La sanità integrativa contribuisce al percorso di erosione della sanità pubblica.

I dati che portano a dire questo sono contenuti in diversi rapporti ed elaborazioni (fra questi un rapporto del Ministero della Salute, il rapporto della Fondazione GIMBE, un documento della CGIL nazionale, uno studio del prof. Aldo Piperno dell’Università di Napoli).

La prima cosa da rilevare è l’assoluta mancanza di trasparenza dei dati. Le varie forme di sanità integrativa che vogliono usufruire delle agevolazioni fiscali sono incentivate ad iscriversi all’anagrafe predisposta presso il Ministero della Salute, ma non è possibile accedere direttamente ai dati in essa registrati. Tale forma di segretezza è del tutto ingiustificabile tanto più che invece i dati della previdenza integrativa sono pubblici.

La prima cosa da richiedere è quindi la trasparenza assoluta dei dati contenuti nell’anagrafe.

I fondi di vario tipo istituiti al 2017 erano 322, in aumento costante almeno dal 2011 (erano 255). Gli iscritti totali allo stesso anno risultano 10.605.308, erano 6.913.373 nel 2014 (un aumento del 53,4%). Degli iscritti il 63% sono lavoratori dipendenti, il 18% sono familiari di lavoratori dipendenti, il 10% sono lavoratori non dipendenti, il 2% sono familiari di lavoratori non dipendenti, il 5% sono pensionati e il 2% sono loro familiari.

La suddivisione geografica ci dice che nel 2015 il tasso di iscrizione ai fondi sul totale della popolazione nel nord est era il 21,3%, nel nord ovest era il 20,2% nel centro era il 15,9% nel sud il 6,5%, nelle isole era 8,8%.

Notevole la differenza fra uomini e donne, i primi avevano un tasso di iscrizione del 17,8% e le seconde il 12,6%.

La graduatoria per quanto riguarda il titolo di studio segue a scalare il titolo posseduto, si va dal 28,5% dei laureati al 5,9% di chi ha solo la licenza elementare.

Ovviamente il tasso di iscrizione degli occupati è più alto (26%) di quello dei disoccupati (6,9%).

Notevolissima è poi la differenza fra dirigenti/imprenditori/professionisti (46,2% il tasso di iscrizione), altri lavoratori autonomi (29,9%), direttivi/quadri/impiegati (27,2%) e operai (15,2%).

Anche per tipo di reddito la differenza è notevole: chi ha un reddito da lavoro autonomo ha un tasso di iscrizione del 38%, mentre quelli con redditi da lavoro dipendente sono al 22,5% e i pensionati al 9,2%.

Questi dati ci dicono che la sanità integrativa, esattamente come la previdenza integrativa, contribuisce ad introdurre ulteriori differenziazioni disegualitarie fra lavoratori e pensionati, fra lavoratori più forti e quelli più deboli, fra uomini e donne, fra regioni più ricche e regioni più povere.

Secondo il documento della CGIL nazionale alla fine del 2017 esistevano 46 fondi di origine contrattuale nazionale con 6.200.000 iscritti. Da rilevare che, a differenza della previdenza integrativa, l’iscrizione è collettiva. In genere apparentemente i lavoratori non devono sborsare soldi di tasca propria. In realtà i soldi sborsati dall’imprenditore sono un costo contrattuale e quindi di fatto sono detratti parzialmente o totalmente dall’aumento contrattuale sul salario. Inoltre non essendo salario non producono effetti relativamente al calcolo della pensione e del TFR. L’imprenditore, a differenza di un vero aumento contrattuale, si avvantaggia del fatto di non dover pagare contributi e di avere un beneficio fiscale.

Mancano i dati relativi ai fondi aziendali.

Per legge almeno il 20% delle prestazioni erogate dai fondi devono essere integrative con riferimento in particolare alle cure odontoiatriche e alla non autosufficienza. Che dei fondi di sanità integrativa siano obbligati ad avere una soglia di solo il 20% per le prestazioni effettivamente integrative per la verità è piuttosto curioso. La percentuale effettiva è più alta e variabile a seconda delle spese che si considerano, nel 2017 era vicina al 40%, il che vuol dire comunque che per la maggior parte i fondi rimborsano spese di tipo non integrativo ma rientranti nei servizi forniti dal SSN.

Alcune stime poi ci dicono che, a seconda del tipo di fondi, fra il 25 e il 40% della spesa corrisponde a costi amministrativi, di riassicurazione e di fondi di garanzia e quindi non si traduce in servizi, una percentuale altissima.

I vantaggi fiscali previsti sono relativi alla possibilità di dedurre fino a 3615,20 euro. Questo comporta due conseguenze, in primo luogo il finanziamento di tale forma di deduzione fiscale viene dalla fiscalità generale e quindi anche i lavoratori e i pensionati non iscritti ai fondi pagando le imposte finanziano tale vantaggio fiscale per i lavoratori iscritti che, come abbiamo visto, sono maggiormente concentrati nelle categorie più alte. Inoltre trattandosi di deduzione, cioè di una cifra che va a ridurre il reddito su cui si pagano le imposte, il vantaggio fiscale è tanto più alto quanto più alta è l’aliquota fiscale massima applicata su quel reddito e quindi vengono favoriti i redditi più alti.

Nel 2017 la spesa sanitaria totale in Italia ammontava a 154 miliardi di cui 113 miliardi di spesa pubblica e 41 miliardi di spesa privata. Del totale della spesa privata 36 miliardi sono stati a carico delle famiglie e 5,8 miliardi sono stati spesa intermediata (di questi 3,9 miliardi sono garantiti da fondi sanitari e polizze). In sostanza il 27% della spesa sanitaria è privata e di questa solo il 13-14% è coperta da fondi sanitari e assicurazioni.

Dal 2010 al 2019 sono stati sottratti di fatto al SSN 37 miliardi di cui 25 miliardi dal 2010 al 2015 per varie manovre finanziarie e 12 miliardi dal 2016 al 2019 per la riduzione dei livelli programmati di finanziamento. L’aumento medio della spesa per il SSN è stato dello 0,9% annuo, insufficiente perfino a pareggiare l’inflazione media (1,07%). Si può notare come tale tendenza attraversi la gestione di governi di opposto colore politico. Le previsioni del DEF 2019 dicono che il rapporto spesa sanitaria/PIL si ridurrà dal 6,6% fino al 6,4% nel 2022.

Data la crescita del peso della popolazione anziana e quindi la crescita delle necessità sanitarie della popolazione un blocco dell’aumento della spesa vuol dire un taglio reale della spesa sanitaria pubblica. Una scelta politica gravissima.

I fondi integrativi non coprono affatto questo venir meno della copertura né potrebbero farlo, anzi tendono caso mai ad incentivare il mercato della salute di “pacchetti” di prestazioni che spesso alimentano il consumismo sanitario. Questo è uno dei problemi più gravi della sanità perché contribuisce ad una spesa sanitaria stimata in 21 miliardi di sovra utilizzo di servizi e prestazioni sanitarie superflue o addirittura inappropriate (6,4 miliardi).

C’è inoltre il rischio che con la (forse tramontata) autonomia differenziata bipartisan oggi in voga si rafforzi la tendenza alla creazione di una sanità integrativa regionale (già esistente in regioni come il Veneto) tesa a sostenere lo sviluppo della sanità privata a scapito di quella pubblica con il risultato di aumentare le differenze fra le regioni italiane.

Al di là dei documenti ufficiali la CGIL è grandemente impegnata a firmare accordi che comprendono la sanità integrativa anche perché fra molti lavoratori è popolare perché è costituita da rimborsi e dà l’illusione di avere servizi più efficienti per esempio bypassando le code delle prenotazioni.

Ma questo divide i lavoratori e riduce la stessa possibilità di mobilitazione a favore della sanità pubblica che invece è la priorità di cui oggi ci sarebbe bisogno.