

RAPPORTO SULLO STATO SOCIALE 2019 (pag. 402 a 418)

Prof. Pizzuti, facoltà di Economia Univ. La Sapienza

3.12 Le agevolazioni fiscali ai fondi sanitari e alle spese sanitarie private: problemi di equità e di efficienza

3.12.1 Introduzione

L'assicurazione di malattia in Italia ha inizio nella metà del XIX secolo con le società di mutuo soccorso la cui costituzione trae origine dalla diffusione tra i lavoratori di forme embrionali di sindacalismo volte prevalentemente a ottenere migliori condizioni di lavoro e a proteggere il lavoratore contro gli eventi che incidono sulla sua capacità lavorativa. Le società mutualistiche, a carattere aziendale o di categoria, tendono a favorire la solidarietà all'interno di singoli, specifici gruppi di lavoratori, attraverso forme di tutela frammentate e differenziate. La loro evoluzione, lungo il secolo XX, si realizza faticosamente attraverso una graduale estensione della protezione ai familiari dei lavoratori, ai principali rischi di malattia (e non solo a quelli che incidono sulla capacità lavorativa), ai pensionati (e non solo agli attivi). A metà degli anni Settanta, prima dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la situazione è ancora caratterizzata da una molteplicità di enti mutualistici (oltre 12.000 enti territoriali e funzionali), una pluralità di gestioni (principali e speciali), una varietà di meccanismi di finanziamento (solo contributivo o anche a carico della fiscalità generale), una difformità di oneri contributivi (per lo più commisurati al salario), una eterogeneità nel grado di protezione (solo alcune forme di assistenza) e una diversa estensione della platea dei beneficiari (iscritti principali o anche familiari). Un sistema che, sotto il peso di continui disavanzi ripianati a carico del Bilancio dello Stato, viene profondamente superato con la legge 833/1978 che istituisce un servizio nazionale: un servizio universale nelle tutele, globale nell'offerta di prestazioni e solidale nel finanziamento. A 40 anni dalla sua istituzione, il SSN del nostro Paese è ancora considerato uno dei sistemi meno costosi, più efficaci e più equi al mondo, ma è sottoposto a continui attacchi in particolare da parte del settore dell'intermediazione finanziario-assicurativa, alla continua ricerca di mercati profittevoli. A ciò si aggiungano le restrizioni imposte dai governi centrali e regionali che hanno comportato tagli alla spesa che sono andati oltre la necessaria riduzione delle inefficienze e il doveroso contributo al risanamento delle finanze pubbliche. E così il nostro sistema di tutela della salute rischia di ritornare alle mutue, ovvero alla protezione legata alla condizione lavorativa, attraverso lo sviluppo di una molteplicità di fondi sanitari che si aggiungono al SSN, ne snaturano lentamente il ruolo e producono effetti distributivi e allocativi che non sono destinati a migliorare il benessere della collettività¹⁷⁶.

Il presente contributo analizza il ruolo di due importanti strumenti attraverso i quali i consumatori e i lavoratori integrano i trattamenti sanitari erogati dal SSN: la spesa privata e i fondi sanitari.

3.12.2 Le tre opzioni

In base alla legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, l. 833/1978, i cittadini sono liberi di integrare le prestazioni offerte dal settore pubblico (a fronte di una copertura universale e globale, finanziata con la fiscalità generale) attraverso il ricorso al mercato privato delle prestazioni sanitarie o ad altre forme di protezione.

Coloro che intendono usufruire delle prestazioni offerte dal mercato privato, ovvero non a carico del Servizio Sanitario Nazionale, possono seguire una delle seguenti possibilità:

- 1) assumere in proprio il rischio di spesa e sopportare direttamente, al verificarsi dell'evento, l'onere di un esborso monetario pari al prezzo della prestazione;
- 2) trasferire il rischio a una compagnia di assicurazione sottoscrivendo, dietro pagamento di un premio, una polizza malattia;
- 3) partecipare a un fondo (o piano) sanitario, di norma stipulato dal datore di lavoro a favore dei propri dipendenti, in conformità a contratti collettivi e/o accordi aziendali.

Nel 2016, la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie (prima opzione) ammonta a circa 34 miliardi di Euro. I premi riscossi dalle assicurazioni del ramo malattia (seconda opzione) sono circa 2,5 miliardi, di cui tre quarti per polizze collettive e un quarto per polizze individuali. I fondi sanitari (terza opzione) utilizzano risorse non rilevate sistematicamente ma che si stima possano superare i 2,5 miliardi di Euro. L'acquisto sul mercato privato delle prestazioni sanitarie è quindi la soluzione di gran lunga più utilizzata dagli italiani. Come si avrà modo di argomentare, salvo casi particolari, tale decisione può essere considerata fondamentalmente razionale nel contesto attuale.

¹⁷⁶ Cfr. Dirindin 2018.

Infatti, in presenza di un Servizio Sanitario Nazionale che – pur con crescenti difficoltà – garantisce una copertura universale e globale, le polizze malattia e i fondi sanitari sono soluzioni piuttosto onerose: presentano costi di gestione molto elevati, hanno un rapporto rimborsi/premi piuttosto sfavorevole e comportano la rinuncia al sussidio fiscale del 19% previsto solo per le spese mediche che restano a carico del contribuente (salvo eccezioni, di cui in seguito). Le agevolazioni fiscali riconosciute ai fondi sanitari sono spesso presentate come guadagni rilevanti per i lavoratori che vi aderiscono, ma altri elementi – non sempre chiari e spesso sottaciuti – mettono in discussione la superiorità della partecipazione a un fondo.

Gli effetti redistributivi e allocativi prodotti dalle tre diverse opzioni differiscono in relazione al diverso trattamento fiscale riservato a ciascuna di esse.

Il ricorso al mercato privato (prima opzione) è disciplinato nell'ambito dell'istituto degli oneri detraibili. Le spese regolarmente evidenziate nella dichiarazione dei redditi beneficiano di una detrazione d'imposta pari al 19% per la parte della spesa che supera la franchigia di 129,11 Euro¹⁷⁷. È utile precisare che si tratta di spese per prestazioni prodotte dal settore privato al di fuori dei contratti di fornitura sottoscritti con le strutture accreditate con il SSN¹⁷⁸. I premi per le assicurazioni individuali di malattia (seconda opzione) non godono di agevolazioni fiscali; si considerano invece detraibili le spese sostenute dal contribuente ancorché rimborsate dall'assicuratore, a condizione che il premio pagato non benefici, per altra via, di alcun trattamento fiscale agevolato¹⁷⁹. Quanto alla partecipazione a fondi sanitari (terza opzione), i contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore sono esclusi (in quanto deducibili dal reddito complessivo o dai redditi che concorrono a formarlo) dall'imponibile a fini fiscali e dall'imponibile a fini contributivi entro il limite di 3.615,20 Euro¹⁸⁰.

Agevolazioni più ampie sono riconosciute, dal 2017, ai premi di produttività dei dipendenti del settore privato: i lavoratori dipendenti possono convertire, in tutto o in parte, il premio in *benefit* aziendali totalmente detassati¹⁸¹. Le agevolazioni fiscali riconosciute alle tre diverse opzioni producono effetti relativamente poco noti. Alcune considerazioni possono essere formulate sulla base dell'esperienza internazionale, in particolare statunitense, e delle evidenze disponibili per il nostro Paese¹⁸². Di seguito si considerano le diverse possibilità.

3.12.3 Le spese sanitarie private

Nella teoria economica, gli sgravi fiscali a favore delle spese sanitarie private trovano giustificazione innanzi tutto in motivi di equità orizzontale: a parità di reddito, ingenti spese aleatorie per il recupero dello stato di salute riducono la capacità contributiva dell'individuo e limitano l'insieme delle possibilità allocative del reddito. Le spese sanitarie presentano inoltre le caratteristiche di spese necessarie, in gran parte imprevedibili, estremamente variabili fra individui e in grado di produrre rilevanti benefici esterni. In linea di massima i sistemi fiscali limitano la deducibilità ad alcune tipologie di spesa (cercando di distinguere fra quelle essenziali e quelle superflue) e agli esborsi di maggiore importo (in quanto capaci di incidere sulla capacità contributiva del cittadino). Tali argomentazioni valgono ovviamente per i sistemi che non dispongono di un Servizio Sanitario Nazionale. In presenza di un sistema di protezione che provvede all'erogazione di livelli di assistenza a tutti i cittadini e a carico della collettività, il ricorso al mercato privato da parte di alcuni contribuenti non può che rispondere – salvo specifici casi, di cui in seguito – a bisogni che eccedono gli *standard* garantiti dall'intervento pubblico; le relative spese non paiono quindi meritevoli di attenzione dal punto di vista fiscale.

¹⁷⁷ La normativa fiscale prevede un'ampia varietà di trattamenti agevolati: con o senza franchigia (ad esempio, le spese per dispositivi medici e informatici per persone con disabilità sono detraibili per l'intero ammontare), con o senza limite massimo di spesa (ad esempio, le spese veterinarie per la cura di animali da compagnia hanno un tetto massimo di 387,34 Euro), con o senza limiti di reddito (ad esempio le spese per addetti all'assistenza personale sostenute per persone non autosufficienti sono detraibili solo se il reddito del contribuente non supera i 40.000 Euro), per spese rimborsate o meno (ad esempio, sono detraibili le spese rimborsate da assicurazioni il cui premio non gode di agevolazioni fiscali), rateizzabili o meno (alcune detrazioni possono essere ripartite in quattro quote annuali), ecc. In questa sede si considera la detrazione di gran lunga più diffusa, ovvero quella senza limiti di spesa e senza limiti di reddito, soggetta a franchigia e detraibile al 19%.

¹⁷⁸ Sono tuttavia detraibili anche i *ticket* e le spese per la libera professione *intramoenia*, per la quota che resta a carico del cittadino. In questa sede si prescinde da tale casistica.

¹⁷⁹ Si tratta di un caso piuttosto raro (disciplinato dal DPR 917/1986, art. 10, comma 1, lettera b), potenzialmente in grado di produrre rilevanti distorsioni nelle scelte del consumatore (in relazione alla possibilità di cumulo del rimborso assicurativo e di quello fiscale) ma contenuto dalle condizioni di rimborsabilità previste dalle polizze malattia.

¹⁸⁰ Il trattamento fiscale è disciplinato dall'articolo 10, comma 1, lettera e-ter) e dall'art.51, c. 2, lettera a) del DPR 917/1986.

¹⁸¹ La deduzione dal reddito spetta: 1) entro il limite di spesa di 3.000 Euro (4.000 Euro nel caso di lavoratori dipendenti coinvolti in maniera paritetica nell'organizzazione del lavoro); 2) entro il limite di reddito da lavoro dipendente pari a 80.000 Euro (oltre gli 80.000 Euro per redditi non da lavoro dipendente). Per questa via i contributi versati ai fondi sanitari privati, anche se eccedenti il limite di 3.615,20 Euro, non concorrono alla formazione del reddito da lavoro dipendente fino al limite massimo di 7.615,20.

¹⁸² Le diverse tipologie di agevolazioni devono essere analizzate congiuntamente: i trattamenti previsti per alcune opzioni possono infatti accentuare o, alternativamente, attenuare gli effetti prodotti da altri.

Nel sistema fiscale italiano le agevolazioni alle spese private risalgono a prima dell'istituzione del SSN, quando la protezione sanitaria non era universale. Dopo la legge 833/1978 le agevolazioni sono state mantenute, nonostante molte di esse non avessero più ragione di esistere¹⁸³. Negli anni Novanta il legislatore è intervenuto solo per rendere meno regressivo il risparmio di imposta, introducendo una deduzione fissa, al posto di quella individuale crescente al crescere del reddito del singolo contribuente.

Attualmente, la deduzione è al 19%, indipendentemente dal reddito complessivo; come si vedrà, l'agevolazione continua tuttavia a produrre effetti a favore delle classi più abbienti. Dal punto di vista allocativo, le agevolazioni fiscali alle spese sanitarie private (cosiddette *out of pocket*) producono un ampliamento della domanda di prestazioni sanitarie (per effetto della variazione dei prezzi relativi), una modificazione della stessa a favore del settore privato (in alternativa a quello pubblico) e un aumento dei livelli di specializzazione e di sofisticazione (tecnologica o del *comfort*) del mercato. Favoriscono inoltre, in un contesto di impoverimento dell'offerta del SSN e di *ticket* molto elevati per alcune tipologie di prestazioni¹⁸⁴, il ricorso al mercato privato (in alternativa alla sanità pubblica) come prima scelta dei cittadini, per lo meno da parte di coloro che dispongono di adeguate disponibilità a pagare. Più in generale, il risparmio di imposta, offrendo l'opportunità di consumi sanitari parzialmente detassati in alternativa a spese interamente tassate, discrimina a danno delle azioni di promozione della salute (legate ad esempio all'attività fisica, la cui efficacia in termini di riduzione del consumo di farmaci è ormai ampiamente dimostrata per alcune importanti patologie). Nel medio periodo le agevolazioni fiscali producono quindi un aumento della spesa sanitaria complessiva, pubblica e privata. Dal punto di vista delle finanze pubbliche, il sussidio fiscale costituisce una forma di spesa sanitaria pubblica occulta, finanziata mediante la rinuncia dello Stato a una parte del gettito fiscale. Tale spesa fiscale (*tax expenditure*) appare difficilmente giustificabile in presenza di un Servizio Sanitario Nazionale, universale e globale, che dovrebbe garantire una adeguata assistenza a tutte le persone in condizione di bisogno¹⁸⁵. In linea di principio infatti, i trattamenti efficaci e appropriati dovrebbero essere assicurati dal SSN, mentre quelli non efficaci e non appropriati dovrebbero essere esclusi sia dai Livelli Essenziali di Assistenza erogati dal settore pubblico (LEA), sia dalle spese agevolate fiscalmente. Sono invece meritevoli di sussidio fiscale le prestazioni, efficaci e appropriate, eventualmente non ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, come ad esempio alcune cure odontoiatriche.

Quanto al presunto risparmio del SSN per i servizi non richiesti al settore pubblico (in caso di ricorso al settore privato), gli effetti vanno considerati con riguardo allo specifico contesto. Nel breve periodo e in presenza di una reale saturazione della capacità produttiva del settore pubblico, il sussidio fiscale è sicuramente inferiore al costo dell'ampliamento della capacità produttiva (che il SSN dovrebbe comunque prevedere, nel rispetto del principio della globalità dell'offerta). Analoghe considerazioni valgono per le prestazioni eventualmente non ricomprese nei LEA (alcune cure dentistiche) il cui inserimento comporterebbe un incremento della spesa pubblica superiore al mancato gettito connesso alla agevolazione fiscale (a fronte peraltro di una maggiore uniformità nelle garanzie, soprattutto a beneficio dei meno abbienti). In presenza di un sotto utilizzo della capacità produttiva del SSN, invece, il sussidio fiscale si aggiunge ai costi del sistema (comunque sostenuti) e favorisce il mantenimento di un'offerta pubblica inadeguata, non coerente con gli obiettivi di politica sanitaria alla base del SSN.

Sempre dal punto di vista della finanza pubblica, non va infine trascurato il fatto che le agevolazioni fiscali contribuiscono alla lotta all'evasione fiscale in un settore caratterizzato da una elevata soggezione psicologica del paziente nei confronti del professionista che eroga la prestazione (soprattutto per chi ha meno risorse economiche e culturali) e da una diffusa tendenza alla collusione fra le parti (esiste infatti una fascia di prezzi netti che rende conveniente ad entrambe le parti la mancata emissione della fattura). Questa è probabilmente la principale ragione che giustifica il mantenimento di gran parte delle agevolazioni.

Il sussidio fiscale produce inoltre in modo indiretto rilevanti conseguenze sull'evoluzione del sistema sanitario pubblico. La diffusione del ricorso da parte dei ceti medio-alti alle prestazioni private amplia progressivamente il divario qualitativo (tecnico e/o alberghiero) e quantitativo (per il diverso approccio all'appropriatezza dei servizi offerti) fra settore pubblico e settore privato, perlomeno così come percepito dal paziente. In presenza di forti difficoltà del settore pubblico a colmare (ove necessario) o a motivare (ove nell'interesse della persona) tali differenze, si diffonde fra i cittadini l'insoddisfazione nei confronti del settore pubblico e si amplia la domanda di forme alternative di protezione. Il ricorso al privato è tuttavia solo in parte determinato dalle agevolazioni fiscali. Nel nostro Paese esso è riconducibile sostanzialmente a tre fattori: l'incompletezza delle garanzie pubbliche (le prestazioni escluse dai LEA); i tempi e le modalità di accesso ad alcune tipologie di servizi (compreso i *ticket*, in alcuni casi paradossalmente disciplinati in modo da penalizzare il pubblico, come nel caso del *superticket*);

¹⁸³ Il massimo di incoerenza è osservabile nel trattamento riservato ai *ticket* ai quali è riconosciuto il sussidio fiscale alla stessa stregua delle altre spese: in tal modo, il ruolo di contenimento del *moral hazard* proprio dei *ticket* risulta depotenziato.

¹⁸⁴ L'entrata in vigore del cd *superticket* (D.L. 98/2011) ha prodotto l'effetto di rendere in alcuni casi più costoso il ricorso alla sanità pubblica rispetto all'acquisto sul mercato privato delle prestazioni.

¹⁸⁵ Le agevolazioni fiscali risalgono infatti a prima dell'istituzione del SSN, quando la protezione sanitaria non era universale. Dopo la legge 833/1978 sono state mantenute invariate e spesso estese; solo negli anni Novanta sono state rese meno regressive (introducendo una deduzione fissa, al posto di quella propria di ciascun contribuente).

le preferenze dei consumatori – di quelli con adeguate disponibilità a pagare – a favore di prestazioni con elevate componenti di *comfort* ed erogate da specifici professionisti ¹⁸⁶

Si tratta in genere di spese di valore unitario piuttosto contenuto. Il fenomeno delle agevolazioni fiscali ha dimensioni relativamente importanti. Nel 2016, hanno prodotto sul bilancio dello Stato minori entrate per 3,4 miliardi di Euro. Il ricorso alla deduzione al 19% è in continua crescita, segno di una maggiore attenzione da parte degli aventi diritto a richiedere il sussidio (il 44% dei contribuenti nel 2016, contro il 32% del 2008). La spesa media evidenziata per contribuente dichiarante è 979 Euro. Il risparmio di imposta è in media pari a 186 Euro all'anno per avente diritto. Il fenomeno è più diffuso al Nord (dove maggiore è la disponibilità a pagare) e più contenuto nel Mezzogiorno. Dal punto di vista dell'equità, la richiesta di detrazione è rara fra coloro che dichiarano redditi irrisori (9% fra i contribuenti con reddito fino a 7.500 Euro) mentre è molto diffusa fra i redditi elevati (75% fra i redditi superiori a 70.000 Euro). Ne risulta una forte concentrazione delle agevolazioni a favore dei ceti medi e medio-alti, più interessati ai consumi sanitari privati e più in grado di sostenerne la spesa ¹⁸⁷.

Gli effetti sono quindi regressivi, a favore dei più abbienti, più interessati al consumo di prestazioni private e più attrezzati per beneficiare delle agevolazioni fiscali. Nel complesso, se si prescinde dalla funzione di strumento indiretto di lotta all'evasione fiscale, le norme sulla detrazione di imposta a favore delle spese sanitarie private paiono degne di una revisione complessiva tenuto conto dell'attuale contesto di tutela. La loro sopravvivenza dopo l'istituzione del SSN è la conferma di come, una volta concesse, le agevolazioni sono difficilmente modificabili, nonostante il venir meno di parte delle ragioni che ne hanno consigliato originariamente l'adozione.

3.12.4 Le assicurazioni malattia

Il trattamento fiscale riconosciuto alle polizze assicurative differisce in base alla tipologia della copertura. I premi versati come corrispettivo di una polizza individuale non godono di alcun trattamento agevolato, ma gli assicurati possono beneficiare della detrazione al 19% anche per le spese rimborsate dalla compagnia di assicurazione.

I premi versati a polizze collettive sono soggetti, se rispondenti a specifici requisiti, a un regime fiscale analogo a quello riconosciuto ai fondi sanitari, per cui si rimanda alla sezione 3.12.5.

Nel 2016, l'ammontare complessivo dei premi del ramo malattia riscossi dalle imprese di assicurazione è pari a 2,5 miliardi di Euro, di cui circa un quarto per polizze individuali e tre quarti per polizze collettive. Le spese di gestione delle polizze malattie risultano pari a circa il 25% dei premi contabilizzati ¹⁸⁸, una percentuale che conferma gli elevanti costi connessi alla gestione delle coperture assicurative, anche in ragione della frequente interazione con gli assistiti e dell'elevata specificità tecnica del contatto con gli assicurati.

In presenza di un SSN e di un sussidio fiscale alle spese sanitarie private, l'assicurazione privata di malattia risulta particolarmente onerosa in ragione della rinuncia che essa implicitamente comporta alle prestazioni pubbliche (comunque gratuite al momento dell'accesso ai servizi, salvo il *ticket* se dovuto) e al sussidio fiscale sulle spese private (riconosciuto, per le polizze di gruppo, solo alle spese non rimborsate dall'assicurazione). La decisione di assicurarsi è influenzata dalla disponibilità a pagare del consumatore (data la dimensione dei premi, aggiuntivi rispetto alla partecipazione al finanziamento del SSN tramite la fiscalità generale) e dalle preferenze nei confronti di prestazioni private ad alto contenuto di *comfort* e accessibili senza procedure burocratiche, vincoli di attesa e verifica dei requisiti di appropriatezza (propri dei sistemi pubblici).

Tali fattori restringono di fatto il ricorso alle polizze malattia ai cittadini ad alto reddito o in condizione di poter partecipare a polizze di gruppo.

3.12.5 I fondi sanitari

I fondi sanitari istituiti dal datore di lavoro a favore dei propri dipendenti, in conformità a contratti collettivi e/o accordi aziendali, godono di importanti agevolazioni fiscali: i contributi versati sia dal datore di lavoro sia dal lavoratore sono esclusi (in quanto deducibili dal reddito complessivo o dai redditi che concorrono a formarlo) dal reddito imponibile a fini Irpef e da quello imponibile a fini contributivi, entro il limite di 3.615,20 Euro ¹⁸⁹.

Le agevolazioni fiscali costituiscono un sussidio indiretto alla istituzione di un fondo.

¹⁸⁶ Secondo l'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità, OCPS, della Bocconi la spesa privata è destinata per il 22% ai servizi dentistici; il 21% a visite specialistiche e ad accertamenti diagnostici; il 21% a farmaci (rimborsabili o meno dal SSN, compreso il *ticket*); il 12% a prodotti omeopatici, integratori ed erboristeria; il 12% all'assistenza ospedaliera (quasi completamente per *long term care*) e il 9% a apparecchi terapeutici (occhiali, lenti, protesi auditive, ecc).

¹⁸⁷ Cfr. Corte dei Conti 2018.

¹⁸⁸ Spese per l'acquisizione dei contratti, la riscossione dei premi, l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva, spese di amministrazione relative alla gestione tecnica ecc. www.ania.it

¹⁸⁹ Per fruire delle agevolazioni fiscali, i fondi devono operare negli ambiti stabiliti dal Ministero della Salute, ovvero includere nei pacchetti assicurativi almeno il 20% di prestazioni riferite a cure odontoiatriche e/o socio-sanitarie per i soggetti non autosufficienti o finalizzate al recupero di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio nonché le cure riabilitative e termali.

Il sussidio è di gran lunga superiore al 19%, ovvero a quello riconosciuto alle spese sanitarie private (di cui alla sezione 3.12.2), e contribuisce a controbilanciare il fattore di costo legato alla rinuncia, in caso di partecipazione a un fondo, al sussidio fiscale previsto per le spese mediche private (ove rimborsate dal fondo). In quanto disciplinate nell'ambito degli oneri deducibili, le agevolazioni sono crescenti al crescere del reddito: producono quindi effetti regressivi a favore dei lavoratori più abbienti. Discriminano inoltre a favore dei lavoratori (in alternativa a chi non è occupato), in particolare ai lavoratori dipendenti (in alternativa agli autonomi ¹⁹⁰), con reddito medio-alto (con aliquote marginali fiscali più elevate), fortemente omogenei come categoria (in grado di contrattare a nome di tutti gli appartenenti), interessati a negoziare incrementi salariali sotto forma di *fringe benefit*. Discriminano a favore delle grandi imprese, che grazie ai grandi numeri possono affrontare meglio il rischio di selezione avversa nel *pooling* dei rischi e possono beneficiare di maggiori economie di scala nella gestione dei fondi.

Gli effetti sulle finanze pubbliche sono simili a quelli discussi per le spese private, ma di dimensioni più rilevanti perché trattasi di deduzioni (e non di detrazioni), soggette quindi – per la componente Irpef – a un'aliquota marginale crescente, e perché riguardano anche le entrate contributive ¹⁹¹.

I fondi sanitari modificano la domanda di prestazioni sanitarie, in termini quantitativi (per effetto del *moral hazard*) e in termini qualitativi (sulla base dell'offerta dei piani sanitari), con effetti sul mercato delle prestazioni e delle coperture sanitarie.

Gli effetti sul mercato delle coperture sanitarie (e, indirettamente, sul mercato delle prestazioni sanitarie) sono ampiamente documentati nella letteratura economica nordamericana ¹⁹², ma poco indagati nel nostro Paese.

L'esperienza statunitense insegna che lo sviluppo, sostenuto dalle agevolazioni fiscali, di coperture sanitarie offerte dai datori di lavoro ai propri dipendenti (*employersponsored health insurance*) produce effetti considerati dagli economisti causa di inefficienze.

Il risparmio fiscale genera un *eccesso* di coperture assicurative che produce una perdita di benessere per la collettività.

Se gli individui sono perfettamente informati e razionali, le agevolazioni fiscali modificano infatti i prezzi relativi (per lo più in modo differenziato fra individui) e distorcono le scelte del consumatore. Gli economisti sono unanimi nel ritenere che, per lo meno nella realtà statunitense, è possibile ottenere un miglioramento del benessere attraverso una riduzione dei sussidi fiscali a favore delle coperture offerte dai datori di lavoro. Tanto che una tale misura è stata inserita fra le raccomandazioni formulate anche recentemente dall'Ufficio di Bilancio del Congresso degli Usa per il decennio 2017-2026 ¹⁹³.

3.12.6 I principali effetti allocativi e redistributivi connessi alla partecipazione a un fondo, dal punto di vista del datore di lavoro e del lavoratore

La riduzione del costo del lavoro per l'impresa

Dal punto di vista del datore di lavoro, i sussidi fiscali riducono il costo del lavoro, consentendo il risparmio degli oneri contributivi a suo carico sulla parte di remunerazione non inserita in busta paga ma destinata alla partecipazione al finanziamento dei fondi sanitari.

Il risparmio fiscale per il datore di lavoro è consistente: i contributi versati dal datore di lavoro, sotto qualsiasi forma, a casse, fondi e gestioni previste da contratti collettivi o da accordi o regolamenti aziendali per finalità assistenziali sono infatti esclusi dalla base imponibile a fini contributivi ¹⁹⁴. Per un operario a tempo indeterminato di una industria di medie dimensioni il risparmio può essere stimato pari all'aliquota globale dei contributi previdenziali e assistenziali valutabile intorno al 40%, di cui 31 a carico del datore di lavoro (e 9 a carico del lavoratore) ¹⁹⁵. Inoltre, sulla base di accordi collettivi, la quota di remunerazione destinata ai fondi non rileva ai fini degli accantonamenti per il Trattamento di Fine Rapporto (TFR) ¹⁹⁶. Ne discende che il versamento a un fondo sanitario può costare al datore di lavoro meno della metà di un equivalente aumento della retribuzione netta in busta paga: un importante risparmio per le imprese.

¹⁹⁰ In realtà anche i lavoratori autonomi possono costituire un fondo sanitario.

¹⁹¹ Non si dispone di stime circa la dimensione del risparmio di imposta in Italia. Negli USA il fenomeno è talmente rilevante che i sussidi fiscali ai fondi sanitari costituiscono nel 2015 la terza più grande spesa sanitaria pubblica (250 miliardi di Dollari), dopo Medicare (586 miliardi) e Medicaid (463 miliardi). Cfr. Congressional Budget Office 2016.

¹⁹² Cfr. Phelps 1992; Pauly 1986; Jonathan Gruber 2011.

¹⁹³ Cfr. Congressional Budget Office 2016, *cit.*

¹⁹⁴ D.lgs. 2 settembre 1997, n. 314, art. 6, comma 4, lettera f).

¹⁹⁵ Le aliquote contributive differiscono in base al settore produttivo, alla qualifica del lavoratore, alla dimensione dell'impresa, ecc. Si considerano le aliquote del fondo pensioni lavoratori dipendenti (di norma pari al 33%) e le altre aliquote minori (CIG, maternità, Cuaf, ecc).

¹⁹⁶ L'accantonamento per il TFR è pari alla remunerazione annua complessiva diviso 13,5.

L'offerta di una protezione sanitaria a favore dei propri dipendenti presenta ulteriori possibili vantaggi per l'impresa: distende i rapporti con le organizzazioni sindacali, promuove un'immagine dell'azienda attenta al benessere dei propri dipendenti, favorisce l'accesso a forme di *welfare* apprezzate dai propri *manager*, contribuisce a ridurre la mobilità dei dirigenti verso altre aziende, costituisce – soprattutto in prospettiva – un elemento per competere sul mercato del lavoro, concorre al miglioramento delle condizioni di salute dei lavoratori e all'aumento della produttività¹⁹⁷. Per il mondo industriale nel suo complesso, la diffusione dei fondi sanitari corrisponde alle esigenze di crescita di alcuni specifici settori del mondo produttivo – dalle assicurazioni ai produttori di tecnologie, di materiale di consumo e di beni e servizi sanitari – desiderosi di incrementare le dimensioni del proprio mercato, considerato troppo sacrificato dalla presenza di un SSN sobrio e sottofinanziato. Non a caso, proprio tali settori (ad esempio i chimici e le banche) hanno istituito negli anni importanti fondi di assistenza sanitaria.

Più in generale, il fondo sanitario consente ai gestori di disporre delle informazioni relative alle condizioni di salute degli iscritti (compreso quelle che possono incidere sulla produttività del lavoro) e alle loro preferenze in quanto consumatori di prestazioni sanitarie.

Informazioni particolarmente importanti per la conoscenza delle caratteristiche della domanda e dell'offerta dei servizi. Piccoli e grandi patrimoni di dati sensibili, dal valore potenzialmente enorme per la ricerca scientifica o per il *marketing* di specifici segmenti di mercato.

L'offerta di una protezione sanitaria a favore dei propri dipendenti non comporta alcun costo per il datore di lavoro: i contributi versati coprono interamente i costi di gestione del fondo e il rischio di disavanzo non grava sulle parti datoriali (né su quelle sindacali).

In ogni caso il pacchetto di servizi ricompresi nel piano sanitario è attentamente selezionato in modo da apparire generoso (sono ad esempio proposti *check up*, anche a prescindere dalle evidenze scientifiche di reale efficacia¹⁹⁸) e al contempo da tenere sotto controllo le richieste di rimborso.

Sulla base di tali argomentazioni si può affermare che i datori di lavoro non sono neutrali rispetto alla scelta tra più remunerazione o più fondi sanitari: la possibilità di ridurre il costo del lavoro, grazie al risparmio contributivo, costituisce di per sé un importante incentivo a favore delle coperture sanitarie, in particolare in un paese con un elevato cuneo fiscale (superiore di oltre un quarto rispetto alla media dell'Unione Europea). Sarebbe a tal fine interessante indagare le dinamiche e le strategie della contrattazione sindacale.

L'impresa potrebbe ragionare in termini di ammontare complessivamente disponibile per una copertura sanitaria, mentre il lavoratore potrebbe essere interessato al corrispettivo in termini di remunerazione netta. L'impresa potrebbe voler vincolare gli aumenti retributivi a forme di remunerazione per così dire in natura per beneficiare dei risparmi contributivi ad esse riconosciute (oltre che per gli alleggerimenti sul TFR). I lavoratori potrebbero considerare tale soluzione preferibile, nonostante la scarsa consapevolezza dei costi e dei benefici ad essa connessi (di cui in seguito), per beneficiare dei risparmi fiscali e contributivi che inciderebbero altrimenti sulla busta paga. È chiaro peraltro che non si tratta di un gioco senza contropartita. Va considerato quindi il punto di vista del lavoratore.

Una copertura molto costosa per il lavoratore

Dal punto di vista dei lavoratori, i sussidi fiscali favoriscono la partecipazione ai fondi sanitari, consentendo loro di risparmiare le imposte e i contributi sociali a loro carico sulla quota di reddito destinato ai fondi stessi. Le somme versate dal lavoratore a enti o casse aventi finalità assistenziali in conformità a contratti o accordi o regolamenti aziendali non concorrono infatti a formare il reddito imponibile ai fini Irpef¹⁹⁹.

Il lavoratore rinuncia quindi all'aumento della remunerazione in busta paga e, conseguentemente, non paga le imposte sui redditi e non versa i contributi previdenziali a proprio carico.

I minori contributi versati non costituiscono (come spesso ipotizzato) un vero e proprio risparmio per il lavoratore. Come noto, infatti, i contributi previdenziali servono a finanziare le future pensioni le quali saranno calcolate sulla base dell'ammontare complessivo dei contributi versati; la partecipazione a un fondo sanitario implica quindi uno scambio intertemporale: una più ampia copertura sanitaria oggi e una minore pensione domani. Si noti che il mancato aumento dei contributi versati riguarda non solo la quota a carico del lavoratore ma anche quella a carico del datore di lavoro, stimabile complessivamente – per un operario a tempo indeterminato di una industria di medie dimensioni – intorno al 40% del reddito lordo.

¹⁹⁷ Gli effetti distorsivi sul mercato del lavoro dei fondi sanitari sponsorizzati dai datori di lavoro sono ampiamente studiati negli USA, dove tali fondi sono la principale forma di copertura (rigidità dell'offerta di lavoro, interferenze con le decisioni di pensionamento, ecc.). In questa sede non si entra nel merito di tali effetti. Si veda: O'Brien e Gruber 2011, *cit.*

¹⁹⁸ Il Piano sanitario del Fondo metalmeccanici prevede, ad esempio, la possibilità di eseguire gratuitamente e senza obbligo di ricetta medica il Psu ogni due anni, un accertamento che lo stesso Prof. Ablin, scopritore del metodo, ritiene non debba essere proposto come *screening* di massa: «Sono in ballo troppi interessi economici. C'è chi guadagna con lo *screening*, chi con le visite urologiche, chi con gli interventi chirurgici». Cfr. Ablin 2016.

¹⁹⁹ In base all'articolo 51, comma 2, lettera a) del TUIR, non concorrono a formare il reddito imponibile i contributi di assistenza sanitaria effettuati nei limiti dell'importo di 3.615,20 Euro, purché destinati agli interventi di cui al decreto del Ministro della Salute previsto dall'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni (articolo 10, comma 1, lettera e-ter) del TUIR.

Analogo ragionamento vale per il trattamento di fine lavoro: la rinuncia a una maggiore remunerazione in busta paga (implicita nella partecipazione al fondo) comporta di fatto una riduzione degli accantonamenti ai fini del TFR: in questo caso lo scambio è tra una più ampia copertura sanitaria oggi e un minor TFR domani ²⁰⁰.

La modesta entità dei versamenti *pro capite* normalmente effettuati a favore dei fondi sanitari non giustifica la diffusa mancata considerazione di tali costi in termini di minore pensione e minore TFR: si tratta fra l'altro di costi crescenti all'aumentare del numero di anni di adesione e all'aumentare della quota annua di iscrizione al fondo. In altre parole, a parte il minor debito Irpef, per i lavoratori non si tratta di un risparmio ma di una semplice riduzione degli accantonamenti in vista di futuri benefici: i lavoratori pagano la partecipazione ai fondi in termini di salari più bassi, pensioni più basse e TFR più basso. Ma che cosa ricevono in cambio i lavoratori?

Nel dibattito corrente si ritiene che tutti i contributi versati a un fondo sanitario siano interamente destinati a generare benefici a favore dei lavoratori. In realtà non è così. Ciò rende la scelta tra più remunerazione o più fondi sanitari piuttosto complessa. Si può provare ad addentrarsi in questa intricata questione.

Dato un contributo annuo pagato (per ipotesi solo dal datore di lavoro) a un fondo sanitario, si consideri il corrispondente valore netto in busta paga che i dipendenti potrebbe teoricamente aspettarsi di ricevere in caso di rinuncia alla partecipazione al fondo sanitario.

Ipotizzando un rapporto fra retribuzione netta e costo del lavoro del 51% ²⁰¹, a parità di oneri per il datore di lavoro, 100 Euro versati a un fondo sanitario corrispondono a 51 Euro netti in busta paga. La scelta sembrerebbe scontata (a favore del fondo), ma un consumatore razionale dovrebbe decidere solo dopo aver valutato il beneficio derivabile rispettivamente da 100 Euro in una copertura sanitaria e 51 Euro in busta paga. La risposta dipende sostanzialmente dal sistema di preferenze dei lavoratori, dalle risorse disponibili e dal valore dei servizi erogabili attraverso il fondo sanitario ²⁰². Il sistema di preferenze influisce sulla decisione del lavoratore attraverso due vie:

- i) la scelta fra remunerazione in natura – vincolata al pacchetto di prestazioni sanitarie – e denaro in busta paga – destinabile liberamente a qualunque acquisto e
- ii) le preferenze nei confronti delle prestazioni private (un buon servizio sanitario regionale riduce ad esempio l'utilità attribuita alla copertura offerta dal fondo sanitario).

Le risorse disponibili sono 51 Euro nel caso di remunerazione in busta paga, mentre nel caso di fondo sanitario i benefici fruibili in termini di servizi sanitari non sono 100, come erroneamente spesso ipotizzato, bensì 100 meno i costi di funzionamento del fondo (costi amministrativi, accantonamenti, profitto, ecc.). Dati gli elevati costi amministrativi evidenziati dal ramo malattia del settore assicurativo e la rilevanza degli accantonamenti prudenziali (di dimensione ignota ma testimoniati dal patrimonio accumulato da alcuni fondi), è possibile ipotizzare che ciò che resta per i rimborsi ai lavoratori sia largamente inferiore a 100. Per quanto a nostra conoscenza, l'unico dato disponibile è quello relativo a tre fondi operanti in Toscana i quali registrano un rimborso medio per iscritto di 13,5 Euro a fronte di un contributo medio di 117 Euro e un «accantonamento» medio di circa 86 Euro (la quota restante essendo costi di gestione) ²⁰³.

Si tratta di dati sorprendenti anche per chi è consapevole dell'elevato peso dei costi amministrativi e degli accantonamenti; indicano che a fronte di un versamento al fondo pari a 100 Euro i benefici che il lavoratore può mediamente aspettarsi di ricevere possono essere molto inferiori a 100 e comunque inferiori a quanto potrebbe ricevere in busta paga. Rimborsi medi così contenuti (o comunque anche meno poveri) dovrebbero indurre il lavoratore (se perfettamente informato) a mettere in dubbio la preferibilità dell'adesione a un fondo mediamente molto avaro nell'erogazione dei benefici, oltre che molto costoso nella sua gestione. Ciò spiega, fra l'altro, la riluttanza dei fondi a rendere disponibili i dati più significativi dei loro bilanci e, al contempo, la tendenza degli stessi a contenere la comunicazione circa le possibilità offerte agli iscritti. Le strategie di comunicazione si concentrano, infatti, quasi esclusivamente sul risparmio fiscale, non su come sono effettivamente utilizzate le risorse che affluiscono ai fondi. E così i lavoratori pagano i fondi in termini di minori salari, minori pensioni e minore TFR e ricevono in cambio una piccola quantità di servizi sanitari. Lo sviluppo dei fondi contribuisce inoltre a costituire rilevanti accantonamenti di risorse finanziarie; la funzione dei fondi risulta di conseguenza in parte modificata: dalla originaria offerta di coperture sanitarie alla attivazione di operazioni finanziarie i cui benefici – in futuro – potranno andare a vantaggio dei lavoratori stessi o anche di altri soggetti. Resta inoltre rilevante la funzione di contenimento del costo del lavoro per il datore di lavoro.

²⁰⁰ Ovviamente non è detto che la contrattazione sindacale possa portare, in caso di mancato accordo sulla istituzione del fondo, a una maggiore remunerazione in busta paga. Pare comunque ragionevole prendere in considerazione tale evenienza.

²⁰¹ Cfr. Corte dei Conti 2017.

²⁰² Altre variabili possono essere considerate meno significative. Ad esempio, l'avversione al rischio, che – *ceteris paribus* – potrebbe far propendere per il fondo sanitario (ovvero per la copertura assicurativa), ha probabilmente minore rilevanza dato il tipo di prestazioni abitualmente coperte (di modesto valore economico e a elevata frequenza di consumo).

²⁰³ Dai primi risultati della ricerca a cura di Ires Cgil e Irpet, *La sanità integrativa contrattuale in Toscana. Prime analisi quali-quantitative*, mimeo, 2018. Il rapporto fra rimborsi erogati e contributi versati non è noto per la gran parte dei fondi: numeri così sorprendenti rafforzano l'esigenza di una maggiore trasparenza dei dati sull'utilizzo delle risorse all'interno dei fondi.

Si noti che l'erogazione di una prestazione sanitaria da parte di un fondo presenta costi complessivi molto elevati. Nel caso dei tre fondi toscani di cui sopra, rimborsi per complessivi 13,5 Euro *pro capite* costano complessivamente 31 Euro (le spese di gestione dei fondi ammontano infatti a 17,5 Euro, più del valore dei servizi stessi) mentre i contributi versati ai fondi sono addirittura pari a 117 Euro *pro capite*.

Un'inefficienza complessiva difficilmente giustificabile in termini di maggior benessere dei lavoratori posto che il ritorno in servizi sanitari è comunque molto contenuto.

Qualcuno potrebbe argomentare che ciò che conta per il lavoratore non è il rimborso medio ottenuto bensì la possibilità di avere una protezione in caso di trattamenti sanitari molto costosi. Il lavoratore sarebbe quindi disposto a spendere una cifra superiore al valore attuariale dei rischi protetti perché attribuirebbe un grande valore alla certezza di poter trasferire eventuali spese sanitarie catastrofiche; si tratterebbe in altre parole di un lavoratore molto avverso al rischio. Sotto questo profilo è necessaria una precisazione. Nella realtà italiana, spese catastrofiche private sono piuttosto rare, posto che i trattamenti più costosi, per lo più ospedalieri, sono erogati quasi esclusivamente dal SSN. Meno raro è invece il caso di spese rilevanti (ma non catastrofiche) per prestazioni dentistiche o per la non autosufficienza (per le quali i fondi prevedono di norma un tetto massimo di rimborso).

Si tratta di casi importanti e meritevoli di attenzione, rispetto ai quali non si dispone tuttavia di dati per valutarne la frequenza e il reale impegno in termini di spesa. In ogni caso si tratta di effetti che attengono alla differenza fra danneggiati e indenni (ovvero fra coloro che sono colpiti da una costosa patologia e coloro che ne sono esenti). Effetti che sono valutabili solo *ex post*, sulla base dei rimborsi effettivamente ottenuti in ogni anno e che potrebbero costituire elementi utili per consentire al lavoratore, o a gruppi di lavoratori, di giudicare la preferibilità dell'adesione al fondo.

Restano aperti ulteriori quesiti sui quali non ci si addentra in questa sede: nella scelta dei piani sanitari i datori di lavoro sono dei buoni agenti dei lavoratori? Quali criteri guidano imprese e sindacati nel disegno delle coperture sanitarie? La percezione dei lavoratori del valore delle coperture è coerente con i pochi dati empirici disponibili? Le organizzazioni sindacali che sottoscrivono i fondi a nome dei lavoratori sono in grado di avviare un'analisi degli effetti prodotti, per lo meno in termini di rimborsi ottenuti? La copertura sanitaria garantita da un fondo è associata a guadagni di salute addizionali rispetto a quelli prodotti dal SSN? È associata a riduzioni dell'assenteismo? Il mercato del lavoro è influenzato dall'esistenza di coperture sanitarie differenziate per settore produttivo e per categoria di lavoratori? In un contesto in cui aumenta l'occupazione precaria quali possono essere gli effetti di forme di tutela della salute legate alla posizione lavorativa? Quali le possibili direzioni, teoricamente sostenibili e concretamente fattibili, di una complessiva revisione della disciplina dei fondi sanitari? Legare il diritto alla salute alla condizione lavorativa quali effetti può produrre nel medio periodo sulla salute della popolazione, sulla coesione sociale e sulle disuguaglianze all'interno di una comunità?

3.12.7 Considerazioni conclusive

I fondi sanitari sono strumenti di intermediazione finanziario-assicurativa attraverso i quali i cittadini possono aumentare la copertura del rischio di spendere per prestazioni sanitarie oltre il livello di protezione effettivamente garantito dal Servizio Sanitario Nazionale. Possono riguardare le prestazioni escluse dai LEA (e.g. farmaci non rimborsabili, cure odontoiatriche, chirurgia estetica), la spesa *out of pocket* per prestazioni fornite dal SSN – per la parte che resta a carico dell'assistito (e.g. *ticket*), la spesa *out of pocket* per servizi acquistati sul mercato privato delle prestazioni sanitarie (compreso quelli inclusi nei LEA).

Nella realtà, i fondi tendono a coprire tutte le diverse tipologie di prestazioni (di norma entro i limiti previsti dalla disciplina fiscale), anche se le informazioni disponibili non consentono la ricostruzione di un quadro sufficientemente completo. A fronte di un SSN sempre più attento all'appropriatezza dei trattamenti (nell'interesse del paziente, oltre che per ragioni di costo), i fondi sanitari erogano quindi oltre a prestazioni essenziali, anche servizi inappropriati o superflui (rispetto alle specifiche evidenze scientifiche e alle valutazioni rischio/beneficio). Tendono quindi a favorire consumi sanitari eccessivi rispetto a modelli di consumo più sobri ma ugualmente efficaci dal punto di vista della salute. Per i fondi, infatti, l'accesso facilitato ad alcuni trattamenti costituisce una precisa strategia di *marketing*, attuata a basso costo (un accertamento diagnostico non necessario può essere erogato ricorrendo a professionisti con poca esperienza e quindi sottopagati), finalizzata a creare l'immagine di una copertura che (in netta contrapposizione con il SSN) non impone all'iscritto alcun ostacolo all'accesso ad alcune prestazioni²⁰⁴. Tale fenomeno è simile a quello osservato nel mercato statunitense dove la competizione fra fondi sanitari causa il continuo aumento delle prestazioni erogate, nonostante la vastità degli strumenti volti a contenere i rimborsi, e indicatori di salute fra i più bassi del mondo sviluppato.

Dal punto di vista dell'efficienza complessiva del sistema, i fondi producono un eccesso di coperture assicurative, in particolare nei confronti di specifici rischi di spesa (visite specialistiche e accertamenti diagnostici). Nei confronti di tali spese, il cittadino si può trovare ad avere contemporaneamente tre diverse coperture: quella pubblica (del SSN), quella implicita della detrazione d'imposta al 19% e quella offerta dai fondi sanitari.

²⁰⁴ I problemi di inappropriately sono presenti anche all'interno del SSN, ma sono più ampi fra coloro che dispongono di una copertura privata con riguardo alle visite specialistiche e ad alcuni accertamenti diagnostici.

In tale situazione si produce una perdita di benessere per la collettività, ampiamente studiata con riferimento alla realtà statunitense, con effetti distorsivi sulle scelte del consumatore, di aumento del mercato delle prestazioni sanitarie (per effetto del *moral hazard*) e di progressiva crescita dei prezzi delle coperture assicurative. Dal punto di vista redistributivo, le agevolazioni fiscali favoriscono specifici gruppi di popolazione: i lavoratori dipendenti con reddito medio alto, fortemente omogenei come categoria e interessati a forme di remunerazione in natura (*fringe benefit*). Dal punto di vista delle finanze pubbliche, le agevolazioni fiscali producono un minor gettito Irpef e un minor gettito contributivo. Il minor gettito Irpef è posto a carico dell'intera collettività di contribuenti; il minor gettito contributivo è invece posto a carico dei lavoratori aderenti al fondo sanitario che potranno contare, in vista del calcolo della loro pensione, su un minor ammontare di versamenti effettuati.

Dal punto di vista del Servizio Sanitario Nazionale, i fondi sanitari possono allentare le tensioni connesse alle difficoltà del settore pubblico a garantire adeguate condizioni di accesso ai servizi e, proprio per questa ragione, possono indurre i decisori a sottovalutare gli effetti che nel medio periodo possono prodursi sull'equità del sistema.

La segmentazione delle coperture, un più stretto collegamento fra tutela della salute e condizione occupazionale, le differenziazioni dei percorsi assistenziali su base categoriale, non possono che indebolire l'uniformità delle risposte sanitarie e affievolire le voci che dovrebbero invece rivendicare una migliore qualità dell'offerta pubblica a tutela del diritto fondamentale alla salute, nell'interesse del singolo e della collettività. Dal punto di vista dell'impresa che offre ai propri dipendenti una copertura sanitaria, le agevolazioni fiscali riducono in modo significativo il costo del lavoro perché i versamenti a favore dei fondi non sono soggetti a prelievo contributivo.

Sulla base di accordi collettivi, l'impresa non è inoltre tenuta ad accantonare le quote annuali di remunerazione differita (trattamento di fine rapporto di lavoro). Le agevolazioni fiscali spingono quindi le imprese a sviluppare forme di remunerazione in natura, cd *welfare* aziendale, meno costose della remunerazione in busta paga, presentate ai lavoratori come volte a promuovere il loro benessere, che selezionano pacchetti di servizi la cui utilità non è necessariamente prioritaria per tutti i dipendenti (vincolando così la libera allocazione delle risorse del singolo).

Dal punto di vista dei lavoratori, la partecipazione a un fondo agevolato risulta particolarmente costosa, comportando una minore remunerazione in busta paga, una minore pensione (in futuro) e un minore TFR (al momento della cessazione del rapporto di lavoro). La percezione dei costi e dei benefici da parte dei lavoratori è peraltro fortemente condizionata dalle carenze informative e dalle strategie di *marketing* dei fondi.

L'adesione al fondo consente al lavoratore l'accesso a prestazioni percepite come di maggiore qualità (per lo meno nella componente delle *amenities*, del *comfort* e dei tempi di attesa) e lo libera dalla necessità di prendere in considerazione vincoli di reddito quando preoccupato per la propria salute. Produce inoltre effetti distorsivi sui comportamenti al consumo, raramente mitigati dal ruolo di agenzia svolto dal medico di fiducia che spesso finisce coll'assecondare le richieste del paziente che dispone di una copertura assicurativa privata.

Infine, il probabile basso rapporto fra rimborsi effettuati e contributi riscossi, sul quale sarebbe necessaria una maggiore trasparenza e informazione, e la conseguente probabile dimensione degli accantonamenti realizzati dai fondi (verosimilmente superiori a quanto giustificato da motivi prudenziali) rischia di trasformare una copertura sanitaria (che dovrebbe avere come principale obiettivo la tutela della salute) in uno strumento finanziario per l'impresa (che non accantona le quote per il TFR) e per i fondi (che alimentano importanti fondi di riserva i cui beneficiari futuri non sono facilmente individuabili).

Nel complesso i fondi sanitari agevolati fiscalmente producono effetti redistributivi e allocativi che non migliorano il benessere della collettività, in particolare non migliorano la condizione dei meno abbienti destinati a fruire di prestazioni sanitarie non uniformi rispetto al resto della popolazione. Concorrono a indebolire il SSN, offrendo soluzioni solo apparentemente poco costose ed efficaci, che contribuiscono a legittimare le equivocate decisioni di chi depotenzia la sanità pubblica, in realtà meno costosa e più efficace. La recente spinta allo sviluppo del *welfare* aziendale merita una attenta valutazione prima che gli effetti in termini di equità e di efficienza diventino consistenti e sia più difficile intervenire nell'interesse della collettività.