

COMMISSIONE PARLAMENTARE

AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E
PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE

Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute.

Audizione Gruppo Unipol – UniSalute S.p.A.

Giovanna Gigliotti

(A.D. UniSalute S.p.A.; Chief Life & Health Officer UnipolSai assicurazioni S.p.A.)

23 gennaio 2024

Indice

PREMESSA.....	3
L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA.....	5
LA SPESA SANITARIA PRIVATA PRO CAPITE NELLE REGIONI.....	8
LE LISTE DI ATTESA	9
LA SANITÀ INTEGRATIVA	10
I FONDI SANITARI INTEGRATIVI.....	11
MACRO COPERTURE SANITARIE PREVISTE IN GENERALE DAI FONDI NAZIONALI	13
I BENEFICI FISCALI CONNESSI AI FONDI SANITARI	16
IL MODELLO UNISALUTE	17
I TEMI APERTI PER IL POTENZIAMENTO DEI FONDI SANITARI.....	19
IL SISTEMA PREVIDENZIALE ITALIANO.....	21
ALCUNE PROPOSTE PER LO SVILUPPO DELLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE IN ITALIA.....	24
CONCLUSIONI.....	26

Signor Presidente, Onorevoli Senatori,

a nome del Gruppo Unipol ringrazio il Presidente Zaffini e tutta la Commissione per l'invito a partecipare a questo ciclo di audizioni nell'ambito di un tema di estremo rilievo per il futuro delle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel nostro Paese.

Oggi stiamo assistendo ad un cambiamento importante del sistema sanitario e in particolare della sanità pubblica come l'abbiamo conosciuta finora, che pone una sfida epocale sotto tutti i profili. Da un lato le innovazioni tecnologiche, dall'altro, la pandemia e le mutate condizioni socioeconomiche del Paese si riflettono direttamente e indirettamente sul SSN sia sotto il profilo finanziario che sotto quello della sua operatività, in particolare sulla sua capacità di soddisfare bisogni e domande di servizi sanitari da parte dei cittadini.

Come noto inoltre, l'emergenza pandemica si è inserita in un quadro già caratterizzato da diverse sfide a cui il nostro Paese deve rispondere da tempo, tra cui una domanda crescente di risorse da destinare alla spesa sanitaria pubblica, una spesa out-of-pocket degli italiani in costante aumento, l'invecchiamento della popolazione, la diffusione di cronicità, nuovi modelli di "presa in carico" e lunghi tempi d'attesa per accedere alle prestazioni. L'emergenza ha, a sua volta, innescato la nascita di nuovi bisogni, quali la necessità di avere un accesso immediato a cure e assistenza medica, l'esigenza di disporre di servizi tecnologici a distanza per facilitare la relazione medico-paziente e l'esigenza di ridurre la forte pressione generata sul SSN dall'attuale crisi.

D'altro canto, le mutate condizioni socio-economiche sopra descritte incidono in maniera analoga anche sul sistema previdenziale pubblico italiano, basato principalmente sul pilastro obbligatorio (il pilastro), che potrebbe non essere sufficiente a garantire pensioni adeguate e sostenibili a lungo termine. L'aumento dell'aspettativa di vita, le dinamiche demografiche e i cambiamenti nel mercato del lavoro potrebbero, nel lungo periodo, mettere a dura prova la sostenibilità finanziaria del sistema pubblico.

Ciò detto, il ruolo che il settore privato svolge nell'offerta di servizi sanitari e previdenziali nel nostro Paese resta molto inferiore rispetto agli altri principali paesi avanzati, europei ed extraeuropei, ed i bisogni dei cittadini rendono sempre più pressante ripensare a un sistema di integrazione pubblico-privato che garantisca la sostenibilità delle cure e del sistema pensionistico, in cui il Pubblico mantenga la sua centralità ma vengano ampliati gli interventi delle forme sanitarie e previdenziali integrative, grazie ad un grande mutamento di prospettiva ed una presa di posizione da parte dello Stato nella promozione di un'assistenza integrativa e non sostitutiva rispetto al sistema pubblico, che ne condivida la missione di tipo solidaristico.

Il Gruppo Unipol, molto attento a queste problematiche, da oltre dieci anni lavora insieme al Gruppo di Lavoro The European House – Ambrosetti alla implementazione del Think Tank “Welfare, Italia”, che affronta ogni anno in maniera approfondita le problematiche relative al welfare in Italia. Inoltre, già 28 anni fa, ritenne opportuno avviare una società assicurativa specialistica, per meglio gestire ed affrontare tutte le problematiche relative alla sanità integrativa. UniSalute, negli ultimi 28 anni ha sviluppato un’esperienza unica sia per volumi che per specificità del modello di gestione.

L'EVOLUZIONE DELLA SPESA SANITARIA IN ITALIA

Nel corso del 2020, per fronteggiare la pandemia Covid-19, **la spesa sanitaria pubblica** nel nostro Paese ha subito un significativo incremento (+5,3%) rispetto all'anno precedente, passando da 115,7 miliardi di euro del 2019 a 122,7 miliardi di euro, con un'incidenza sul PIL pari a 7,4%. La spesa sanitaria pubblica ha continuato a salire anche negli anni successivi (+3,9% nel 2021, +2,8% nel 2022 e con previsione di ulteriore aumento nel 2023), in conseguenza del protrarsi della pandemia.

Nel 2024, invece, la spesa sanitaria è prevista in calo, a causa dei minori oneri connessi alla gestione dell'emergenza sanitaria; anche l'incidenza sul PIL è prevista in calo e simile ai valori che si riscontravano nel periodo pre-pandemico.

Evolutione della spesa sanitaria pubblica in Italia (miliardi di Euro) anni 2013-2022

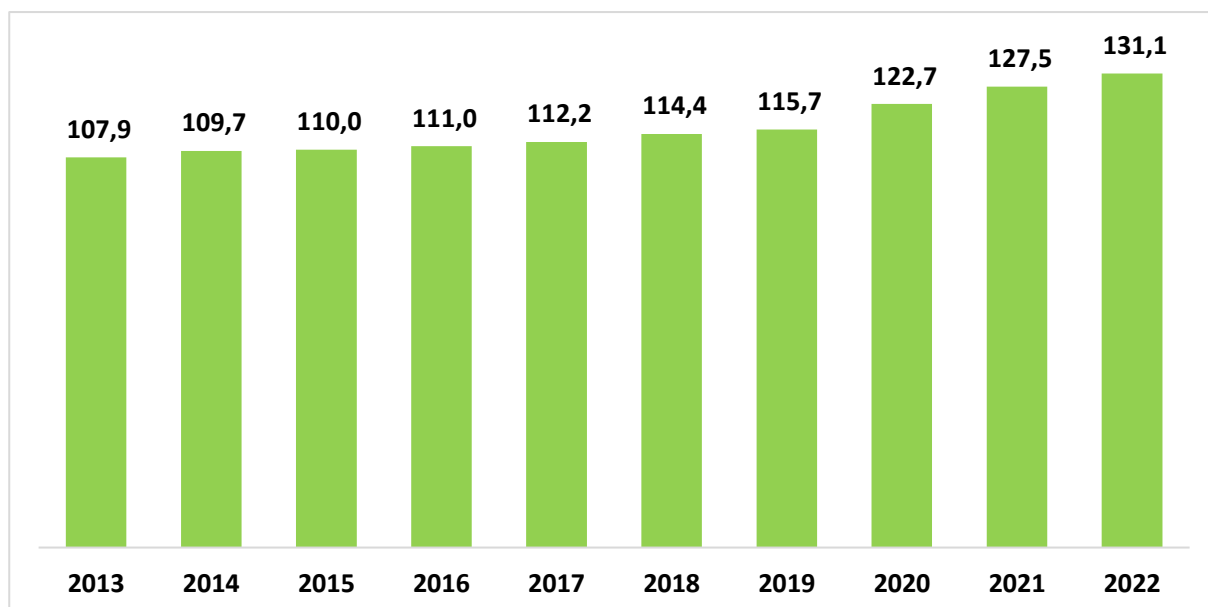


Figura 1. Fonte: elaborazione UniSalute su dati Ministero dell'economia e delle Finanze, Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, Il Monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n.10, 2023

Viceversa, la **spesa sanitaria privata** dopo un calo nel 2020, complice la sospensione di molte prestazioni a causa della pandemia, sin dal 2021 è tornata a crescere, passando da 40,8 miliardi di euro del 2019 a 41,2 nel 2021, ed è ulteriormente cresciuta a 41,5 miliardi di euro nel 2022, superando i valori pre-covid. È rimasto tuttavia costante il rapporto fra le due componenti che costituiscono la spesa sanitaria privata: la quota intermediata da forme di sanità integrativa, pari nel 2022 al solo 11% del totale, e la quota di spesa out-of-pocket, cioè i costi che le famiglie italiane hanno sostenuto direttamente per beni e servizi, pari circa all'89%.

Spesa sanitaria privata in Italia – (miliardi di Euro) anni 2013-2022.

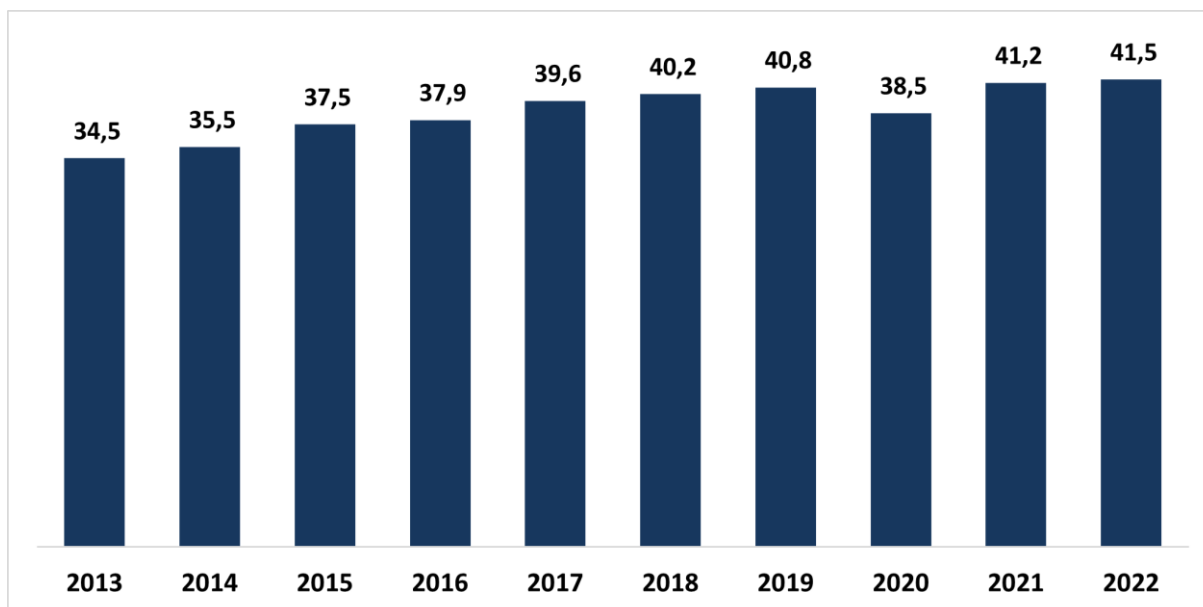


Figura 2 Fonte: elaborazione The European House Ambrosetti su dati OECD, 2023

Questi dati confermano oggettivamente che i cittadini italiani ritengono indispensabile ricorrere a spese dirette per ottenere cure erogate al di fuori del SSN. Non vi è dubbio, altresì, che questi costi sono sopportati da famiglie che hanno una capacità reddituale che consente loro di accedere alle cure in forma privatistica con pagamento diretto, ovviando alle tempistiche, a volte eccessivamente lunghe, per ottenere le medesime prestazioni all’interno del SSN.

La situazione contingente legata al Covid-19, inoltre, ha aggravato un contesto in cui la sanità già aveva manifestato importanti sofferenze. Malattia, non autosufficienza –ma anche gestione dei famigliari non autosufficienti – sono infatti tra le preoccupazioni degli italiani che crescono di più nel corso degli anni. L’analisi campionaria sui nuovi bisogni del welfare condotta da MEFOP mostra, infatti, come la preoccupazione per malattia e non autosufficienza sia cresciuta di 27 punti percentuali tra 2012 e 2019, mentre la gestione di famigliari non autosufficienti, che non era quasi citata tra le preoccupazioni del 2012, sia salita di 15 punti percentuali.

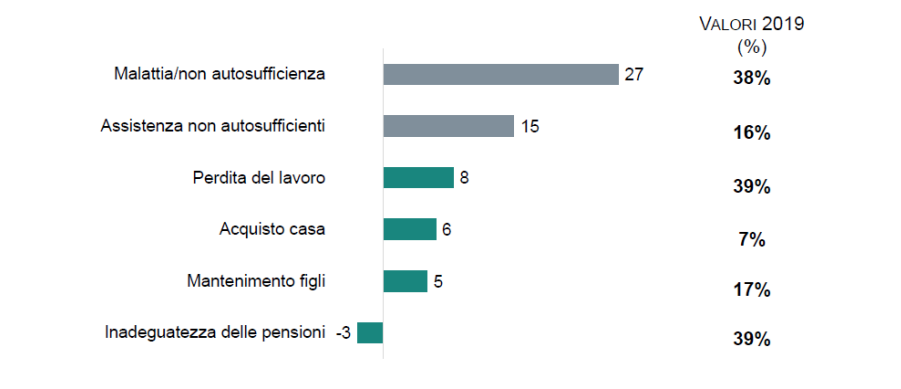


Figura 3. Variazione della preoccupazione degli italiani su selezionati fattori legati al welfare (punti percentuali), 2012- 2019. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati MEFOP, 2020.

La crescente rilevanza di questi bisogni tra i cittadini italiani procede di pari passo con l'aumento della componente di spesa privata ad integrazione della risposta che essi possono trovare nella componente pubblica. La sanità è, infatti, l'ambito del sistema di welfare italiano più interessato dall'intervento della componente privata.

Nel 2019, la spesa sanitaria privata in Italia valeva complessivamente il 2,3% del PIL del Paese. Tra i maggiori Paesi europei, si tratta di un valore più alto di quanto osservato in Germania e Francia (ferme a 1,8%), in linea con il Regno Unito (2,3%) e inferiore al valore osservato in Spagna (2,6%).

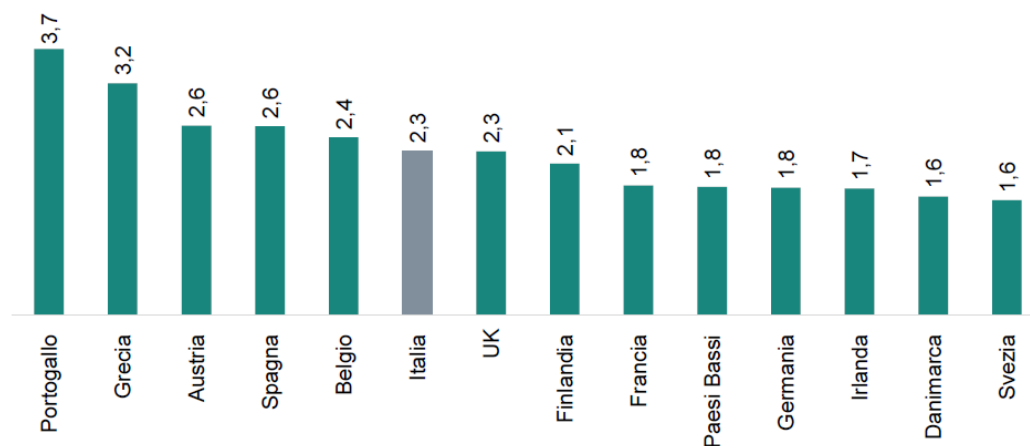


Figura 4. Spesa sanitaria privata in una selezione di Paesi europei (valori in percentuale sul PIL), 2019. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati OCSE, 2020.

Tuttavia, la differenza principale tra l'Italia e gli altri maggiori Paesi UE, in termini di gestione della spesa privata, non riguarda tanto l'incidenza sul PIL quanto **la bassa componente intermediata**. Come anticipato, infatti, in Italia **la quota di spesa sanitaria privata intermediata da forme di sanità integrativa ammonta al 11%**, a fronte del 20% della Germania, del 25% del Regno Unito e della Spagna e del 43% della Francia, in cui hanno un ruolo centrale le "Mutuelle" che integrano su larga scala la protezione di base ("sécurité sociale") che è gestito tipicamente dalle diverse Casse. Ne risulta che la spesa pro-capite veicolata attraverso regimi di finanziamento volontari (polizze assicurative e fondi) sia in Italia la metà della Germania, meno di un terzo del Regno Unito e quasi un quinto della Francia.

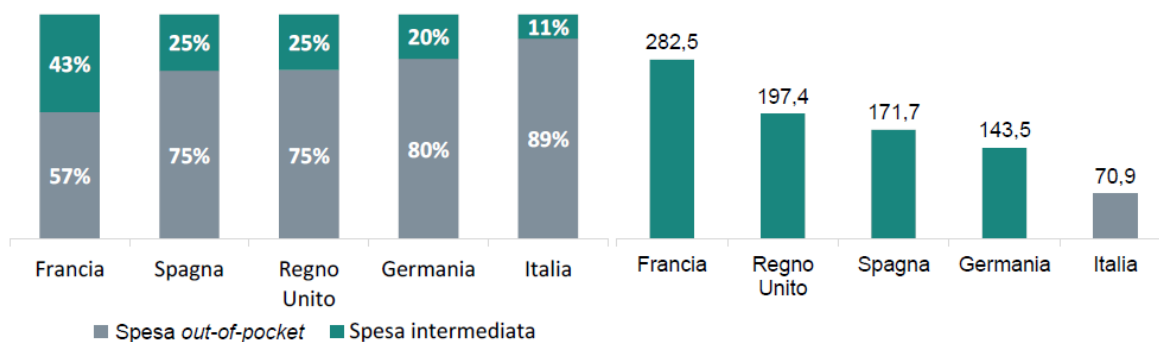


Figura 5. Composizione della spesa sanitaria privata (a sinistra, valori in percentuale) e spesa pro-capite in regimi di finanziamento volontari (Euro) nei maggiori Paesi europei, 2019 o ultimo anno disponibile. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati OCSE e Istat, 2020.

LA SPESA SANITARIA PRIVATA PRO CAPITE NELLE REGIONI

Fin qui è stato mostrato il quadro complessivo della spesa sanitaria privata in Italia – e nel confronto internazionale – e la sua suddivisione in intermediata e out-of-pocket. Resta da analizzare come la spesa privata si suddivida tra le Regioni italiane che, come noto, scontano forti differenze in termini di redditi e di potere di spesa. Nel 2021, la spesa media italiana, pari a 615 Euro pro-capite, funge da “spartiacque” tra il Nord e il Sud del Paese. Infatti, tutte le Regioni del Nord Italia (ad eccezione del Piemonte) si posizionano sopra la media, mentre tutte le Regioni meridionali hanno una spesa sanitaria privata pro-capite inferiore alla media. La Regione con la spesa più alta è la Valle D’Aosta (919 euro pro-capite), mentre quella con la spesa più bassa è la Puglia (412 Euro pro-capite).

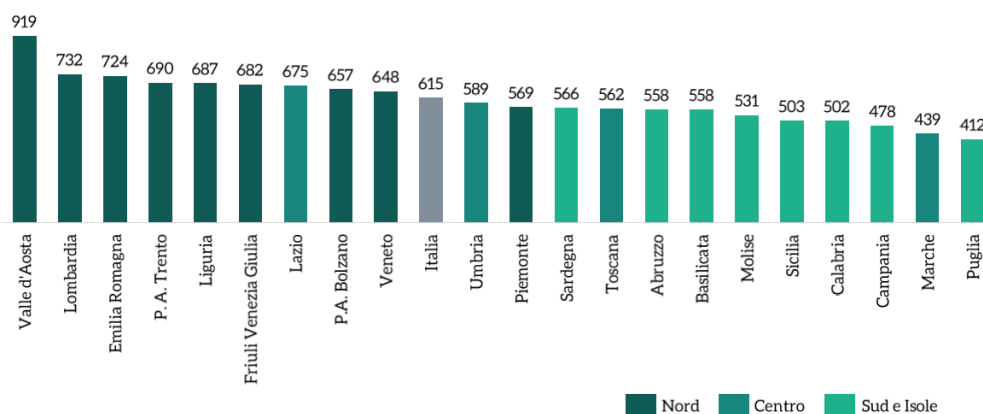


Figura 6 Spesa sanitaria privata pro-capite nelle Regioni italiane (Euro pro-capite), 2021. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Ragioneria Generale dello Stato, 2023.

LE LISTE DI ATTESA

Il tema dell'accesso alle prestazioni sanitarie risulta essere da sempre una delle principali criticità segnalate dai cittadini. La pandemia Covid-19 inoltre ha fortemente acuito le difficoltà d'accesso alle cure generando un arretrato notevole di visite ed esami.



Fonte: GIMBE 2021 – «Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie»

Il Ministero della Salute ha condotto un'analisi, i cui dati sono pubblicati sul Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021 della Corte dei Conti, che ha quantificato la riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie (relative sia ai ricoveri che alla specialistica ambulatoriale) dell'anno 2020 rispetto al 2019. I dati si riferiscono all'attività erogata dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate e si basa sul flusso informativo delle schede di dimissione ospedaliera e di quello delle prestazioni di specialistica ambulatoriale del Sistema Tessera Sanitaria.

In generale, nel 2020 sono stati **1,3 milioni i ricoveri in meno** (-17%) rispetto all'anno precedente: di questi il 52,4% (681.852) sono ricoveri medici e il 47,6% (619.282) sono chirurgici. In quest'ultimo ambito rientrano anche i ricoveri di chirurgia oncologica, ridotti del 13% rispetto al 2019. Inoltre, il 42,6% del totale dei ricoveri in meno si riferisce a prestazioni urgenti mentre il 57,4% a ricoveri programmati. La maggior parte della differenza fra i ricoveri urgenti del 2020 vs 2019 è costituita da DRG medici (83,1%).

Si registrano poi **20,1 milioni di esami diagnostici rimandati, 90,4 esami di laboratorio e quasi 19 milioni di visite specialistiche.**

LA SANITÀ INTEGRATIVA

Grazie alla valorizzazione registrata in ambito fiscale della sanità integrativa (in particolare, con gli artt. 10 e 51 del T.U.I.R) e alla conseguente maggior specificità raggiunta dalla relativa normativa di dettaglio (D.Lgs 502 del 1992 e Decreti Turco e Sacconi rispettivamente del 2008 e 2009), accanto al Sistema Sanitario Nazionale si sono via via delineate nel tempo **forme di sanità integrativa** che hanno consentito a milioni di italiani di godere di **una ulteriore forma di tutela sanitaria, aggiuntiva rispetto a quella pubblica**, simile all'esempio francese delle Mutuelle.

Più precisamente, dette forme di sanità integrativa si sono sviluppate, dapprima, **a livello aziendale**, tramite la contrattazione di secondo livello. In questa prima fase, pertanto, la sanità integrativa risultava appannaggio di una minima parte di lavoratori di ciascun settore, essendo essa abitualmente garantita soltanto da aziende medio-grandi che, come tali, non rappresentano la parte preponderante del tessuto produttivo e con coperture che spesso erano riferite ai soli livelli impiegatizi e manageriali. In un secondo momento, la sanità integrativa si è invece sviluppata a livello di comparto lavorativo, grazie al crescente interesse progressivamente assunto dal tema salute anche nella **contrattazione collettiva nazionale**.

Sia la contrattazione nazionale che quella di secondo livello, utilizzando le opportunità riconosciute dalla citata normativa fiscale, hanno sviluppato e consolidato negli ultimi dieci anni forme di assistenza sanitaria integrativa che hanno avuto il merito di:

- **individuare in maniera più specifica il reale fabbisogno sanitario riferito agli specifici target produttivi**, sia in termini di prestazioni aggiuntive rispetto a quelle già garantite dall'assistenza pubblica, sia in termini di maggior efficienza dei meccanismi di accesso alle stesse prestazioni già garantite;
- **allargare la platea dell'utenza reale** verso le categorie con minore capacità di spesa, cercando di eliminare le c.d. barriere d'ingresso a diversi servizi e prestazioni;
- **uniformare le differenze socio-sanitarie fra le Regioni** e, all'interno di ciascuna di esse, fra i diversi territori.

Complessivamente il mercato della sanità integrativa nel 2022 ha garantito copertura a 15,6 milioni di beneficiari, in aumento del +6,1% rispetto al 2019 (4,7 milioni) e del +108,3% rispetto al 2014 (7,5 milioni).



Fonte: Welfare Italia PMI 2020.

I **Fondi sanitari integrativi** si dividono in:

- **Fondi sanitari integrativi del SSN**, istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 del DL 502/92 e successive modificazioni (o **Fondi di tipo A**), così denominati perché garantiscono **soltanto prestazioni non coperte dal SSN (c.d. prestazioni integrative)**.
- **Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale**, di cui all'art. 51 comma 2, lettera a) del DPR 917/1986 (o **Fondi di tipo B**), che hanno una maggiore libertà d'azione, ben potendo essi garantire anche **prestazioni coperte del SSN (c.d. prestazioni sostitutive)**, a condizione però che destinino **almeno il 20% delle loro risorse annue (c.d. soglia delle risorse vincolate) a copertura di prestazioni integrative** riconducibili ad una delle categorie individuate dal Decreto Sacconi del 2009 (es. assistenza odontoiatrica).

Entrambe le tipologie di Fondi, al fine di garantire ai propri Iscritti le agevolazioni riconosciute dalla rispettiva normativa fiscale, devono iscriversi all'**Anagrafe dei Fondi Sanitari** e rinnovarne annualmente l'iscrizione. Tale adempimento costituisce condizione per la verifica della coerenza delle prestazioni erogate con i rispettivi ambiti di intervento, come sopra sintetizzati (in particolare, per i Fondi di tipo B costituisce condizione per la verifica della soglia delle risorse vincolate).

Dal 2012 al 2019, il numero dei fondi attestati dall'anagrafe è aumentato con un tasso di crescita medio pari al 2% circa, raggiungendo quota 321 fondi nel 2022. La tipologia enti, casse, società di mutuo soccorso costituisce il 96% del totale dei fondi censiti dall'Anagrafe **per un valore complessivo di prestazioni erogate pari a 2,8 miliardi di Euro nel 2019**. Tali fondi nascono principalmente dalla contrattazione nazionale, locale o aziendale, tra le rappresentanze sindacali e datoriali. Sono per lo più fondi "chiusi", ai quali possono aderire solo i lavoratori di uno specifico comparto ma generalmente consentono l'inclusione dei familiari.

Quanto alla erogazione delle prestazioni, se si escludono alcuni fondi storici, che prestano forme di sanità integrativa per dirigenti, giornalisti, chimici e poche altre categorie, sotto la c.d. forma dell'"autogestione", i **Fondi Nazionali hanno preferito affidarne la gestione alle compagnie assicurative, ciò al fine di evitare di correre in proprio il rischio assicurativo legato alle oscillazioni relative sia all'aumento della frequenza, sia al costo delle prestazioni.**

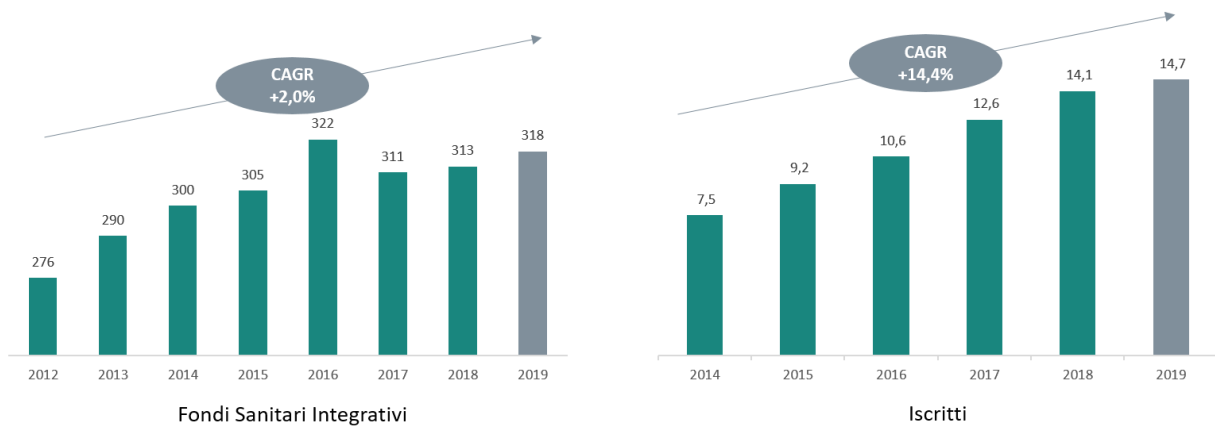


Figura 9. Fondi sanitari integrativi attestati all'anagrafe in Italia (numero e CAGR), 2012-2019, iscritti ai Fondi sanitari integrativi attestati all'anagrafe in Italia (numero e CAGR), 2014-2019. Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - Anagrafe dei Fondi Sanitari, 2021.

Parallelamente all'aumento del numero di fondi sanitari, nel periodo 2014-2022, il numero totale degli iscritti è cresciuto da 7,5 a 15,6 milioni di soggetti. In particolare, nel 2019, ultimo anno disponibile, il totale dei lavoratori (dipendenti e non dipendenti) era di 10,4 milioni e il totale dei familiari dei lavoratori (che rientravano quindi come iscritti ai Fondi sanitari) era di 3,6 milioni, mentre il numero dei pensionati e familiari dei pensionati era di 0,7 milioni.

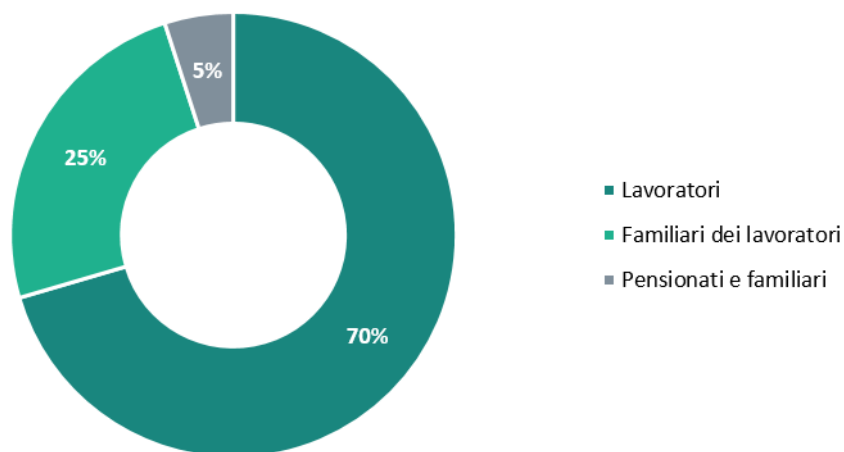
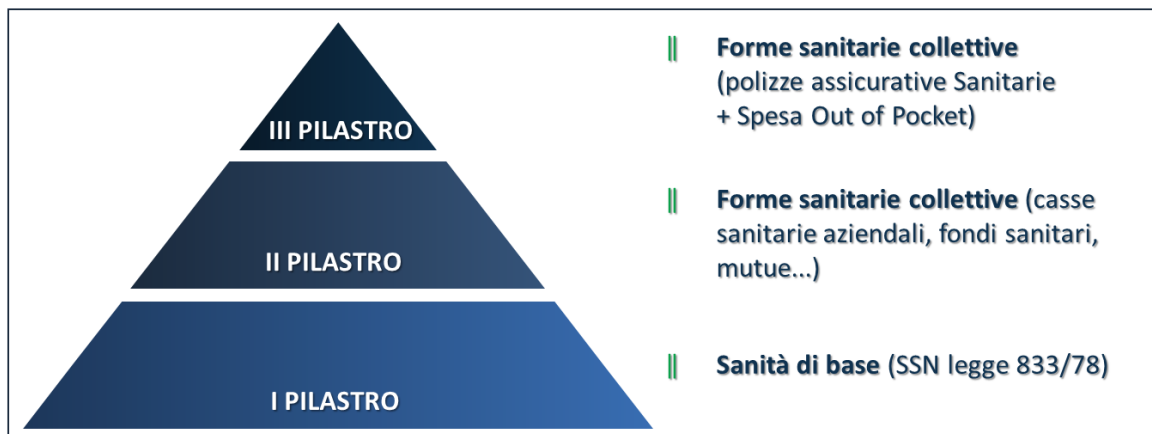


Figura 10. Tipologia degli iscritti ai Fondi Sanitari Integrativi (valori in percentuale), 2019. Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - Anagrafe dei Fondi Sanitari, 2020.

Di fatto, la salute in Italia oggi è declinata in tre pilastri: il primo pilastro costituito dalla Sanità di Base (SSN, Legge 833/1978), il secondo pilastro composto dalle forme sanitarie collettive (Casse, Fondi Sanitari, Mutue) e il terzo pilastro, dato dalle forme sanitarie integrative individuali (assicurazioni sanitarie e spesa out of pocket).



MACRO COPERTURE SANITARIE PREVISTE IN GENERALE DAI FONDI NAZIONALI

I dati di UniSalute relativi ai Fondi – che rappresentano circa 6,5 milioni di iscritti ai Fondi sanitari nazionali integrativi di categoria attivati da CCNL – consentono di evidenziare come il 31% delle prestazioni intercettate dai Fondi sia diretto alla tipologia di spesa specialistica, il 33% ai ricoveri, il 23% all’odontoiatria, il 5% alla prevenzione e il restante 8% ad altre coperture.

Il contributo a disposizione dei Fondi attualmente in gestione di UniSalute, così come stabilito da CCNL, si attesta mediamente intorno ai 100 Euro annui per dipendente. E’ evidente che solo attraverso una gestione collettiva e mutualistica del rischio sanitario di milioni di lavoratori si possono, con cifre ridotte, gestire cure e prestazioni alle quali, altrimenti, i dipendenti con un reddito pro capite medio/medio-basso, dovrebbero rinunciare, con il beneficio altresì di non escludere i soggetti fragili, con patologie o a rischio, che non potrebbero essere assicurati con una copertura individuale, se non a costi ben più elevati.

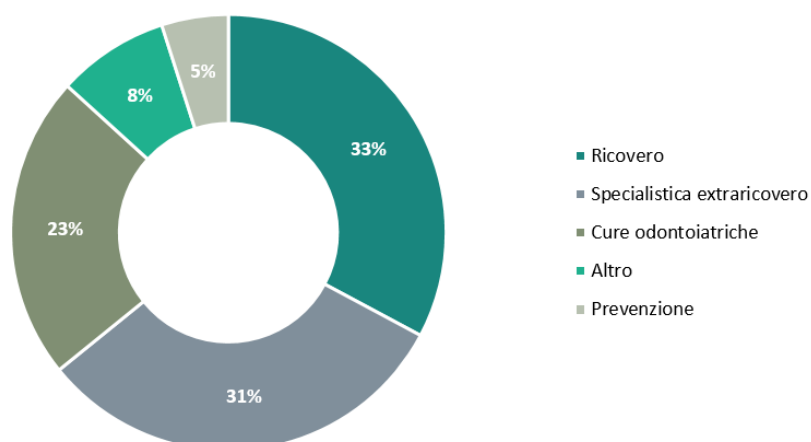


Figura 11. Spesa intercettata dai Fondi Sanitari Integrativi (valori in percentuale), 2019. Fonte: dati UniSalute

A questo riguardo, è importante notare che i Fondi Sanitari Integrativi di tipo B, ovvero Enti, casse, società di mutuo soccorso con fine assistenziale, che rappresentano la categoria di Fondi nettamente prevalente, garantiscono oggi **prestazioni integrative non coperte dai LEA per una percentuale superiore al minimo di legge fissato nel 20%**. Secondo i dati dell’anagrafe dei Fondi Sanitari, relativi al 2019, il totale delle prestazioni garantite appartenenti a categorie extra-LEA si aggira attorno al 33%. Di queste prestazioni, la maggior parte è di tipo odontoiatrico (pari a circa il 69% delle prestazioni totali garantite dai fondi iscritti all’anagrafe dei fondi sanitari).

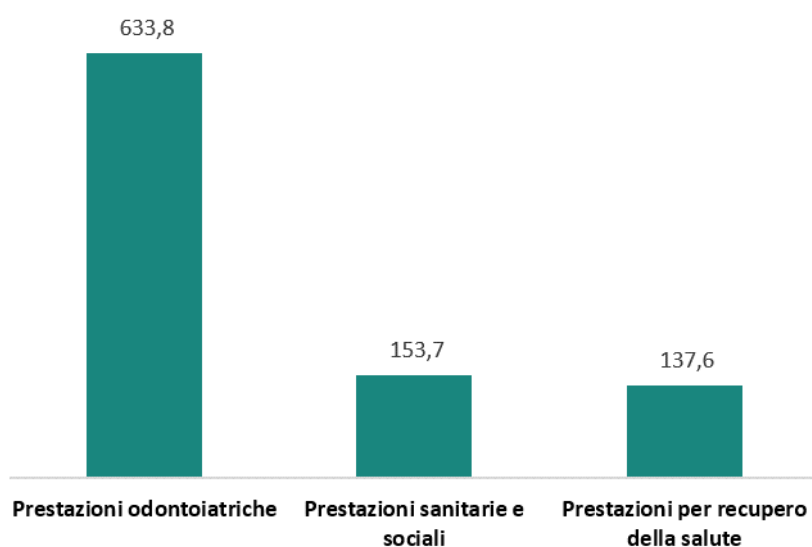


Figura 12. Prestazioni extra-LEA erogate dai fondi sanitari integrativi appartenenti alla c.d. tipologia ex “non DOC” (Enti, casse, società di mutuo soccorso con fine assistenziale), (milioni di Euro), 2019. Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute - Anagrafe dei Fondi Sanitari, 2021.

Come anticipato, infatti, i Fondi Sanitari di tipo B devono attestare su base annua di aver garantito prestazioni con valore fiscale non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo tra le seguenti categorie:

- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio;
- **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;
- prestazioni finalizzate al **recupero della salute** di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio non comprese nei livelli essenziali di assistenza;
- prestazioni di **assistenza odontoiatrica**.

Il resto delle prestazioni garantite dai Fondi in questione, pur essendo, di fatto, prestazioni sostitutive rispetto a quelle garantite dal SSN, contribuisce tuttavia a **migliorare l'efficienza del sistema complessivo**, mitigando in parte il problema delle **lunghe lista d'attesa** che spesso rendono inaccessibili le prestazioni del SSN, sebbene formalmente garantite. Si nota infatti che, come visibile dal grafico successivo, **le rinunce a visite specialistiche sono più alte nel Centro-Sud del Paese dove il ruolo dei fondi sanitari integrativi è più limitato.**

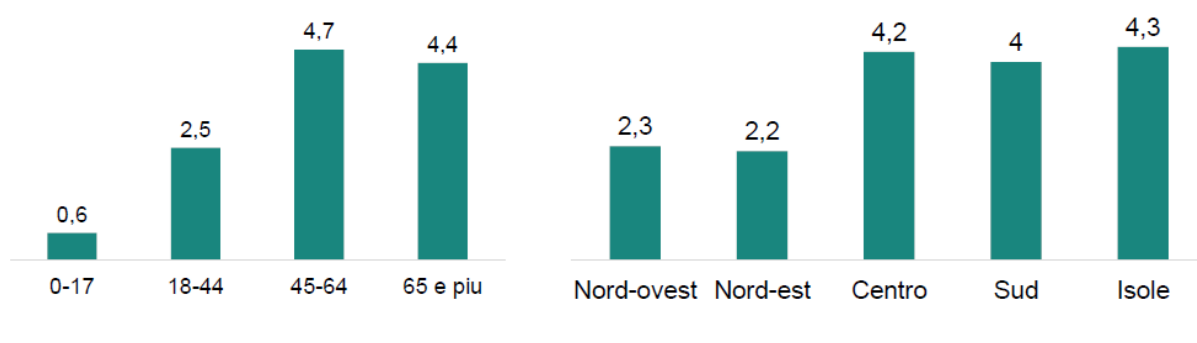


Figura 13. Rinuncia a visite specialistiche (escluse odontoiatriche) o ad accertamenti specialistici per fasce di età (a sinistra nel grafico) e macro-area geografica (a destra nel grafico), (valori per 100 persone con le stesse caratteristiche), 2017. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2020.

Gran parte dei **beneficiari** dei Fondi Sanitari Integrativi, infatti, si concentra nelle regioni del **Centro Nord** (la sola **Lombardia supera il 30% del totale dei beneficiari**) dove è più forte la presenza del SSN e dove si concentra il maggior numero di imprese.

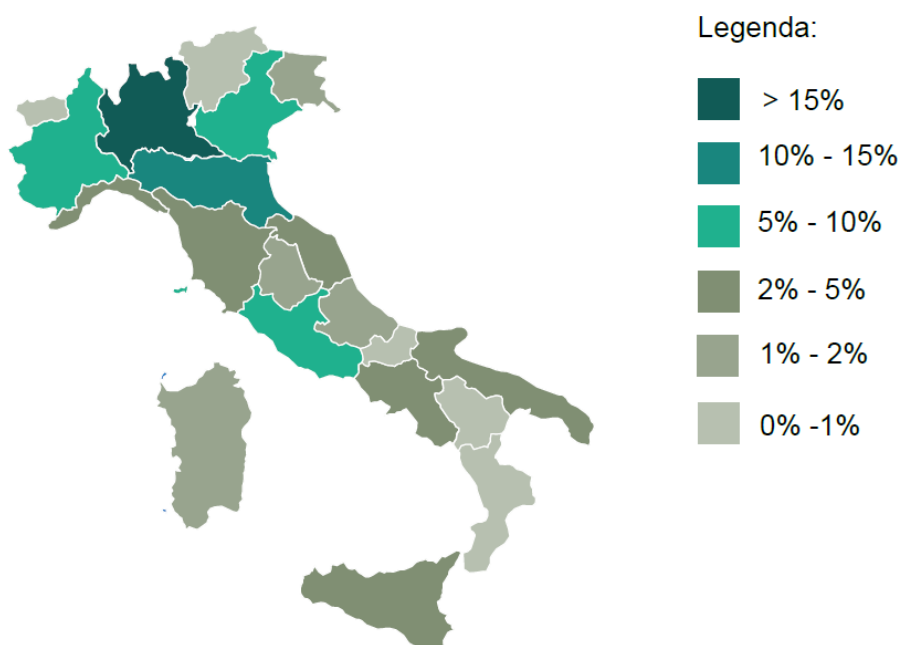


Figura 13bis. Distribuzione territoriale degli aderenti a fondi di sanità integrativa nelle Regioni italiane (valori in percentuale). Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati UniSalute, 2022.

I BENEFICI FISCALI CONNESSI AI FONDI SANITARI

Relativamente ai **benefici fiscali** connessi alla contribuzione ai Fondi Sanitari, si rileva in primo luogo che gli artt. 10 e 51 del T.U.I.R. – ovvero le norme che disciplinano il trattamento fiscale dei contributi all’attenzione – si riferiscono a tipologie di reddito differenti, riconoscendo, il primo, la deducibilità dei contributi ai Fondi A dal reddito complessivo del contribuente, mentre, il secondo, la non concorrenza dei contributi ai Fondi B alla formazione del solo reddito di lavoro dipendente, con l’evidente conseguenza che **la platea dei potenziali iscritti ai Fondi B risulta circoscritta ai soli lavoratori dipendenti o assimilati**. Ferma questa sostanziale differenza, le agevolazioni fiscali riconosciute ai contributi di ciascuna tipologia di Fondi (A e B) presentano caratteristiche simili, in particolare, per quanto concerne:

- la soglia annuale di deducibilità della relativa contribuzione, pari a 3.615,20 Euro: il suddetto limite è unico e complessivo per entrambe le categorie di Fondi (A e B);
- la possibilità di versare i contributi deducibili anche nell’interesse dei familiari di cui all’art. 12 del T.U.I.R., pur restando invariato il limite di cui al punto che precede;
- l’obbligo di iscrizione del Fondo - che percepisce la contribuzione agevolata - all’Anagrafe dei Fondi Sanitari;
- la possibilità per il contribuente di detrarre il 19% (per l’importo della spesa che eccede 129,11 Euro) delle sole spese sanitarie non rimborsate dal Fondo (o della quota di spesa sanitaria non rimborsata).

La normativa fiscale e contributiva incentiva anche i Datori di Lavoro a promuovere l’assistenza sanitaria integrativa dei propri dipendenti, in quanto:

- l’importo dei contributi versati ai Fondi rappresenta costo per lavoro dipendente deducibile, in quanto tale, dal reddito d’impresa calcolato ai fini IRES e, in gran parte, anche ai fini IRAP;
- in luogo della contribuzione previdenziale e assistenziale ordinaria, i contributi a carico del datore di lavoro versati ai Fondi sono assoggettati ad un contributo di solidarietà pari al 10% da devolvere alle gestioni pensionistiche di legge cui sono iscritti i lavoratori.

Alla luce di quanto sinora esposto, **il sistema dei Fondi Sanitari ha un costo pubblico inferiore al costo delle stesse prestazioni qualora venissero offerte all’interno del SSN**.

Secondo i dati dell’Anagrafe dei Fondi, le prestazioni erogate dai Fondi Sanitari (per i quali vige il principio della deducibilità dal reddito per i contributi versati per l’iscrizione al Fondo) ammontano a **2,8 miliardi di Euro** per l’anno 2019.

Ipotizzando che l’intero importo dei contributi sia stato dedotto in dichiarazione da parte degli aventi diritto, il costo per le casse dello Stato può essere stimato sulla base della riduzione di gettito calcolata con l’aliquota media IRPEF. La stima identifica probabilmente un maggiore impatto di quello effettivo

considerando che l'aderente potrebbe non avere un reddito capiente. Secondo i dati diffusi dal MEF¹ relativi all'anno 2021 ben 10,4 milioni di contribuenti, rispetto ai totali 41,5 milioni, hanno un'imposta netta pari a zero e il 27% dei contribuenti si colloca al di sotto della fascia di reddito dei 15.000 Euro, ovvero all'interno dello scaglione IRPEF del 23%. L'aliquota media IRPEF per il 2021 risulta pari al 18,7%. Applicando tale aliquota al totale dei contributi che hanno alimentato le prestazioni dei fondi sanitari, commisurate sulla base dell'ultima rilevazione disponibile (anno 2019), la riduzione di gettito si può stimare in **524 milioni di Euro**².

In altri termini, **i fondi sanitari erogano un valore di prestazioni superiore al costo a carico delle finanze pubbliche**. Anche dirottando sul SSN i fondi del mancato gettito, servirebbero circa **2,7 miliardi di Euro** per garantire l'erogazione delle prestazioni che oggi transitano attraverso il sistema dei Fondi.

In sintesi, senza l'intermediazione dei Fondi Sanitari lo Stato dovrebbe aumentare la propria spesa per garantire lo stesso ammontare di prestazioni che sono erogate oggi ed i cui costi, per la componente dei Fondi Sanitari, sono sopportati dagli aderenti ai Fondi stessi.

Inoltre, è utile ricordare che – a differenza della spesa out-of-pocket – la spesa intermediata da Fondi alimenta enormemente il livello di compliance fiscale, in quanto le prestazioni rimborsate devono essere adeguatamente documentate e quindi, in linea di principio, determinano in capo al prestatore l'evidenza che porta all'assoggettamento del corrispettivo alle imposte dirette e indirette.

Un tema che è di particolare rilievo in un Paese in cui l'IVA non riscossa ammonta nel 2021 a 14,6 miliardi di Euro³– il valore più alto nella UE28 – e l'economia sommersa a 192 miliardi di Euro⁴. Per di più il settore dove il peso del sommerso è maggiore è quello degli "altri servizi alle persone", nel cui ambito ricadono le prestazioni sanitarie garantite dai Fondi. In questo settore il sommerso rappresenta il 34,6% del valore aggiunto prodotto, con una incidenza significativa del valore sotto dichiarato.

IL MODELLO UNISALUTE

UniSalute è la prima assicurazione sanitaria in Italia per numero di clienti gestiti. Si prende cura ogni giorno della salute di 10 milioni di persone provenienti dalle più grandi aziende italiane, dai Fondi sanitari di categoria e dalle Casse professionali.

Fondata dal Gruppo Unipol nel 1995, è l'operatore di riferimento nel mercato della sanità integrativa

¹ MEF "Report sulle dichiarazioni fiscali per l'anno 2021". L'imposta netta IRPEF totale dichiarata è pari a 171 miliardi di euro, mentre il reddito complessivo totale dichiarato, composto per circa l'83,2% da redditi da lavoro dipendente e da pensione, ammonta a oltre 912,4 miliardi di euro per un valore medio di 22.540 euro e con un'aliquota media risultante del 18,7%. Viene dichiarata da circa 31,3 milioni di soggetti, pari a circa il 76% del totale dei contribuenti. Circa 10,1 milioni di soggetti hanno un'imposta netta pari a zero"

² Pari a 2,8 mld x 18,7%. Il calcolo ipotizza altresì che non vi sia sfioramento del limite di cui all'art. 52 comma 1 lettera a) e dall'art. 10 comma 1 lett. e ter).

³ European Commission "Vat gap report for 2021" - https://taxation-customs.ec.europa.eu/business/vat/vat-gap_en

⁴Cfr ISTAT "Report economia non osservata per il 2021" - - <https://www.istat.it/it/files//2023/10/Report-ECONOMIA-NON-OSSERVATA-2021.pdf>

italiana ed è l'unica compagnia in Italia che si dedica **da oltre 28 anni esclusivamente alla protezione della salute** e offre piani sanitari personalizzati e integrati con un'ampia gamma di servizi per rispondere nel modo più efficace ai diversi bisogni di protezione per le aziende di ogni dimensione e tipo.

Garantisce ai propri assistiti l'accesso alle migliori strutture sanitarie in Italia e all'estero, tra cui ospedali (anche del SSN), case di cura, poliambulatori, centri diagnostici e fisioterapici, studi odontoiatrici e di psicoterapia, che costituiscono **un network convenzionato** presso cui gli assicurati possono accedere **in tempi rapidi** a prestazioni sanitarie di qualità con il pagamento diretto da parte di UniSalute (**nessun anticipo di denaro salvo quanto previsto dalle specifiche garanzie**).

La strategia di UniSalute è di identificarsi come vero e proprio **gestore del benessere a 360°**. Questo si traduce nella realizzazione di studi sulle condizioni di salute dei lavoratori e dei professionisti o in programmi di screening specifici (es. prevenzione oncologica, tutela della donna e della maternità) al fine di garantire **un'offerta integrata di servizi sanitari che abbiano un impatto reale e visibile sulla vita di tutti i giorni**.

Con un approccio integrato e altamente qualificato valutiamo insieme ai nostri clienti le caratteristiche del settore per mettere a punto le migliori soluzioni di sanità integrativa: prestazioni di ricovero, specialistica, alta specializzazione e diagnostica e altre ed altre coperture, alcune delle quali dal contenuto innovativo, quali:

- **cure odontoiatriche;**
- **assistenza e servizi per la non autosufficienza anche a domicilio (non autosufficienza);**
- **check-up annuali per favorire la prevenzione;**
- **servizi per la prevenzione dell'obesità e del sovrappeso nei bambini;**
- **servizi specifici per la maternità e per il benessere;**
- **assistenza infermieristica domiciliare;**
- **cure psicoterapiche e psicologia dell'emergenza;**
- **servizi di assistenza 24h su 24h, 365 giorni l'anno;**
- **teleconsulto e videoconsulto.**

Le coperture collettive rivolte ad aziende di ogni dimensione e tipo, sono costruite in base alle specifiche esigenze del cliente a cui affianchiamo consulenza in ambito fiscale e della normativa del lavoro.

Alcuni Piani sanitari prevedono altresì la possibilità di fare usufruire agli iscritti delle **tariffe agevolate UniSalute** anche per le prestazioni non previste dal Piano sanitario stesso o in caso di esaurimento del massimale a disposizione. Gli assicurati possono così usufruire di sconti rilevanti e hanno la possibilità di prendersi cura della propria salute senza gravare troppo sul bilancio familiare.

I TEMI APERTI PER IL POTENZIAMENTO DEI FONDI SANITARI

Alla luce dell'analisi condotta emerge che i **Fondi Sanitari Integrativi contribuiscono positivamente all'equilibrio del sistema sanitario del Paese, garantendo, grazie ad una gestione collettiva e mutualistica del rischio sanitario di milioni di lavoratori, l'erogazione di prestazioni per un valore superiore al costo a carico delle finanze pubbliche, garantendo altresì dei percorsi di sanità integrativa per lavoratori e famiglie con un reddito pro-capite contenuto che, viceversa, non avrebbero capacità di spesa per ottenere le prestazioni sanitarie necessarie. Mutualità ed obbligatorietà di copertura, inoltre, sono elementi cardine per garantire, con cifre ridotte, prestazioni e cure anche a soggetti fragili o con patologie, che non potrebbero essere assicurati con una copertura individuale, se non a costi ben più elevati.**

D'altronde, l'andamento crescente della spesa sanitaria privata conferma l'emergere di **nuovi bisogni di welfare oggi affrontati solo dalle famiglie con maggiore capacità economico-reddituale**, piuttosto che a un drenaggio di risorse dalla componente pubblica. In questo senso è esemplificativo che la correlazione tra spesa privata pro-capite e PIL pro-capite sia ben più alta di quella tra spesa privata pro-capite e spesa pubblica pro-capite.

In sintesi, incentivando l'adesione ai Fondi:

- si rende **più efficiente la spesa privata** trasferendo quote di questa spesa da una forma cash, quale la spesa out-of-pocket, ad una fondata su criteri di mutualità e di governo dei costi;
- si accresce la trasparenza complessiva favorendo **l'emersione del sommerso** per il tramite dei Fondi, che si fanno carico di raccogliere la documentazione di spesa per rimborsare le prestazioni sanitarie e di **calmierare i prezzi** delle singole prestazioni a favore delle categorie meno abbienti, trasferendo un concetto di mutualità indispensabile anche in capo ai fornitori privati. **Se così non fosse sarebbe pressoché impossibile con soli 100 euro pro capite garantire le medesime prestazioni sanitarie.**

Il Think Tank "Welfare, Italia", nel Rapporto 2020, ha messo a punto una nuova definizione del welfare in: *"Il sistema di strumenti, servizi e interventi finalizzati ad offrire ai cittadini le migliori e le più moderne risposte universalistiche di protezione sociale abilitando le condizioni per la piena autorealizzazione e proattività dell'individuo, garantendo la tenuta sociale del Paese e la protezione di coloro che necessitano di tutele attraverso strumenti mirati verso un modello di welfare di precisione"*.

I principi su cui poggia questa visione evolutiva del welfare sono quelli di **velocità, flessibilità e personalizzazione** delle prestazioni e la predisposizione di un modello integrato che metta a sistema i diversi attori (pubblici, privati e no profit) è la modalità operativa per darvi applicazione.

Il ruolo dei Fondi, così come delineato nei paragrafi precedenti, si inserisce coerentemente in questo **percorso evolutivo del sistema di welfare italiano**. Per una sua piena valorizzazione all'interno di questo contesto evolutivo è, però, necessario affrontare **alcuni temi aperti**:

- la **definizione delle prestazioni integrative**, superando le attuali incertezze legate alla perimetrazione

delle prestazioni LEA ed extra-LEA, dovuta, come correttamente ricordato da MEFOP⁵, alla **confusione interpretativa delle norme** – in cui ci vige una minore disciplina di quanto in essere per i sistemi integrativi di tipo previdenziale – ma anche alla alta interpretabilità di che cosa sia una prestazione integrativa;

– l'identificazione di un **sistema di monitoraggio puntuale** delle attività dei fondi sanitari integrativi, anche attraverso l'istituzione di una **Authority** del sistema della sanità integrativa, che vigili sulla governance dei Fondi, garantendo trasparenza e livelli di capitalizzazione adeguati;

– la raccolta di **dati sulle attività dei fondi** che ne valorizzino il ruolo come secondo pilastro del sistema sanitario, superando l'attuale frammentazione e sovrapposizione normativa;

– **superare l'attuale ripartizione dei fondi di tipo A e B** prevedendo un'unica categoria delineata secondo i vincoli dei fondi di tipo B, **estesa anche ai lavoratori aventi rapporti di lavoro diversi da quelli di tipo dipendente**, superando una ripartizione probabilmente non giustificata, anche considerando il ridotto sviluppo registrato dai fondi di tipo A (al 2020 sono 12);

– **incrementare il limite di deducibilità dei 3.615 euro**, introdotto a partire dall'anno 1998 a mai più adeguato, quantomeno in presenza di familiari a carico.

Dunque, anche a nostro avviso, è auspicabile un intervento normativo che possa garantire uno sviluppo sempre più armonico del sistema della sanità integrativa, ormai divenuta indispensabile nel comune sentire degli oltre 15 milioni di italiani che già ne usufruiscono, che garantisca la diffusione e l'uso dei fondi di sanità integrativa anche nelle Regioni del sud del nostro paese, dove la rinuncia alle cure è certamente anche alimentata dalla limitata presenza dei fondi di sanità integrativa.

⁵ Fonte: MEFOP, "Documentazione per l'audizione all'indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale", 27 febbraio 2019.

IL SISTEMA PREVIDENZIALE ITALIANO

Anche il sistema previdenziale è articolato in **tre pilastri**, di cui due riferibili alla previdenza complementare che si affianca a quella obbligatoria. Il primo pilastro comprende le forme di **previdenza pubblica obbligatoria** finanziate dai lavoratori e dai datori di lavoro durante tutto il corso della vita lavorativa; il secondo pilastro si riferisce alle forme di previdenza complementare di natura collettiva e di origine contrattuale, attuate mediante i Fondi Pensione Negoziali (di nuova generazione o c.d. “Preesistenti”) nonché mediante **i fondi pensione aperti**; il terzo pilastro comprende infine le forme di previdenza complementare destinate a raccogliere le **adesioni individuali**.

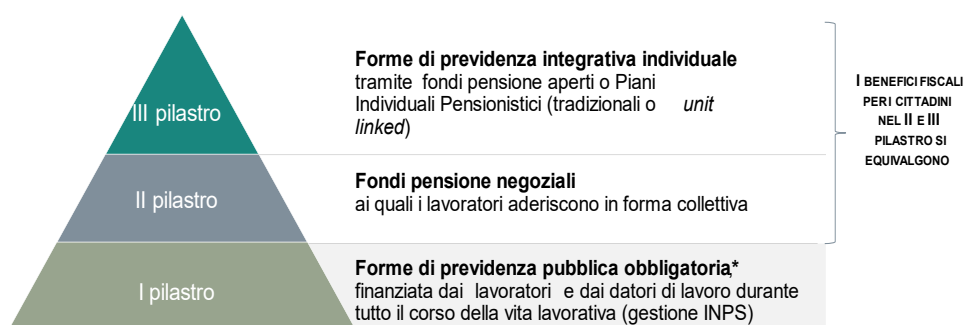


Figura 14. I tre pilastri che compongono il sistema previdenziale italiano. Il sistema a ripartizione prevede che le pensioni erogate siano pagate con i contributi di chi è in servizio in quel momento. In definitiva, l'onere pensionistico è ripartito sui lavoratori correnti. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti, 2023.

Seppur rappresentino ancora un valore limitato rispetto alla componente pubblica, i contributi versati alle diverse forme di previdenza complementare (ad eccezione di una lieve flessione nel 2019) sono in continua crescita e nel 2022 (ultimo dato ufficiale disponibile) hanno raggiunto i **18,2 miliardi di Euro**, con un tasso di crescita pari a **+3,4%** rispetto al 2021 e **+58,3%** rispetto al 2010.

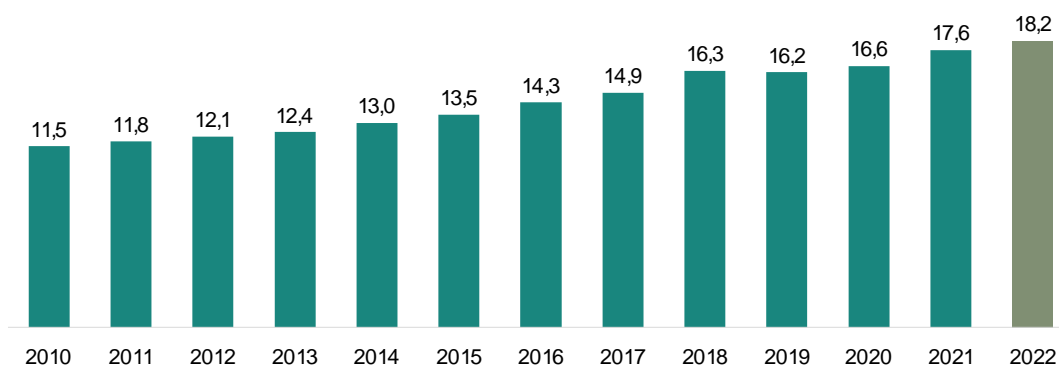


Figura 15. Contributi in forme di previdenza integrativa privata in Italia (valori in miliardi di Euro), 2010-2022. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati COVIP, 2023.

Sempre al 2022 erano attive **332 forme pensionistiche complementari** così distribuite: **33** fondi negoziali, **40** fondi aperti, **191** fondi preesistenti (ovvero già istituiti alla data del 15 novembre 1992, e cioè prima che venisse disciplinato in modo organico il sistema della previdenza complementare dal decreto legislativo 124/1993) e **68** Piani Individuali Pensionistici (PIP), che comprendono un totale di **10,3 milioni di posizioni in essere** e **9,2 milioni di iscritti**.

Anche qui, come per la sanità integrativa, vediamo che gli aderenti non sono uniformi sull'intero territorio nazionale. Nel 2022, il **tasso di partecipazione nazionale** a tali forme complementari si attesta al **36,2%** della forza lavoro (25,1 milioni di persone), per un totale di **9,1 milioni di aderenti**. Il suddetto tasso di partecipazione non è omogeneo all'interno del Paese posto che si evidenziano gradi differenziati di adesione per aree geografiche. Considerando, infine, gli individui che nel 2022 hanno effettivamente versato contributi nelle forme previdenziali a cui hanno aderito, il tasso di partecipazione si ferma al **26,3%** (in crescita di 0,9 punti percentuali rispetto all'anno precedente).

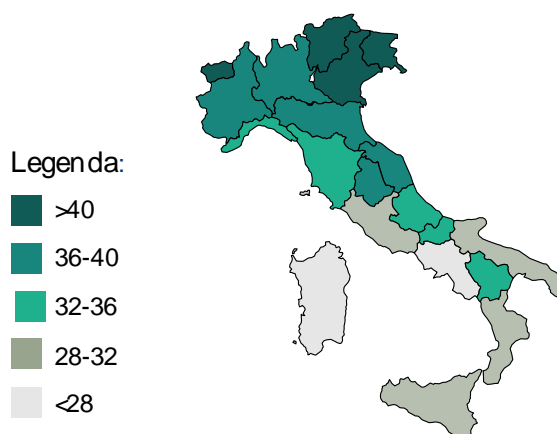
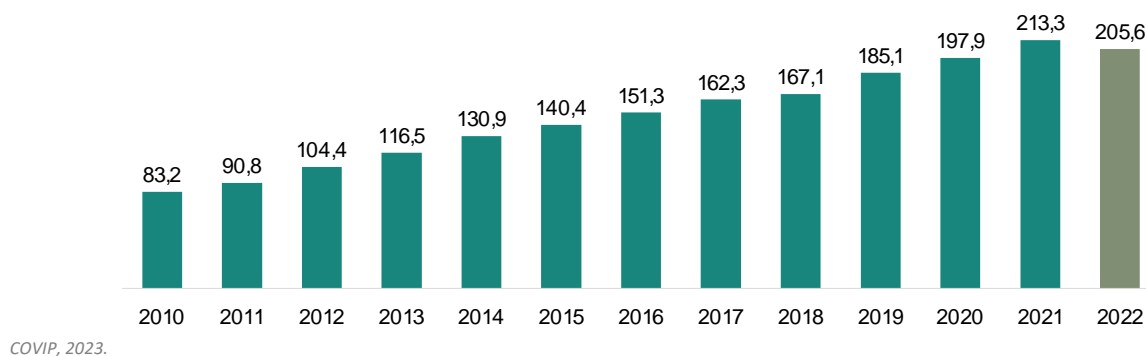


Figura 16. Tasso di partecipazione a forme pensionistiche complementari (iscritti in percentuale delle forze lavoro), 2022. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati COVIP, 2023.

Per quanto riguarda invece l'Attivo Netto Destinato alle Prestazioni (ANDP) vale a dire **i patrimoni gestiti dalle diverse forme di previdenza complementare, nel 2022 si interrompe una tendenza di crescita iniziata nel 2010** e proseguita fino al 2021. Nel 2022 infatti tale valore è di 205,6 miliardi di euro, in diminuzione del -3,6% rispetto ai 213,3 miliardi di euro dell'anno precedente: la diminuzione del 3,6% è causata dalle perdite in conto capitale sul portafoglio titoli determinate dall'andamento negativo dei mercati finanziari nell'anno 2022.

Figura 17. Risorse destinate alla previdenza complementare in Italia (miliardi di Euro), 2010-2022. Fonte: elaborazione The European House - Ambrosetti su dati



L'ANDP totale (205,6 miliardi di euro) è ripartito tra le diverse tipologie di forme pensionistiche complementari esistenti nella misura di seguito riportata:

- Il 31,3% affluisce ai **fondi preesistenti**, forme pensionistiche complementari già istituite alla data del 15 novembre 1992, e cioè prima che venisse disciplinato in modo organico il sistema della previdenza complementare dal decreto legislativo 124/1993 (-0,4 p.p. rispetto al 2021);
- Il 29,7% affluisce ai **fondi negoziali** di nuova generazione (-0.9 p.p. rispetto al 2021);
- Il 13,6% affluisce ai **fondi aperti**, forme pensionistiche complementari istituite da enti quali banche e imprese di assicurazioni e aperti all'adesione su base sia individuale che collettiva (dato invariato rispetto al 2021);
- Il 25,4% affluisce ai **Piani Individuali Pensionistici di tipo assicurativo** (PIP "nuovi" e "vecchi"), istituiti da imprese di assicurazioni e che possono raccogliere adesioni solo su base individuale (+1,3 p.p. rispetto al 2021).

Le analisi effettuate sulla composizione della platea degli aderenti alle diverse forme di previdenza complementare hanno evidenziato che, allo stato attuale:

- Il sistema accoglie prevalentemente uomini di età matura, residenti prevalentemente nel Nord del Paese e dipendenti da imprese mediamente solide ed in grado di dare continuità ai flussi di contribuzione;
- I giovani, le donne ed in genere i soggetti con forte discontinuità lavorativa sono meno presenti.

Quanto sopra riferito lascerebbe supporre che i soggetti socialmente più vulnerabili e, quindi, quelli che più di altri avrebbero necessità di costruirsi un futuro previdenziale più solido, trovano più ostacoli per aderire alle diverse forme di previdenza complementare.

Le tendenze strutturali sopra evidenziate depongono a favore di un urgente intervento del decisore politico.

ALCUNE PROPOSTE PER LO SVILUPPO DELLA PREVIDENZA COMPLEMENTARE IN ITALIA

Il Gruppo Unipol opera da oltre 25 anni nel settore della previdenza complementare e nel 2023 ha confermato la propria posizione di rilievo nel mercato. Infatti, gestisce complessivamente:

- 28 mandati di gestione di Ramo VI assicurativo relativi a fondi pensione negoziali per un patrimonio complessivo pari ad euro 5.833 milioni (di cui 5.185 con garanzia di restituzione del capitale);
- 50 convenzioni assicurative di Ramo I, III e V relative a fondi pensione c.d. preesistenti per un patrimonio complessivo pari ad euro 7.128 milioni;
- Un fondo pensione aperto con patrimonio pari a 953 milioni di euro riferito a 41.337 aderenti;
- Piani Individuali Pensionistici (PIP) per un ammontare complessivo di euro 3.183 milioni riferito a 224.689 iscritti.

Il Gruppo Unipol nella sua veste di primario operatore di mercato, con il supporto scientifico del Think Tank “Welfare, Italia”, propone a codesta rispettabile Commissione alcune linee di intervento volte a corroborare il sistema della previdenza complementare.

Si propone di sostenere la **crescita del sistema previdenziale complementare** nell’ecosistema di *welfare* del Paese, **in particolare nelle Regioni del sud**, attraverso l’adozione di modalità di adesione semi automatiche, nonché di modalità di risparmio incentivato dedicate alle giovani generazioni ed infine introducendo elementi maggiore flessibilità.

In particolare, non possiamo che concordare con la riproposizione del meccanismo di adesione automatica ai fondi pensione realizzata nel 2007, che andrebbe ridisegnata correggendo gli aspetti critici evidenziati da Covip nel proprio intervento avanti codesta rispettabile Commissione. Nello specifico, la proposizione del **silenzio-assenso** potrebbe oggi essere meglio realizzata disincentivando le aziende a trattenere il TFR nel proprio ambito, anche favorendo forme telematiche di gestione delle adesioni, per avvicinare le fasce più giovani della platea di lavoratori.

A tale riguardo poi, con specifico riferimento alle nuove modalità di **risparmio finalizzato ad una più ampia inclusione delle generazioni più giovani**, la proposta è di introdurre **forme di risparmio incentivato** – sul modello dei *Children’s Savings Accounts* (CSA) – per favorire il risparmio previdenziale integrativo fin dai primi anni di vita. I CSA sono degli strumenti finanziari attivati alla nascita o nei primi anni di vita che prevedono che le famiglie versino regolarmente dei piccoli risparmi in un conto dedicato, e che questi risparmi siano moltiplicati (o incentivati con altre forme di supporto finanziario pubblico o privato) alla condizione che le somme accumulate siano spese per una specifica funzione (per esempio l’istruzione). L’obiettivo è, da un lato, favorire l’accumulo di risorse finanziarie destinate all’istruzione e, dall’altro, rafforzare **le aspirazioni e le aspettative familiari sull’istruzione dei figli**.

Tale modello potrebbe essere replicato prevedendo tra le diverse finalità del risparmio anche la previdenza complementare.

In questo solco, il Gruppo Unipol ha iniziato a proporre la vendita del proprio **PIP al "target Young"** con una configurazione dedicata che riduce i costi di partecipazione rispetto alla ordinaria modalità di proposizione adottata dal Gruppo. Infatti, l'adesione al PIP multiramo UnipolSai prevede una riduzione del 50% delle spese a carico dell'aderente da sostenere durante la fase di accumulo, su tutti i versamenti effettuati al Piano Individuale Pensionistico fino al compimento del 26° anno di età, impegno volto ad incentivare e sostenere la previdenza complementare tra i giovani.

Sempre con riferimento a tale ambito di intervento si propone l'**esenzione** dalla applicazione dell'imposta sui rendimenti realizzati per i giovani di età inferiore a 27 anni in coerenza con l'assunto che ciascun soggetto possa e debba dare il proprio contributo per agevolare l'adesione dei giovani alle diverse forme di previdenza complementare.

Per quanto riguarda l'ultimo ambito di possibile intervento (**agevolare la flessibilità del sistema**), con l'obiettivo di favorire l'adesione alle forme di previdenza complementare, si suggerisce l'introduzione di alcuni correttivi, tra i quali indichiamo:

- la "**portabilità**" da un anno all'altro dell'ammontare di deducibilità fiscale non utilizzato in un determinato anno (per esempio, consentirebbe di sommare i massimali di deducibilità fiscale per le somme versate nell'anno 2020 e 2021, recuperando la quota di deducibilità non fruita sui redditi 2020 a causa di minori versamenti per effetto dell'emergenza pandemica);
- la possibilità di ottenere **anticipazioni straordinarie** sulla prestazione a prescindere dall'anzianità di iscrizione (oggi sono previsti almeno 8 anni di iscrizione) al verificarsi di particolari circostanze, ovvero eventi preventivamente definiti e localizzabili come una calamità naturale o una pandemia;
- la possibilità di consentire il **trasferimento ai propri figli** della posizione maturata dal titolare al proprio pensionamento, in luogo della riscossione della prestazione, per stimolare l'adesione alla previdenza complementare.

CONCLUSIONI

All'esito della disamina condotta, può concludersi che i due sistemi, sanità integrativa da un lato e previdenza complementare dall'altro, pur facendo parte entrambi dell'ecosistema welfare del nostro Paese, presentano **differenze importanti**, che riteniamo debbano essere adeguatamente evidenziate.

Nello specifico, la sanità integrativa è caratterizzata dal rischio costante dell'aumento di utilizzo delle prestazioni sanitarie, anche in relazione all'invecchiamento della popolazione. Come anticipato nel corpo della relazione, si tratta di **un rischio tipicamente assicurativo**, che può essere gestito solo con le regole dell'obbligatorietà e della mutualità e del quale è altamente consigliabile il trasferimento su operatori specializzati, quali le compagnie assicurative.

La previdenza complementare è invece **una forma di accumulo di risorse dei lavoratori, ad essi destinate**, la cui gestione è affidata ad operatori specialistici, per la salvaguardia e la tutela dei capitali dal rischio finanziario. In tale ambito, pertanto, auspichiamo forme di incentivazione della platea dei contribuenti, ma esclusivamente nell'interesse della collettività, posto che la non obbligatorietà non mette in crisi il sistema, ma ne favorisce le diseguaglianze, lasciando indietro proprio i più fragili, specie nelle Regioni del sud.