed Enti Locali)*

Dopo il Dpcm del 14 Febbraio 2001 sui livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie non sono sopraggiunti ulteriori innovazioni normative, e il tema è anch'esso rientrato nei disegni di legge per l'attuazione dell'articolo 119 della Costituzione e, da ultimo, nella Legge n. 42/2009, nelle parti in cui si affrontano i livelli essenziali delle prestazioni, le funzioni fondamentali dei Comuni e degli Enti Locali, e le connesse modalità di finanziamento. Materia *in fieri* sul piano strettamente normativo (è appena iniziata la decretazione delegata) che su quello del disegno istituzionale.

Figura n. 1 – I livelli essenziali delle prestazioni



criticità

tutti e tre gli ambiti sono definiti ad un livello molto generale e potenzialmente onnicomprensivo (a cominciare proprio dalle prestazioni per i casi di non autosufficienza)

non esiste un raccordo tra i tre ambiti, nonostante le molteplici sovrapposizioni e nonostante le diverse attribuzioni di potestà legislativa

se sui Liveas (Lea sociali) la lettera della Costituzione assegna competenza legislativa esclusiva alle Regioni (fatta salva l'esclusiva dello Stato nella definizione del perimetro delle prestazioni), sulle funzioni fondamentali dei Comuni e degli Enti Locali, che dovrebbero comprendere anche la gestione amministrativa/operativa degli strumenti deputati ad assolvere ai Liveas, v'è competenza esclusiva dello Stato (Costituzione); una ambiguità che va sciolta

la suddivisione dei Lea socio-sanitari in quelli a prevalenza sanitaria e quelli a prevalenza sociale porta con sé anche una divisione di potestà legislative: concorrenza Stato-Regione sui primi, esclusiva delle Regioni sui secondi con il caveat, visto prima, che sulle funzioni fondamentali di Comuni e Enti Locali ha esclusiva lo Stato

non esiste alcun coordinamento nazionale sugli schemi di compartecipazione da applicare, che restano generalmente non applicati

il finanziamento di tutti i livelli essenziali non è ancora approdato ad un assetto consolidato: ormai tutto rientra nel ridisegno della fiscalità federalista e nella decretazione delegata dalla Legge n. 42/2009 (con tutte le criticità connesse, a cominciare dalla definizione stessa dei costi standard e del fabbisogno standard)

nel frattempo, il finanziamento resta in parte affidato a fondi nazionali presso i Ministeri, in parte (per la sanità) affidato a deroghe e aggiustamenti sui criteri introdotti dal D. Lgs. n. 56/2000, in parte (per i Liveas e le prestazioni socio-sanitarie a prevalenza sociale) lasciato all'iniziativa di Regioni e Enti Locali (cfr. per esempio il caso del fondo per la non autosufficienza della regione Emilia Romagna)

In sintesi, dalle scelte compiute dal Legislatore da almeno dieci anni a questa parte (sicuramente sin dal D. Lgs. n.112/2008, il “Bassanini”³⁰), è evidente una duplice volontà: di decentrare la programmazione, il finanziamento e l’erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali sotto il vincolo dei livelli essenziali; e di sistematizzare l’offerta delle prestazioni, in modo tale da valorizzare l’integrazione delle componenti sanitarie e sociali e la continuità tra strutture del Ssn, territorio e domicilio. A questa volontà, tuttavia, non ha fatto ancora riscontro la implementazione di un meccanismo di finanziamento strutturato, coerente con il complesso delle prestazioni Lea, cioè in grado di sostenere stabilmente l’offerta di quei Lea. Le prestazioni Lea, di fatto, rimangono identificate da elenchi di macrovoci che, almeno formalmente, coprono la maggior parte, se non la totalità, delle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie configurabili. Quale spazio operativo rimane, a questo punto, per operatori che dovrebbero specializzarsi nella copertura *extra* Lea? E questo problema si pone persino sulle prestazioni per assistenza continuata (Ltc), quelle che di fatto né il Ssn né la rete di protezione sociale degli Enti Locali riescono a soddisfare già oggi, e che rientrano nell’elenco delle prestazioni dei fondi “doc” e “doc-convergenti”, ma solo per la quota non ricompresa nei livelli essenziali che, come si è detto, hanno una definizione potenzialmente onnicomprensiva.

8. Perché solo erogatori accreditati presso il Ssn, anche se le prestazioni sono extra Lea?

Su un piano operativo più circoscritto, v’è da rilevare che il decreto “Turco” ha permesso che, per rispettare la convergenza, gli strumenti “non doc” possono rivolgersi, ai fini dell’erogazione delle prestazioni, a strutture autorizzate all’esercizio ancorché non accreditate presso il Ssn. La previsione mira a rendere più agevole il percorso di convergenza concedendo una possibilità che però, a ben guardare, potrebbe essere estesa anche ai fondi “doc”. Infatti, se le prestazioni “doc” sono quelle non ritenute essenziali e complementari ai livelli essenziali, è davvero necessario e foriero di effetti positivi obbligare i fondi e gli altri strumenti di copertura privata a rivolgersi ad erogatori accreditati presso il Ssn? Non è già sufficiente che l’erogatore abbia superato la procedura di autorizzazione all’esercizio, che ne testimonia la capacità e la qualità?

Questa semplificazione, di per sé già un vantaggio, ne porterebbe almeno altri due. In primo luogo, alla gestione dei fondi verrebbe risparmiato il contatto con le procedure di accreditamento che sovente soffrono della poca chiarezza oggi esistente, nella *governance* della sanità, tra sfera della politica e sfera tecnico-professionale. In secondo luogo, poiché l’accreditamento è deciso a livello regionale (direttamente dalla Regione o per il tramite di una delle sue Asl³¹), si permetterebbe ai fondi di ottimizzare al massimo la loro funzione di *general contractor* senza le limitazioni imposte da virtuali confini interregionali. Ad esempio, nel caso la Campania accreditasse una impresa erogatrice con strutture diffuse anche in Basilicata, ma la Basilicata non accreditasse, l’obbligo di soli erogatori accreditati costringerebbe il fondo a rivolgersi ad imprese erogatrici diverse, perdendo in economie di scopo/scala e in potere contrattuale.

Queste considerazioni suggerirebbero un ripensamento della *ratio* di autorizzazioni e accreditamenti, con questi ultimi realmente circoscritti ai rapporti in cui l’erogatore terzo rispetto al Ssn agisce in nome e per conto del Ssn nel provvedere ai livelli essenziali (la stessa logica che si coglie nel Dpr del 14 Gennaio 1997).

³⁰ Conferiva alle Regioni e ai Comuni “[...] le funzioni e i compiti amministrativi nella materia dei servizi sociali [...]”. Conferiva ai Comuni “[...] i compiti di erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali, nonché i compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali, anche con il concorso delle Province [...]”.

³¹ Cfr. D. Lgs. n. 502/1992, D. Lgs. n. 517/1993, Dpr del 14 Gennaio 1997.

9. La fiscalità di vantaggio: omogenea per tutti gli strumenti o differenziata? E differenziata come?

Quello del disegno della fiscalità è uno degli snodi più importanti. Da questo snodo dipendono sia la capacità di incentivare l'adesione al pilastro complementare, sia quella di stimolare lo sviluppo degli strumenti privati più idonei a fronteggiare le dinamiche di spesa e coprire tutto l'insieme degli *extra* Lea, senza discontinuità o vuoti. Questi due obiettivi devono essere perseguiti considerando che le agevolazioni fiscali sono *tax-expenditure*, e che è necessario rispettare un vincolo di compatibilità con il bilancio pubblico che in Italia, almeno nei prossimi dieci/quindici anni, dovrà misurarsi con l'obiettivo di abbattere significativamente lo *stock* di debito pubblico (tornato al di sopra del 115 per cento del Pil).

Come si è visto, ad oggi la fiscalità degli strumenti di copertura privati non ha un impianto unitario e non risponde ad una logica economica e *welfarista* chiara e coerente in tutte le sue parti. Il decreto "Turco" è intervenuto per aumentare gli incentivi fiscali allo sviluppo degli strumenti "doc", ma restano ancora aperte numerose questioni:

- Al di là del doppio canale di agevolazione per i fondi "non doc" (*cfr.* punto 3. in questo capitolo), è dubbio che l'attuale normativa riesca effettivamente a dare un impulso decisivo, stimolando l'adesione delle più ampie platee del lavoro dipendente e dei redditi medi e medio-bassi;
- Inoltre, mentre per i fondi "doc" e per gli strumenti "doc convergenti" le agevolazioni passano attraverso la deducibilità dei contributi (che rimane, anche se in misura minore, per i fondi "non doc" *cfr.* Box n. 10), per le sms che decideranno di non convergere resta la detraibilità al 19 per cento, e la detraibilità resta anche per le assicurazioni individuali coprenti i rischi di morte, non autosufficienza e invalidità permanente con coefficiente non inferiore al 5 per cento. Per le altre coperture assicurative individuali, le agevolazioni non riguardano i contributi/premi, ma la spesa in cui si incorre (ancorché rimborsata dall'assicurazione) che, a seconda dei casi, è ora deducibile ora detraibile, con massimale e franchigia che dipendono dalla tipologia di evento sanitario;
- Al di fuori della copertura organizzata, le spese private *out-of-pocket* sono ora deducibili ora detraibili, con massimale e franchigia che dipendono dalla tipologia di evento sanitario (*cfr.* Box n. 12).

Quello che risalta è la mancanza di una *ratio* che motivi il ricorso o alla deducibilità o alla detrazione, sia quando le agevolazioni vanno ai contributi/premi, sia quando vanno alla spesa *out-of-pocket*. Si sente l'esigenza di una razionalizzazione che parta dalla ragione alla base del riconoscimento dell'agevolazione: da un lato la capacità incentivante sotto il vincolo di bilancio pubblico; dall'altro la destinazione della *tax-expenditure*, e quindi le funzioni che lo strumento che le riceve è in grado di svolgere.

Per quanto riguarda il primo punto, la detraibilità è lo schema che appare più adatto:

- è coerente con il principio costituzionale di progressività dell'imposta (a parità di importo portato in detrazione, in proporzione ne beneficiano maggiormente i redditi medio bassi rispetto a quelli elevati);
- per questa stessa ragione è lo schema maggiormente in grado di coinvolgere le più ampie platee del lavoro dipendente, anche nelle fasi iniziali di carriera in cui il rapporto di lavoro può avere natura di parasubordinazione;
- è quella che permette di ottenere la minor dispersione della *tax-expenditure* sulle fasce di reddito elevate, dove vincoli di bilancio individuali/familiari meno stringenti rendono meno rilevante il sostegno fiscale ai fini di investimenti previdenziali.

Per quanto riguarda il secondo punto, alla luce di quanto riportato nel precedente paragrafo 6. di questo capitolo ("Come prendere in carico le prestazioni di assistenza continuata ai non

autosufficienti”), il riconoscimento delle agevolazioni fiscali dovrebbe tener conto della disponibilità dei vari strumenti di copertura a farsi carico del maggior numero delle prestazioni non fornibili dal pubblico e, in particolare, della *Ltc*. Questo, senza chiamare il Legislatore a selezionare *ex-ante* lo strumento, tra fondi, sms e assicurazioni individuali, che, per sua struttura e organizzazione, meglio potrà essere in grado di complementarsi con il Ssn. Dal momento che non c’è condivisione di vedute sui limiti della ripartizione, sia nell’alveo pubblico che in quello privato, e sui limiti della copertura assicurativa pura (cfr. precedente *Box n. 15*), la soluzione potrebbe esser quella di permettere a tutti gli strumenti di concorrere tra loro, assegnando maggiori/minori agevolazioni fiscali a seconda degli *extra Lea* presi in carico e, soprattutto, della presa in carico delle prestazioni più problematiche, come quelle per *Ltc*. Dopo di che, ogni strumento, dopo aver raccolto adesioni sulla base di una data offerta di prestazioni, dovrà essere in grado di svolgere le sue funzioni in autonomia economico-finanziaria, e, se sono fondate le osservazioni proposte in questo Quaderno, diverranno evidenti le due esigenze, quella di raggiungere una soglia dimensionale minima per beneficiare di economie di scala e di scopo, e quella di adottare lo schema dell’accumulazione reale su conti individuali integrato con polizze assicurative collettive per la copertura dei grandi eventi e delle prestazioni di assistenza continuata ai non autosufficienti (cfr. successivo paragrafo 10.).

I medesimi principi potrebbero guidare le scelte di agevolazione fiscale nel caso il finanziamento resti *out-of-pocket*. Alle categorie meritorie di spesa, il Legislatore potrebbe far corrispondere delle soglie (percentuali e assolute) di detraibilità, differenziate a seconda dell’importanza assegnata alla singola categoria. La somma delle soglie di detraibilità riconosciute su un gruppo di categorie di spesa potrebbe poi corrispondere alla soglia di detraibilità valida per i contributi/premi a strumenti di copertura organizzata (fondi, sms, assicurazioni) riguardanti lo stesso gruppo di categorie di spesa. Questa regola di coerenza e simmetria potrebbe guidare una razionalizzazione/riorganizzazione delle molteplici agevolazioni fiscali oggi contemplate all’interno del Tuir, che in più punti danno l’impressione di essere scoordinate tra loro sia rispetto all’obiettivo *welfarista* che rispetto a quello del governo della *tax-expenditure* (cfr. successivo paragrafo 11.). In questo modo l’agevolazione sarebbe sempre calibrata sulla/e finalità meritoria/e e organizzata secondo lo schema della detraibilità (o di somme di soglie di detraibilità), ma non ci sarebbe distinzione fiscale tra spesa *out-of-pocket* per finanziare le prestazioni e contributi/premi (sempre *out-of-pocket*) a strumenti di copertura organizzati. Emergerebbero le diverse proprietà reali dei due finanziamenti della spesa perché, da un lato, al di là dell’ammontare detraibile, la spesa rimarrebbe a carico dei redditi anno per anno nelle disponibilità del privato cittadino, mentre, dall’altro, a fronte dei contributi/premi, le esigenze sarebbero fronteggiate dall’accumulazione *ad hoc* sui conti individuali integrata da coperture assicurative collettive per le prestazioni di tipo *Ltc* (cfr. successivo paragrafo 10.).

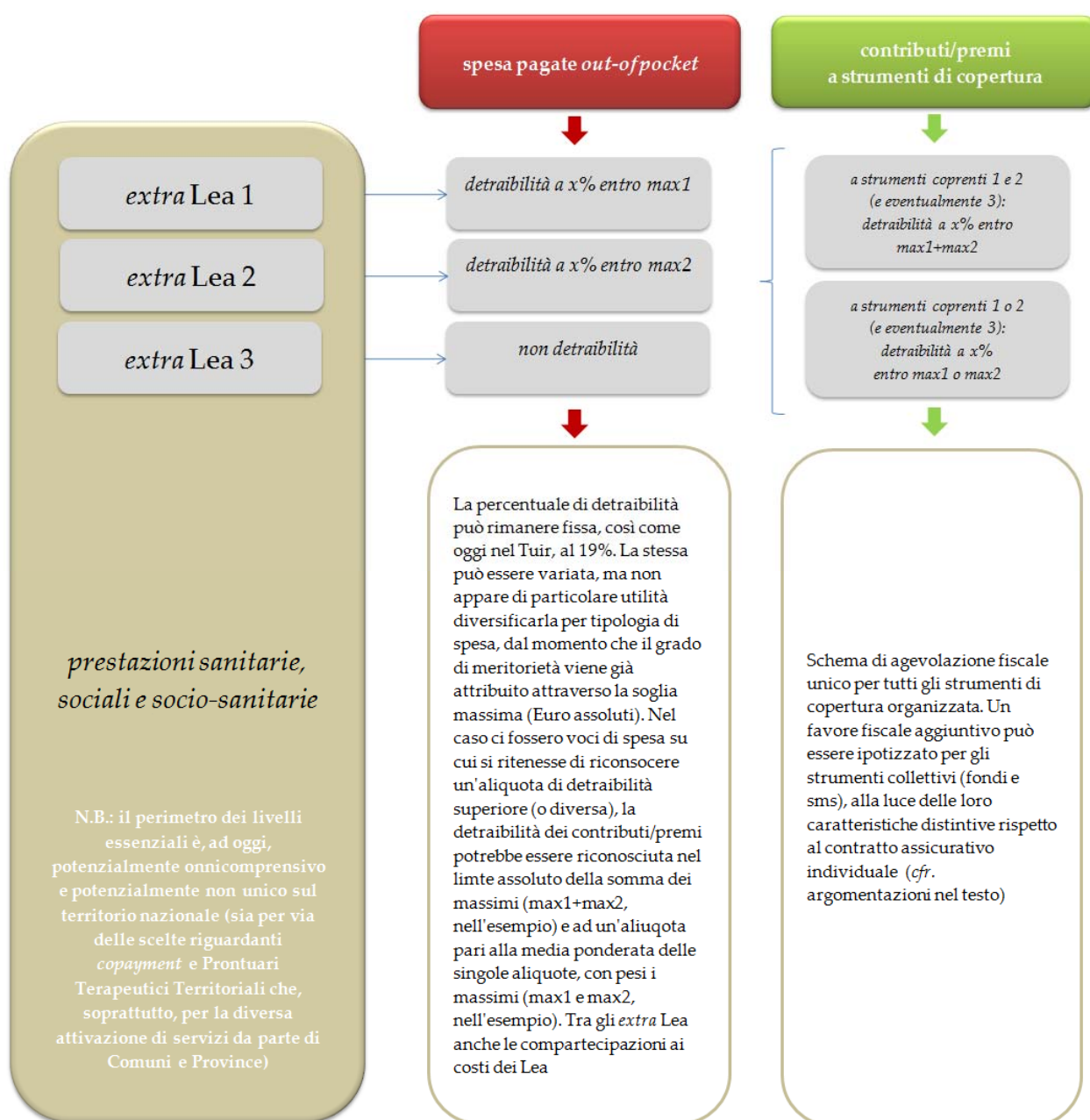
Come già proposto da CERM a proposito del pilastro complementare pensionistico³², una deroga al trattamento uniforme di tutte le forme di finanziamento privato della spesa sanitaria *extra Lea* potrebbe riguardare le coperture collettive organizzate (fondi e sms). Per queste il trattamento potrebbe godere di maggior *favor legis*, in virtù delle loro caratteristiche (standardizzazione, capacità di ottimizzare i costi, facilità di collegamento con polizze assicurative collettive per rischi specifici, etc.) che li predispongono a rivolgersi alle platee più ampie dei redditi medio-bassi e a tutto il comparto del lavoro dipendente. Non appare, invece, giustificabile, né per ragioni economiche né per ragioni *welfariste*, un favore specifico per le società di mutuo soccorso, in virtù dei loro storici compiti assistenziali e coesivi. Nella misura in cui il modello delle sms si dimostrerà valido anche in futuro, esso potrà beneficiare del favore fiscale rivolto agli strumenti collettivi e, se effettivamente saprà offrire tutele

³² Pammolli-Salerno (2004), Nota CERM n. 2-2004, *cit.*.

maggiori ai redditi medio-bassi (cfr. Box n. 11 e soprattutto Box n. 14), lo schema della detraibilità fiscale indurrà le fasce più basse di reddito a preferirlo.

La seguente Figura n. 2 riepiloga, semplificandoli, i termini del discorso. Si tratta, come è ovvio data la complessità e la sfaccettatura dei temi, di proposte per un dibattito aperto.

Figura n. 2 – Proposta per una razionalizzazione della fiscalità agevolata nel Tuir: schema di detraibilità a piramide



10. I vantaggi di uno strumento a capitalizzazione e collegato a polizze assicurative collettive. Sarebbe anche possibile permettergli operatività sui Lea ...

Ad oggi, la normativa italiana non prevede formalmente uno strumento di copertura organizzata che gestisca i contributi degli iscritti sui mercati³³, basato su investimenti di lungo termine, per far fronte, tramite l'accumulazione reale su conti individuali, alla necessità di finanziare spese sanitarie o di assistenza in futuro. Eppure, questo strumento è l'unico in grado di ribilanciare il ricorso alla ripartizione di fondi e sms o al *pooling* assicurativo entrambi esposti, come argomentato nel *Box n. 15*, ai contraccolpi della forte crescita della spesa da finanziare e dell'invecchiamento della popolazione. Se con una quota dei frutti dell'accumulazione si pagassero, anno per anno, i premi a coperture assicurative collettive contro le spese extra Lea di maggiore entità (troppo grandi per trovare capienza nell'accumulazione) o contro eventi inabilitanti/invalidanti che rendessero necessaria la Ltc, questo nuovo strumento si potrebbe predisporre a fronteggiare tutte le possibili esigenze, dando garanzia di autonomia e sostenibilità finanziaria.

Sui vantaggi di un simile fondo si è già dilungata la Nota CERM *"Il pilastro complementare in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare"*, dove si invitava anche a riflettere sull'opportunità di assegnare ad un medesimo strumento (il fondo *welfare*) sia la finalità di copertura delle esigenze sanitarie e di assistenza alla persona, sia quella di erogazione della rendita pensionistica complementare. Tra i vantaggi, anche quello che così si realizzerebbe una naturale responsabilizzazione degli iscritti che annullerebbe/abbatterebbe i problemi di *moral hazard* tipici delle coperture a carico di terzi pagatori. Da un lato, le prestazioni meno costose sarebbero finanziate a valere sull'accumulazione individuale, e ognuno sarebbe chiamato costantemente a ben valutare la necessità di una spesa (la *cost-effectiveness*), sapendo che i fondi vengono distolti dal suo montante in maturazione. Questo effetto coinvolgerebbe anche la copertura delle eventuali compartecipazioni ai costi dei livelli essenziali, che altrimenti, se fossero completamente neutralizzate dal terzo pagatore rispetto al vincolo di bilancio individuale, non avrebbero più quegli effetti di stimolo alla *cost-effectiveness* che sono alla base della loro introduzione sistematica. Gli effetti positivi si estenderebbero, per questa via, anche alle prestazioni finanziate dal pubblico. Dall'altro lato, la copertura assicurativa collettiva, proprio perché circoscritta alle spese connesse agli eventi più gravi generalmente non finanziabili dal pubblico³⁴ (assistenza per invalidità/inabilità per incidenti, malattie degenerative, perdita delle facoltà per invecchiamento, etc.), rimarrebbe sufficientemente al riparo da fenomeni di *moral hazard*.

Rispetto alla Nota CERM (cui si rimanda) quello che qui si desidera aggiungere è un ulteriore spunto. Se i fondi sanitari (o di *welfare*) funzionassero ad accumulazione reale su conti individuali, allora sarebbe sempre possibile ogni anno, a fronte di contributi dedicati alla copertura degli extra Lea e beneficiari delle agevolazioni fiscali, conoscere esattamente il montante delle risorse vincolate agli extra Lea (sia per il pagamento di prestazioni dirette che di premi per coperture assicurative collettive). Fatto salvo il vincolo di destinazione di queste risorse, il fondo potrebbe allargare la sua operatività anche alle prestazioni classificate come essenziali, purché finanziate da contributi ammessi ad agevolazioni fiscali minori o

³³ Alcuni fondi già gestiscono sui mercati quote dei contributi degli iscritti, ma questo avviene totalmente al di fuori di una cornice regolamentare *ad hoc* come quella appositamente disegnata per i fondi pensione (vincoli alla composizione di portafoglio, trasparenza dei criteri di scelta, valutazione dell'esposizione al rischio, etc.). Questo comporta anche che il trattamento agevolato che i fondi pensione hanno sui rendimenti del capitale durante la sua accumulazione è precluso ai fondi sanitari.

³⁴ In una prospettiva di universalismo selettivo (*cfr. infra*).

addirittura escluse dall'agevolazione (oggi, i fondi sanitari "doc" possono occuparsi solo di extra Lea).

Questo snodo andrebbe adeguatamente approfondito, perché potrebbe essere una soluzione in grado, da un lato, di favorire la crescita dimensionale dei fondi e lo sviluppo di economie di scala e di scopo (uno dei punti deboli lamentati dagli operatori di mercato); e, dall'altro, di alleggerire il carico di domanda di prestazioni sulle strutture pubbliche. Si tratterebbe, in pratica, di disaccoppiare la contribuzione che può pervenire al fondo in due parti, di cui una dedicata al finanziamento degli *extra Lea* e ammessa ai più elevati benefici fiscali, l'altra senza vincolo di destinazione e ammessa a benefici fiscali inferiori o addirittura senza beneficio fiscale. Per come è scritta la normativa ad oggi, invece, l'ambito dei fondi "doc" è individuato da un elenco positivo ed esclusivo di prestazioni *extra Lea* cui gli stessi fondi devono per forza dedicarsi, e non è possibile che la loro operatività si estenda oltre sulla base di contribuzioni ulteriori e distinte degli iscritti (*cfr.* articolo 9 del Decreto Legislativo 30 Dicembre 1992, n. 502).

Questa distinzione diviene più complessa o addirittura impossibile, quando le prestazioni sono finanziate a ripartizione o con logica di pura mutualità e fino a capienza delle risorse aggregate anno per anno disponibili (come per le sms). Mancherebbero, infatti, regole chiare, univoche e trasparenti per stabilire quanto, in ogni anno, ogni singolo iscritto ha a disposizione per finanziare separatamente il gruppo delle spese *extra Lea* e quello delle spese Lea.

Sarebbe sbagliato vedere, dietro una soluzione di questo genere, possibili nocuenti per il pilastro pubblico. Contratti privati per la copertura di spese per prestazioni ricomprese nei livelli essenziali sono già praticabili, con agevolazioni fiscali ridotte o addirittura senza agevolazione fiscale. Né avrebbe senso vietarli, impedendo a chiunque lo volesse di utilizzare l'ambito di contrattazione tra soggetti privati per disporre di doveri e diritti a fronte di eventi futuri. Ma quel che più rileva è che, a parità di risorse pubbliche dedicate ai livelli essenziali (è questa la variabile che fa la differenza, è questa la vera variabile di scelta politica), la possibilità che le prestazioni Lea vengano coperte anche privatamente tramite strumenti organizzati, senza ricorso a risorse pubbliche, e vengano erogate anche da strutture private, ha due riflessi positivi sui *provider* pubblici: alleggerisce il carico di domanda potenziale su di loro, favorendo il perseguimento della qualità in ogni singola prestazione; e crea la possibilità di continui *benchmarking* all'interno di una pluralità di erogatori pubblici e privati per la verifica degli *standard* di qualità.

In aggiunta ai precedenti punti, se si realizzassero i fondi *welfare*, la loro operatività potrebbe essere estesa ai Lea anche per un'altra ragione, e senza necessità di mantenere separata l'accumulazione vincolata a finanziare gli *extra Lea* da quella utilizzabile anche per i Lea. La copertura delle spese avverrebbe sempre tramite risorse stornate dall'accumulazione reale sui conti individuali; stornate, cioè, dalla creazione della rendita pensionistica che è obiettivo che già gode (in capo ai fondi pensione) di agevolazioni fiscali. Non si creerebbe il paradosso - che il Legislatore ha giustamente voluto evitare - di agevolazioni fiscali che incentivano *tout court* la copertura di prestazioni che dovrebbero essere universali e selettive e già fornite dal Ssn. Sotto il vincolo politico di non diminuire, ma anzi di continuare a rafforzare, l'impegno di risorse per il Ssn, la diversificazione del finanziamento aprirebbe possibilità nuove per perseguire l'adeguatezza e la qualità delle prestazioni fornite dalle strutture del Ssn.

Come si è già sottolineato, la normativa italiana non è ancora pronta per un fondo (sanitario o di *welfare*) funzionante a capitalizzazione reale dei contributi degli iscritti su conti individuali, e collegato a polizze assicurative collettive a copertura della non autosufficienza (o degli venti più gravi non finanziabili dal pubblico se non in una prospettiva di universalismo selettivo).

È un vuoto che va colmato, per permettere a questo tipo di strumento, che ha delle proprietà importanti per fronteggiare gli squilibri attesi per via dell'invecchiamento della popolazione e della crescita continua della spesa, di poter dimostrare le sue potenzialità e raccogliere consensi e adesioni. Mancano del tutto sia il disegno della *governance* (organismi direttivi e di controllo, regole di raccolta delle adesioni e di *disclosure* delle informazioni, *format* per lo statuto e per il regolamento, etc.), sia il disegno delle regole per la gestione di portafoglio, per la fiscalità dei rendimenti nella fase di accumulazione, per la connessione tra il fondo e le assicurazioni ai fini delle stipule delle polizze collettive, e per la selezione dei *provider* a cui rivolgersi per l'erogazione delle prestazioni. Con ogni probabilità, però, è possibile utilizzare, *cum granu salis*, parti della normativa e dei modelli organizzativi già sviluppate per i fondi pensione e per i contratti assicurativi. Il modello del fondo *welfare* proposto da CERM va proprio in questa direzione.

11. Le agevolazioni fiscali "disperse" tra i commi del Tuir

Si scelga o meno la soluzione del fondo *welfare* o si sposi o meno la proposta descritta al precedente paragrafo 9. (cfr. Figura n. 2), razionalizzazione e sistematizzazione della normativa fiscale del pilastro privato non possono prescindere da una generale *spending review* di tutte le agevolazioni fiscali per finalità sanitarie e di assistenza alla persona oggi presenti nel Testo Unico delle Imposte sui Redditi. Anche ad una rapida rassegna, il Tuir appare contente trattamenti agevolati frutto di sedimentazione storica e di interventi, anche recenti, sconnessi tra loro, miranti a rispondere di volta in volta ad urgenze specifiche ma senza quella visione di insieme che adesso appare più che mai la prospettiva più corretta e non più procrastinabile³⁵. Si tratta, a dire il vero, di una esigenza che va al di là della sanità e dell'assistenza alla persona, che pure rientrano tra i capitoli più importanti.

Questo lavoro di *due diligence* sul Tuir è importante per diverse ragioni: per creare coerenza tra le varie *tax-expenditure* riconducendole il più possibile ad un medesimo ordine di priorità; per rendere più trasparente e meglio governabile (sotto il profilo della programmazione della spesa pubblica) la *tax-expenditure* aggregata; nonché per semplificare la normativa a vantaggio dei cittadini beneficiari, e nella prospettiva federalista di un progressivo decentramento sia di quote delle basi imponibili che delle scelte di attivazione delle prestazioni e di applicazione delle compartecipazioni.

CERM ha fornito un esempio di *spending review* in "(Ri)Qualificazione della spesa e fondi per le non autosufficienze e gli asili nido"³⁶. Se si analizzano gli articoli 10-16 del Tuir sull'imposta sul reddito delle persone fisiche, gli articoli 50-51 sui redditi da lavoro dipendente, o gli articoli dall'81 in poi sulla base imponibile delle imprese, emergono numerose voci di *tax-expenditure* per le quali si riconosce l'esigenza/opportunità di una generale razionalizzazione, in un triplice verso: trasparenza di funzionamento e regole di accesso ai benefici coerenti con l'universalismo selettivo; programmazione strutturale delle dotazioni di bilancio dedicate alle varie finalità; aumento dell'efficienza/efficacia degli interventi. Se si rimuovesse la detraibilità *erga omnes* al 19 per cento della spesa privata per farmaci, si libererebbe un flusso annuo di risorse compreso tra 200 e 400 milioni di Euro, che potrebbe essere utilizzato per dare stabilità alla dotazione del fondo nazionale per le non autosufficienze, oggi sottodimensionato e senza programmazione strutturale. A tale proposito, si deve considerare che la detrazione al 19 per cento vale anche per gli *over-the-counter* (i farmaci meno importanti e più vicini alla categoria della *commodity*) e per le compartecipazioni sui farmaci "A" (così indebolendo le proprietà di

³⁵ A maggior ragione se si considera l'esigenza di diversificare gli istituti del nostro *welfare system*, al di là dei due capitoli delle pensioni e della sanità.

³⁶ Di Pammolli F. e N. C. Salerno (2008), liberamente disponibile sul sito del CERM, http://www.cermlab.it/documents/editoriali/Editoriale_CERM_8_2008.pdf.

incentivo al loro corretto uso da parte dei cittadini). E si deve considerare, altresì, che la liberalizzazione della vendita dei prodotti "Sop" (senza obbligo di prescrizione, *over-the-counter* inclusi) al di fuori delle farmacie tradizionali (cosiddetto "Bersani-bis") ha portato riduzioni dei prezzi al consumo superiori al 15 per cento e con punte anche del 30 per cento³⁷. La promozione della concorrenza ha creato, per il consumatore, vantaggi equivalenti o addirittura superiori a quelli che il Fisco già gli riconosceva. Se si proseguisse lungo questa direzione, collegando interventi pro-concorrenziali e reindirizzo/riqualificazione delle agevolazioni fiscali, emergerebbero tante potenzialità di modernizzazione del nostro *welfare system* percorribili anche nella corrente fase di difficoltà del bilancio pubblico.

Il suggerimento è proprio quello di un "censimento" complessivo di tutte le forme di *tax-expenditure* per *welfare* contenute nel Tuir, per permettere, nel contempo, una riallocazione ottimale delle risorse pubbliche nell'ottica dell'universalismo selettivo, e una più chiara definizione dell'ambito di complementarità su cui dovrebbe svilupparsi la copertura privata.

12. Inevitabile incompletezza contrattuale? Una ragione in più per uno strumento a capitalizzazione collegato a polizze collettive per la copertura della Ltc e delle spese maggiori non finanziabili dall'universalismo selettivo pubblico ...

Questo capitolo, e con lui il Quaderno, si chiude con una considerazione che potrebbe apparire un po' "disfattista" lungo la strada della costruzione del *multipillar*, ma che in realtà non lo è. Il contratto individuale con qualsivoglia strumento di copertura privata rimane per forza di cose affetto da numerose fonti di incompletezza (nell'accezione propria dell'economia dei contratti), e queste rendono difficile assicurare stabilità nel tempo ad assetti di piena complementarità pubblico-privato, in cui il primo si dedichi ai livelli essenziali universali e selettivi e il secondo alle prestazioni *extra*. Tutto questo soprattutto in un Paese dalle forti differenze territoriali (anche sul piano dell'organizzazione del Ssn e della rete di prestazioni sociali e socio-sanitarie), avviato al federalismo, e in cui ciò che realmente è dentro o fuori i livelli essenziali è ancora da stabilire (*cfr. Figura n. 1*) e con ogni probabilità anche da aggiustare nel corso degli anni.

Se le compartecipazioni ai Lea sanitari si differenzieranno significativamente per Regione (com'è nella logica della *governance* federalista), quali *standard* potranno esser presi a riferimento nei rapporti tra cittadini e strumenti di copertura privati? Su scala maggiore questo stesso problema si ripresenterebbe se, dopo una definizione più circoscritta dei Lea nello spirito dell'universalismo selettivo che appare irrinunciabile, le Regioni iniziassero a differenziarsi anche nel novero delle prestazioni finanziate dal pubblico³⁸ per poi, auspicabilmente, avviare un positivo *catching-up* verso i modelli di maggior successo. In quest'ultimo caso, quale perimetro di complementarità dovrebbe essere preso a riferimento dalla copertura privata? La soluzione non può certo risiedere nel promuovere strumenti di ambito regionale, e neppure compartimentazioni regionali di strumenti attivi su tutto il territorio nazionale, perché ne deriverebbero vincoli di scala dimensionale (complessivi o di comparto) e di gestione difficilmente compatibili con l'ottimizzazione delle risorse (sia nel caso di accumulazione dei contributi e di contrattazione della copertura assicurativa collettiva, che nel caso di *pooling* dei profili di rischio, o di mutualità pura tra gli iscritti). Ma, anche fosse percorribile questa strada, che cosa accadrebbe se, una volta data la propria adesione, il cittadino sottoscrittore si dovesse muovere, per lavoro o altre esigenze, da una

³⁷ Per inciso, ci si dovrebbe interrogare a fondo sulle ragioni per cui quel processo di riforma non è stato proseguito e, soprattutto, sul perché i suoi effetti positivi vadano adesso riassorbendosi sino quasi a scomparire.

³⁸ Di fatto, questa differenziazione già esiste, perché l'offerta di prestazioni non è la stessa su tutto il territorio, anche se formalmente dovrebbe esserlo. Tempi di attesa, qualità, a volte direttamente tipologie di cure e terapie non sono uniformi su tutto il territorio nazionale.

Regione all'altra, cambiando la sua residenza? Cambierebbero l'offerta di prestazioni finanziate dal pubblico e i connessi schemi di compartecipazione, e con loro cambierebbe anche il rapporto di complementarità pubblico-privato preso a riferimento all'atto di adesione. Di fronte a questa eventualità, anche opzioni di modifica del contratto di adesione (automatiche? con/senza possibilità di recesso?) non sono risolutive se gli strumenti di copertura applicano una logica mutualistica pura o assicurativa pura, perché nel finanziamento a ripartizione è (dovrebbe essere) implicita una connessione, centrale nella assicurativa e meno forte nella mutualistica (cfr. *Box n. 15*)³⁹, tra profilo complessivo dei versamenti e controvalore atteso della copertura offerta lungo tutto il corso della vita. Se il perimetro delle prestazioni coperte cambia - e questo può accadere anche più di una volta nel corso della vita⁴⁰ - la connessione viene compromessa. Ne potrebbero derivare anche disincentivi *ex-ante* alla mobilità, con effetti negativi sul funzionamento del mercato del lavoro e del *welfare to work*.

Questi problemi di incompletezza contrattuale esistono in ambito sanitario ma divengono ancor più forti quando si tratti di prestazioni sociali o socio-sanitarie. Come si è visto, infatti, nonostante anche in questi due ambiti la copertura pubblica sia oggi potenzialmente onnicomprensiva ancorché quasi completamente assente (cfr. *Figura n. 1*), è qui che Regioni, Enti Locali, Comuni andranno per forza di cose maggiormente a differenziarsi quando si arriverà a declinare i livelli in maniera più dettagliata e circoscritta (l'universalismo selettivo), e per varie ragioni: sui Liveas e sui livelli essenziali socio-sanitari a prevalenza sociale le Regioni hanno competenza esclusiva ai fini della scelta delle modalità di organizzazione ed erogazione delle prestazioni⁴¹; inoltre, sugli stessi Liveas e livelli essenziali socio-sanitari a prevalenza sociale Province e Comuni sono direttamente impegnati nella gestione operativa, sulla quale sicuramente ognuno inciderà in maniera diversa; inoltre, le compartecipazioni sui Liveas dovrebbero derivare dal coordinamento tra la Regione e la Provincia o il Comune cui è assegnata la gestione operativa⁴², mentre per i livelli di assistenza socio-sanitaria a prevalenza sociale la scelta sullo schema di compartecipazione è direttamente attribuita al Comune⁴³. A questi aspetti, si deve aggiungere la constatazione che, nelle condizioni di incertezza e precarietà in cui ancora si trova la costruzione del federalismo, alcune Regioni si sono attivate autonomamente nell'introduzione e nel finanziamento di prestazioni sociali e socio-sanitarie, come, ad esempio, l'Emilia Romagna con il "Fondo Regionale per la Non Autosufficienza", ora come ora più capitalizzato del corrispondente fondo nazionale.

Di fronte ai problemi sinteticamente descritti, l'unico strumento organizzato di copertura privata complementare, in grado di garantire sufficiente flessibilità e adattabilità ai cambiamenti istituzionali e agli spostamenti della persona, è quello a capitalizzazione reale su conti individuali, integrato con polizze *Ltc* e per grandi rischi non coperti dall'universalismo selettivo pubblico.

³⁹ Chi partecipa alla mutualità si attende che, a fronte dei propri contributi (il proprio concorso alla mutualità), il valore atteso della copertura lungo tutta la vita risponda ad una logica di proporzionalità, che può non essere di natura strettamente attuariale come in contratto di assicurazione, ma che comunque deve mantenere la convenienza all'adesione.

⁴⁰ Anzi, le trasformazioni socio-economiche in corso vanno sempre più nella direzione di una maggiore mobilità nazionale ed internazionale.

⁴¹ Questo significa che, all'interno di macrocategorie costituenti il perimetro dei livelli essenziali su cui ha competenza esclusiva lo Stato, nelle singole realtà regionali le prestazioni potranno presentarsi in forma diversa, anche considerando che una medesima finalità welfarista è spesso perseguibile attraverso più strumenti, la cui ottimalità (di costo, di collegamento con gli altri istituti di *welfare*, etc.) può variare col contesto regionale/locale.

⁴² A questi livelli di governo/amministrazione c'è sempre da aggiungere lo Stato, perché in ogni caso la compartecipazione non dovrebbe eccedere soglie tali da compromettere la natura essenziale delle prestazioni.

⁴³ Una fonte di potenziale diversificazione anche all'interno della stessa Regione/Provincia.

Infatti, se la copertura delle spese cosiddette “non catastrofiche” è affidato ai frutti dell’accumulazione individuale, ogni iscritto può sempre portarsi dietro il suo conto personale, qualsivoglia contesto normativo-regolamentare valga per il pilastro pubblico. Si può, così, permettere non solo la mobilità sul territorio nazionale, ma lavorare anche alla costruzione di una base normativa-regolamentare europea per permettere la mobilità internazionale. Una tematica, quest’ultima, che si è già posta per i fondi pensione e sulla quale sono già state compiute alcune riflessioni in sede comunitaria⁴⁴. Sul fronte della copertura sanitaria, invece, il lavoro è ancora tutto da farsi, anche se proprio qui la mobilità assume sfumature forse anche più importanti che per le pensioni, visto che la possibilità di spostarsi di Città o di Regione o di Paese può significare anche possibilità di “votare con i piedi” (*à la Tibeout*) sulle modalità in cui lì sono organizzate e gestite le prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie.

Per quanto riguarda le spese “catastrofiche” non coperte dall’universalismo selettivo, ivi incluse quelle per *Ltc*, se la copertura è organizzata nella forma di assicurazione (collettiva⁴⁵), si potrebbero esplorare le due seguenti soluzioni:

- Se i premi corrisposti ogni anno sono intesi tutelare dal rischio in quell’anno, nell’eventualità l’aderente dovesse spostarsi o all’interno del territorio nazionale o verso altri Paesi, oppure nell’eventualità si verificassero cambiamenti di carattere istituzionale (revisione dei livelli essenziali, degli schemi di *copay*, etc.), si potrebbe convenire l’opzione di risoluzione del contratto assicurativo, per una sua riformulazione (con lo stesso o con altro *provider*) alla luce delle nuove condizioni. La copertura procederebbe anno per anno, è vero, con il risultato che il profilo dei premi richiesti diverrebbe crescente nel tempo di pari passo con l’aumento delle probabilità di incorrere in eventi sanitari avversi o inabilitanti/invalidanti. Tuttavia, si tratterebbe di un *remix* del profilo di contribuzione lungo il corso della vita, che per altri versi avrebbe aspetti positivi: i premi sarebbero più contenuti nelle fasi iniziali della carriera lavorativa, quando non solo i redditi da lavoro sono anch’essi più contenuti ma anche quando è più conveniente alimentare l’accumulazione in capitalizzazione composta sui conti individuali; poi gli stessi premi diverrebbero più alti negli anni a ridosso del pensionamento, ma per allora il montante formato sui conti individuali sarà più pronto a sopportarli⁴⁶.
- In alternativa, l’assicurazione potrebbe prevedere sempre la copertura finanziaria delle prestazioni come se queste non ricadessero nei livelli essenziali (e quindi sganciandosi completamente dalle fattispecie del pilastro pubblico), partendo dal presupposto che, per fornire ai meno abbienti prestazioni adeguate soprattutto di *Ltc*, l’universalismo inevitabilmente dovrà divenire molto selettivo sia sul reddito che sul patrimonio⁴⁷. Questa soluzione eliminerebbe alla radice i problemi di incompletezza

⁴⁴ Cfr. Commissione Europea (1997), “*Supplementary pensions in the single market – A Green Paper*”, COM(97)283, http://europa.eu/documents/comm/green_papers/pdf/com-1997-283_en.pdf.

⁴⁵ Ma anche in forma di assicurazione individuale collegata al piano di accumulazione. La copertura collettiva ha quelle proprietà positive che si sono meglio descritte in “*Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: Tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare*” (cit.), ma nulla impedisce che si possa lasciare libertà di scelta se aderire a soluzioni collettive o individuali.

⁴⁶ Questa soluzione di copertura *year-by-year* non necessariamente impedirebbe il ricorso allo strumento assicurativo collettivo. Il collettivo potrebbe essere rappresentato da tutti gli aderenti nella medesima fascia di età.

⁴⁷ Non si trascuri che, quando si discute della creazione di istituti di supporto per gli anziani (70+, 80+) privi (ormai definitivamente) di mezzi anche se autosufficienti, in realtà si sta parlando di qualcosa che ha alcune similarità con l’erogazione di rendita per far fronte alle esigenze di *Ltc*. Si tratta, in entrambi i casi di una rendita: la prima commisurata al livello di reddito necessario per consentire una vita dignitosa a quell’età (*defined benefit*); la seconda commisurata ai costi dell’assistenza continuativa a seconda delle esigenze del singola persona (*defined benefit* anche qui). Questo per dire che, senza una adeguata selettività dell’intervento pubblico, è forte il rischio che i livelli essenziali di varie prestazioni finiscano per contendersi risorse tra di loro, depotenziandosi a vicenda.

contrattuale e di adeguamento della copertura privata alle modifiche della copertura pubblica.

Tutti snodi difficili, sia sul piano tecnico che sul piano della loro metabolizzazione politica e sociale; ma sui quali il dibattito deve cercare di strutturarsi il prima possibile per arrivare a proporre soluzioni complete, organiche e pronte a reggere l'impatto della forte crescita della domanda e della spesa di cure e assistenza alla persona che si verificherà nei prossimi anni. In particolare, i problemi di definizione contrattuale sollevati in questo paragrafo non devono apparire come una critica *tout court* alla scelta della complementarità pubblico-privato, in cui il primo presidi i livelli essenziali universali e selettivi, mentre il secondo esaurisca la copertura sugli *extra* e sulle compartecipazioni. Questa complementarità non può svilupparsi e mantenersi da sola (solo, per esempio, riconoscendo agevolazioni fiscali); essa va costruita anche attraverso la ricerca del disegno migliore per le caratteristiche e il funzionamento del pilastro privato. Senza uno strumento privato che sappia bilanciare il ricorso al finanziamento a ripartizione da parte del pubblico, che sappia facilmente adattarsi ai cambiamenti istituzionali e normativo-regolamentari del pubblico, e alla possibile mobilità del cittadino tra Comuni, Regioni, Paesi, la prospettiva di complementarità rischia di rimanere sempre instabile, con zone grigie, con necessità di aggiustamenti contrattuali *ex-post*, oltre che senza basi solide per la sostenibilità finanziaria.

6. Conclusioni e sintesi delle linee per la *policy*

L'Italia non è ancora pronta per un sistema *multipillar*, pubblico-privato, del finanziamento della sanità e dell'assistenza alla persona. E questo, nonostante le proiezioni di spesa (Ecofin, Ocse, Fmi) indichino che è necessario adottare una prospettiva di universalismo selettivo supportato da schemi di compartecipazione ai costi, e ribilanciare il finanziamento a ripartizione (il *pay-as-you-go del*) affiancandogli un canale di finanziamento a capitalizzazione reale (i termini di quest'ultimo problema sono, sia a livello micro che a livello macro, sostanzialmente gli stessi coinvolgenti il finanziamento delle pensioni)⁴⁸.

Ad oggi, la copertura pubblica è formalmente onnicomprensiva, sia per le prestazioni sanitarie che sociali e socio-sanitarie; salvo poi riscontarsi anche profonde contraddizioni, diverse da Ragione a Regione, da Comune a Comune, rispetto alle prestazioni cui realmente il cittadino ha accesso. In particolare, persino sulla voce più critica, quella della *Ltc*, il pilastro pubblico, pur non riuscendo ad assicurare copertura minima sufficiente, mantiene una riserva di operatività ampia e dispersa tra competenze dello Stato, delle Regioni e degli Enti Locali. Un pubblico che promette e non riesce a tradurre in prestazioni effettive (per ragioni connesse alle risorse sempre più ingenti che dovrebbero essere dedicate a queste finalità), non solo lascia scoperte aree fondamentali della rete di *welfare*, ma sottrae anche spazio operativo allo sviluppo della copertura privata organizzata.

Il primo passaggio verso il *multipillar* non può non essere una definizione più circostanziata dei livelli essenziali delle prestazioni al cui finanziamento provvedere con risorse pubbliche; una definizione che non sfugga alla necessità di tener conto delle risorse disponibili e del vincolo di bilancio pubblico. Qui il tema del *multipillar* incrocia quello della trasformazione in senso federalista delle Istituzioni di governo e amministrazione e del finanziamento della spesa pubblica. Per capire quanto questo incrocio sia nevralgico, basta scorrere in sequenza: la Legge n. 328 del 2000 riguardante i livelli essenziali delle prestazioni sociali (e connesse potestà legislative e responsabilità di finanziamento e gestione operativa); il Dpcm del 14 Febbraio 2001 riguardante i livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie (con distinzione dei quelle a prevalenza sociale e quelle a prevalenza sanitaria, e corrispondenti attribuzioni di potestà e responsabilità); il Dpcm del 29 Novembre 2001 riguardante i livelli essenziali dell'assistenza sanitaria.

A distanza di anni, e con in mezzo una riforma della Costituzione, il finanziamento di tutti i livelli essenziali non è ancora approdato ad un assetto consolidato: ormai tutto rientra nel ridisegno della fiscalità federalista, affidato alla decretazione delegata dalla recente Legge n. 42/2009 (con tutte le criticità connesse, a cominciare dal definizione stessa dei costi *standard* e del fabbisogno *standard* di prestazioni essenziali).

Ma astraendo da queste questioni di assetto generale, istituzionale, politico e socio-economico, e concentrandosi sugli aspetti riguardanti in maniera specifica il finanziamento *multipillar*, restano almeno due punti nevralgici irrisolti e sui quali, oltretutto, il dibattito non

⁴⁸ Sul punto, e sull'ottimalità di un finanziamento misto di ripartizione e accumulazione reale supportata da agevolazioni fiscali, cfr. Pammolli F. e N. C. Salerno (2008), "Il sistema pensionistico: quale riforma?", sta in Guerzoni L. (a cura di), "La riforma del welfare – Dieci anni dopo la Commissione 'Onofri'", capitolo di Pammolli-Salerno e descrizione del volume disponibili su http://www.cermlab.it/la_riforma_del_welfare.php. Cfr. anche Salerno N. C. (2010), "Ripartizione-assicurazione-capitalizzazione: quale mix per finanziare la sanità di domani?", disponibile su [www.crusoe.it](http://www.crusoe.it/autori/nicola-salerno/393/) (<http://www.crusoe.it/autori/nicola-salerno/393/>). n

sembra neppure sufficientemente approfondito e maturo anche all'indomani del decreto "Turco" e del decreto "Sacconi": l'assetto delle agevolazioni fiscali con connessa *tax-expenditure* per l'Erario, e il funzionamento dello strumento di copertura privata. Li si ripercorre in sintesi.

La fiscalità agevolata

Per quanto riguarda le agevolazioni fiscali, l'attuale normativa è il risultato di affastellamenti di interventi e aggiustamenti non più rispondenti ad una *ratio* unitaria. Si sente l'esigenza di una razionalizzazione che parta dalla ragioni alla base del riconoscimento dell'agevolazione: da un lato la capacità incentivante sotto il vincolo di bilancio pubblico; dall'altro la destinazione della *tax-expenditure*, e quindi le funzioni che lo strumento che le riceve è in grado di svolgere.

Le argomentazioni svolte nel Quaderno conducono a suggerire uno schema incentivante con le seguenti caratteristiche:

- basato sulla detrazione fiscale, maggiormente in grado (rispetto alla deducibilità) di incentivare l'adesione delle platee dei lavoratori dipendenti e dei percettori di redditi medio-bassi⁴⁹;
- organizzato in maniera tale che alle categorie meritorie di *spesa out-of-pocket* corrispondano soglie (percentuali e assolute) di detraibilità, differenziate a seconda dell'importanza assegnata alla singola categoria, e che la somma delle soglie di detraibilità riconosciute su un gruppo di categorie di spesa corrisponda alla soglia di detraibilità valida per i contributi/premi a strumenti di copertura organizzata (fondi, sms, assicurazioni) riguardanti lo stesso gruppo di categorie di spesa (quella che si è chiamata una struttura a "piramide");
- omogeneo per tutti gli strumenti di copertura organizzata;
- eventualmente, per favorire lo sviluppo iniziale, con un maggior favore fiscale per le coperture collettive organizzate (fondi e sms) rispetto a quelle individuali (le assicurazioni individuali), in virtù delle loro caratteristiche (standardizzazione, capacità di ottimizzare i costi, facilità di collegamento con polizze assicurative collettive per rischi specifici, etc.) che le predispongono a rivolgersi alle platee più ampie dei redditi medio-bassi e a tutto il comparto del lavoro dipendente⁵⁰.

In questo modo l'agevolazione sarebbe sempre calibrata sulla/e finalità meritoria/e e organizzata secondo le schema della detraibilità (o di somme di soglie di detraibilità), ma non ci sarebbe distinzione fiscale tra spesa *out-of-pocket* per finanziare le prestazioni e contributi/premi (sempre *out-of-pocket*) a strumenti di copertura organizzati. Emergerebbero le diverse proprietà reali dei due finanziamenti della spesa perché, da un lato, al di là dell'ammontare detraibile, la spesa rimarrebbe a carico dei redditi anno per anno nelle disponibilità del privato cittadino, mentre, dall'altro, a fronte dei contributi/premi, le esigenze sarebbero fronteggiate con copertura preventivata e programmata. Su una base fiscale comune, emergerebbero, inoltre, le diverse potenzialità dei vari strumenti di copertura organizzata, che, soprattutto nel medio-lungo periodo, non hanno tutti in egual misura le capacità necessarie per fronteggiare la forte dinamica cui va incontro la spesa per sanità e assistenza alla persona.

⁴⁹ È una delle *policy guideline* suggerite dall'Ocse per gli schemi incentivanti le coperture private complementari di pensioni e sanità.

⁵⁰ Non appare, invece, giustificabile, né per ragioni economiche né per ragioni *welfariste*, un favore specifico per le società di mutuo soccorso (sms), in virtù dei loro storici compiti assistenziali e coesivi. Nella misura in cui il modello delle sms si dimostrerà valido anche in futuro, esso potrà beneficiare del favore fiscale rivolto agli strumenti collettivi e, se effettivamente saprà offrire tutele maggiori ai redditi medio-bassi, lo schema della detraibilità fiscale indurrà le fasce più basse di reddito a preferirlo.

Lungo le direttrici proposte, la riorganizzazione della fiscalità della copertura complementare si dovrebbe saldare con una esigenza, ormai evidente, di una *spending review* di tutte le agevolazioni fiscali per finalità sanitarie e di assistenza alla persona oggi presenti nel Testo Unico delle Imposte sui Redditi (Tuir). Anche ad una rapida rassegna, il Tuir appare contenente trattamenti agevolati frutto di sedimentazione storica e di interventi, anche recenti, sconnessi tra loro, miranti a rispondere di volta in volta ad urgenze specifiche ma senza quella visione di insieme che adesso appare più che mai la prospettiva più corretta e non più procrastinabile. E si tratta, a dire il vero, di una esigenza che va al di là della sanità e dell'assistenza alla persona, che pure rientrano tra i capitoli più importanti.

Il funzionamento della copertura complementare

Per quanto riguarda, invece, il funzionamento della copertura privata, ad oggi in Italia manca all'appello (nel senso che non è previsto dall'attuale normativa) proprio lo strumento più adatto a complementarsi con il pilastro pubblico, da un lato ribilanciando il finanziamento a ripartizione con iniezioni di accumulazione reale e, dall'altro, organizzando al meglio la copertura assicurativa delle spese per l'assistenza alla persona in caso di inabilità/invalidità. Fondi sanitari funzionanti ad accumulazione reale su conti individuali, e collegati a polizze assicurative collettive per la *Ltc*, porterebbero con loro numerose proprietà positive:

- concorrerebbero a ribilanciare l'eccesso di ripartizione su cui oggi si fonda il finanziamento delle prestazioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie (pensioni incluse);
- manterrebbero forti gli stimoli al corretto ricorso alle terapie e ai farmaci, dal momento che i costi degli *extra* Lea e i *copay* dei Lea sarebbero stornati dal conto di accumulazione del singolo aderente;
- circoscriverebbero la copertura di natura assicurativa alle prestazioni che non possono farne a meno, riducendo al minimo gli effetti negativi cui anche le coperture assicurative private saranno esposte di fronte alla forte e continua dinamica di spesa attesa nei prossimi anni (al di là della base delle riserve matematiche che ogni assicurazione mantiene, il *pooling* assicurativo riproduce in ambito privatistico quello che la ripartizione sugli attivi compie per il finanziamento del pilastro pubblico);
- permetterebbero di estendere l'operatività dei fondi anche al di là degli *extra* livelli essenziali, perché ogni anno sarebbe inequivocabilmente definito quale ammontare di risorse, avendo goduto dell'agevolazione fiscale, deve rispettare il vincolo di destinazione alle prestazioni *extra* e quale, invece, può essere dedicato a finanziare prestazioni liberamente concordate con l'iscritto al momento del contratto di adesione;
- sarebbero compatibili con quei cambiamenti della relazione di complementarietà tra pubblico e privato (soprattutto nel gruppo delle prestazioni sociali e socio-sanitarie) che potrebbero derivare da variazioni di *policy*, mutamenti istituzionali, diversificazione dell'offerta sul territorio, mobilità degli aderenti all'interno del Paese con conseguente cambio di residenza, o addirittura mobilità internazionale degli aderenti; sarebbe la soluzione più adatta a permettere la portabilità della copertura privata;
- tramite la distinzione tra montante in accumulazione per far fronte alle spese non di tipo *Ltc* e copertura assicurativa per far fronte a quelle di tipo *Ltc*, permetterebbero di stabilire che la copertura assicurativa di queste ultime debba avvenire come se queste non ricadessero nei livelli essenziali (e quindi sganciandosi completamente dalle fattispecie del pilastro pubblico), partendo dal presupposto che, per fornire ai meno abbienti prestazioni adeguate per non autosufficienza, l'universalismo inevitabilmente dovrà divenire molto selettivo sia sul reddito che sul patrimonio;

- permetterebbero di far convergere su medesimi soggetti - i fondi di *welfare* - la duplice funzione di gestire i contributi degli iscritti sui mercati sia per preparare la pensione complementare, sia per predisporre le risorse per fronteggiare le spese sanitarie, e per pagare i premi delle coperture assicurative di tipo *Ltc* (soprattutto inabilità/invalidità acquisite, ma anche degenze *post* operatorie lunghe).

In aggiunta ai precedenti punti, se si realizzassero i fondi *welfare*, la loro operatività potrebbe essere estesa ai Lea anche per un'altra ragione. La copertura delle spese avverrebbe sempre tramite risorse stornate dall'accumulazione reale sui conti individuali; stornate, cioè, dalla creazione della rendita pensionistica che è obiettivo che già gode (in capo ai fondi pensione) di agevolazioni fiscali. Non si creerebbe il paradosso - che il Legislatore ha giustamente voluto evitare - di agevolazioni fiscali che incentivano *tout court* la copertura di prestazioni che dovrebbero essere universali e selettive e fornite dal Ssn. Allargare il campo operativo dei fondi permetterebbe economie di scala e di scopo. Ne deriverebbero vantaggi anche per il Ssn, sgravato da quote di domanda e affiancato da *provider* terzi (su cui i fondi potrebbero incanalare la domanda) rispetto ai quali sostenere il confronto. Sotto il vincolo politico di non diminuire, ma anzi di continuare a rafforzare, l'impegno di risorse per il Ssn e la rete delle prestazioni sociali e socio-sanitarie pubbliche, la diversificazione del finanziamento aprirebbe possibilità nuove per perseguire l'adequatezza e la qualità delle prestazioni fornite dalle strutture del Ssn e di tutte quelle finanziate dal pubblico.

Tutti snodi difficili, sia sul piano tecnico che sul piano della loro metabolizzazione politica e sociale; ma sui quali il dibattito deve cercare di strutturarsi il prima possibile per arrivare a proporre soluzioni complete, organiche e pronte a reggere l'impatto della forte crescita della domanda e della spesa di cura e assistenza alla persona che si verificherà nei prossimi anni. Appare essenziale che, senza necessariamente mandare ad esaurimento gli altri strumenti di copertura privata organizzata, si dia presto la possibilità di dimostrare le proprie caratteristiche ottimali ad uno strumento nuovo come il fondo ad accumulazione su conti individuali collegato con le coperture assicurative per la *Ltc*. Già nel giro di qualche anno, quando le esigenze di spesa avranno realizzato quella dinamica descritta nelle proiezioni Ecofin/Ocse/Fmi, e la *governance* federalista avrà definitivamente incorporata l'insostenibilità di livelli essenziali onnicomprensivi e integralmente gratuiti, le diverse predisposizioni e la diversa versatilità dei vari strumenti di copertura privata cominceranno ad emergere con chiarezza.

L'individuazione delle caratteristiche e del funzionamento migliore del pilastro privato è un passaggio necessario per costruire un sistema di finanziamento integrato ed esaustivo, in cui il pubblico fornisca le risorse per i livelli essenziali e sia garante dell'universalismo selettivo, mentre il privato esaurisca la copertura sugli *extra* e sulle partecipazioni. Infatti, questa complementarietà non può svilupparsi e mantenersi da sola (solo, per esempio, riconoscendo agevolazioni fiscali), ma va ricercata. Senza uno strumento privato che sappia bilanciare il ricorso al finanziamento a ripartizione da parte del pubblico, che sappia facilmente adattarsi ai cambiamenti istituzionali e normativo-regolamentari del pubblico, e alla possibile mobilità del cittadino tra Comuni, Regioni, Paesi, la prospettiva di complementarietà rischia di rimanere sempre instabile, con zone grigie, con necessità di aggiustamenti contrattuali *ex-post*, oltre che senza basi solide per la sostenibilità finanziaria.

Giugno 2010

CERM - *Competitività, Regolazione, Mercati*
Via G. Poli n. 29
00187 ROMA, Italy
Tel.: 06 - 69.19.09.42
Fax: 06 - 69.78.87.75
www.cermlab.it
cermlab@cermlab.it

Competitività
Regolazione
Mercati

CERM