

MUTUALITÀ E SOSTENIBILITÀ NEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI

Un equilibrio da ricostruire, tra prospettive normative e responsabilità professionali

DI LUCIANA MARI CONSULENTE DEL LAVORO IN MILANO

Il 27 aprile 2026 l'Università degli Studi di Milano ha ospitato il convegno "Previdenza complementare, sanità integrativa e *welfare* aziendale: nuove traiettorie normative e ricadute sistematiche sulla previdenza contrattuale". L'iniziativa ha riunito rappresentanti del mondo accademico, istituzionale e professionale – Inps, Mefop, Ordine dei Consulenti del Lavoro di Milano – e ha visto la partecipazione, con una relazione introduttiva, della COVIP. Le riflessioni che seguono raccolgono e sviluppano lo spunto emerso da quella giornata sul tema del rapporto tra mutualità e sostenibilità nella sanità integrativa, tema della tavola rotonda alla quale ho partecipato, arricchito da un elemento di attualità normativa non trascurabile: la conversione in legge del Decreto legge n. 19/2026, avvenuta con Legge n. 50/2026 pubblicata in Gazzetta Ufficiale il 20 aprile scorso – pochi giorni prima del convegno – ha "ridisegnato" il quadro di vigilanza sui fondi sanitari, mantenendo alcuni elementi di rafforzamento della trasparenza ma stralciando l'ipotesi originaria di attribuzione alla COVIP di una funzione strutturata di controllo prudenziale.

UN FALSO DILEMMA

Mutualità e sostenibilità vengono spesso presentate come due poli in tensione: da una parte la generosità delle prestazioni, dall'altra il rigore dei conti. È una rappresentazione fuorviante, che rischia di condizionare in modo distorto anche il dibattito pubblico. La mutualità autentica – quella che redistribuisce il rischio tra giovani e anziani, tra sani e malati, tra redditi diversi – è precisamente ciò che

rende un sistema più efficiente, perché amplia la base e stabilizza i costi. La sostenibilità, a sua volta, non è solo equilibrio economico di breve periodo: è la condizione che permette alla mutualità di durare nel tempo e di configurarsi come un vero patto tra generazioni. Non sono alternative, ma dimensioni che si tengono reciprocamente.

Da questa premessa nasce l'esigenza di guardare al sistema dei fondi sanitari integrativi con uno sguardo che tenga insieme le due dimensioni, evitando sia le derive puramente economiche sia le impostazioni destinate a rivelarsi insostenibili nel medio-lungo periodo.

UN CONTESTO PROFONDAMENTE CAMBIATO

La crescita significativa che la sanità integrativa ha conosciuto negli ultimi anni, sostenuta in larga parte dalla contrattazione collettiva, avviene in un contesto demografico profondamente mutato. L'Italia è oggi uno dei Paesi più anziani al mondo, con una quota molto ampia di popolazione ultrasessantacinquenne e con una prospettiva di ulteriore invecchiamento nei prossimi decenni. Parallelamente aumentano le patologie croniche, che assorbono una parte sempre più consistente della spesa sanitaria complessiva. È un dato di fondo che cambia la natura stessa della domanda di salute, e che mette inevitabilmente sotto pressione anche l'architettura della sanità integrativa.

A questa evoluzione di ordine quantitativo se ne accompagna una qualitativa, forse ancora più impegnativa. I fondi sanitari erano nati per coprire prevalentemente prestazioni acute e odontoiatriche; oggi si trovano a rispondere a bisogni radicalmente diversi – assistenza di ►

lungo periodo, non autosufficienza, salute mentale, cure domiciliari – che hanno caratteristiche completamente differenti: durata più estesa, prevedibilità minore, costo crescente nel tempo. È una trasformazione che interroga la struttura stessa delle coperture e richiede un ripensamento profondo, non solo un ampliamento incrementale delle prestazioni esistenti.

IL QUADRO REGOLATORIO DOPO LA LEGGE 50/2026

Su questo scenario si è recentemente inserita una novità normativa che merita attenzione particolare. Il Decreto legge n. 19/2026 aveva introdotto, nella sua formulazione originaria, un cambio di passo significativo, attribuendo alla COVIP una funzione strutturata di vigilanza sui fondi sanitari e sociosanitari integrativi, con supervisione estesa agli assetti di *governance*, alla gestione amministrativa e finanziaria, agli equilibri di lungo periodo. Si sarebbe trattato dell'introduzione, nel settore, di un modello di vigilanza prudenziale analogo a quello già in vigore per la previdenza complementare.

In sede di conversione, tuttavia, l'articolo è stato riformulato. La Legge n. 50/2026 ha mantenuto solo una parte dell'impianto originario: gli obblighi di trasparenza, con la pubblicazione dei bilanci entro tre mesi dalla chiusura dell'esercizio, e il rafforzamento del ruolo dell'Anagrafe dei Fondi presso il Ministero della Salute come strumento di presidio. La parte relativa alla vigilanza prudenziale COVIP è stata invece stralciata.

È un primo passo importante, che riconosce la centralità della trasparenza come precondizione di ogni ulteriore sviluppo. Tuttavia, lascia aperto il nodo strutturale. Il settore resta senza un'autorità di vigilanza paragonabile a quella che nella previdenza complementare la COVIP ha costruito in oltre vent'anni: controllo prudenziale, requisiti soggettivi per gli amministratori, verifica della sostenibilità di lungo periodo, potere di intervento correttivo. È una lacuna che diventa sempre più rilevante man mano che il settore cresce, gestisce risorse importanti e

tocca un bene primario come la salute.

LE CONSEGUENZE DEL QUADRO ATTUALE

In attesa che la vigilanza trovi una cornice strutturata, le conseguenze della situazione presente restano evidenti su più piani.

La prima è una forte disomogeneità dell'offerta: alcuni fondi garantiscono accesso a reti sanitarie ampie e prestazioni articolate, altri offrono coperture molto più limitate, con un impatto diretto sull'equità del sistema. La seconda è una difficoltà di comprensione e utilizzo: molti lavoratori non conoscono davvero le prestazioni a cui hanno diritto, o non riescono a utilizzarle in modo efficace. Il rischio è avere strumenti formalmente presenti ma sostanzialmente sottoutilizzati. La terza riguarda l'accesso, ancora concentrato su alcune categorie – in particolare i lavoratori subordinati inseriti in contesti aziendali strutturati – lasciando scoperti altri segmenti del mercato del lavoro.

A queste criticità di sistema si aggiunge il peso crescente della spesa sanitaria privata e l'aumento delle difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale nel rispondere tempestivamente alla domanda. In questo scenario i fondi sanitari integrativi stanno assumendo un ruolo sempre più rilevante ed è proprio qui che si pone una questione decisiva: integrazione o duplicazione?

INTEGRAZIONE O DUPLICAZIONE?

Un fondo integra quando copre ciò che il sistema pubblico non offre, o non offre in tempi compatibili con il bisogno. In questo caso svolge una funzione sociale chiara: amplia l'accesso e riduce la spesa diretta delle famiglie, che rappresenta una delle voci più regressive dell'attuale sistema di finanziamento della sanità italiana. Un fondo duplica, invece, quando rimborsa prestazioni già garantite dal sistema pubblico, offrendo semplicemente un canale più rapido. Qui si crea una corsia parallela che rischia di ampliare le disuguaglianze e, nel tempo, di indebolire il sistema pubblico stesso, sottraendogli domanda, professionisti e risorse.

Questo passaggio è cruciale, perché mostra come mutualità e sostenibilità non siano que- ➤

stioni separate. Un sistema che duplica è mutualistico solo in apparenza: redistribuisce all'interno di una platea già tutelata e lascia fuori i più deboli. Allo stesso tempo, rischia di rivelarsi meno sostenibile, perché si concentra su prestazioni ad alto volume e costo crescente. Un sistema che integra, al contrario, tiene insieme funzione sociale e tenuta di lungo periodo.

IL TEMA DELLA GOVERNANCE

Accanto a questi aspetti c'è un tema spesso sottovalutato, ma decisivo: la *governance*. Tra i numeri dei bilanci e le regole formali, è la qualità della gestione concreta dei fondi a fare la differenza. Un fondo ben governato è trasparente non solo sui dati attuali ma anche sulle prospettive future; produce proiezioni attuariali di lungo periodo; coinvolge realmente le parti istitutive nelle decisioni strategiche; interviene in modo graduale sugli equilibri economici; investe in informazione e consapevolezza degli iscritti.

È un piano che fa la differenza, a parità di cornice normativa, tra un fondo solido e uno fragile. Ed è un piano che oggi, in assenza di una vigilanza strutturata, viene lasciato in larga parte alla responsabilità dei singoli consigli di amministrazione.

CONTRATTAZIONE COLLETTIVA E RUOLO DEI CONSULENTI DEL LAVORO

In questo contesto la contrattazione collettiva resta un elemento fondamentale, perché costituisce una delle forme più mature di mutualità sanitaria di fonte privatistica. Lo è per tre ragioni convergenti: definisce una platea ampia e non autoselezionata, perché tutti i lavoratori cui si applica il contratto sono iscritti al fondo a prescindere da età e condizioni di salute; sottrae il contributo alla logica della scelta individuale, trasformandolo in parte integrante della retribuzione complessiva; stabilisce un perimetro di prestazioni uguale per tutti, senza differenziazioni legate al profilo di rischio del singolo. Sono i tre tratti tipici che distinguono la logica mutualistica da quella assicurativa in senso proprio, e che rendono i fondi contrattuali un laboratorio concreto di solidità

rietà organizzata.

Dentro questo sistema, il ruolo dei Consulenti del Lavoro è tutt'altro che marginale. Non siamo solo gestori operativi degli adempimenti, ma interpreti e facilitatori. Siamo il punto di contatto quotidiano tra fondi, imprese e lavoratori. Spieghiamo, orientiamo, accompagniamo le scelte. Contribuiamo, in concreto, a trasformare la sanità integrativa da opportunità teorica a diritto effettivamente esercitabile.

Questa funzione comporta anche una responsabilità più ampia: aiutare a mantenere viva la consapevolezza del valore mutualistico di questi strumenti, evitando che vengano percepiti come semplici prodotti o *benefit* individuali. In una fase in cui la sanità integrativa acquisisce un peso crescente all'interno del sistema di *welfare* complessivo, questa responsabilità professionale diventa anche una responsabilità sociale.

CONCLUSIONI

La sanità integrativa rappresenta oggi una componente sempre più importante del sistema di tutela sociale. Ma la sua crescita solleva interrogativi che non possono essere ignorati: sulla qualità, sull'equità, sulla direzione di sviluppo. Il primo passo compiuto dalla Legge n. 50/2026 sul terreno della trasparenza va nella giusta direzione, ma non esaurisce le questioni aperte.

La sfida è far evolvere questo sistema mantenendo un equilibrio credibile tra mutualità e sostenibilità, evitando sia una deriva puramente economica sia un'impostazione che non reggerebbe nel tempo. E, soprattutto, costruendo un sistema più chiaro, più equo e più accessibile, capace di restare fedele alla propria natura: non un insieme di prestazioni, ma un patto di solidarietà organizzata tra generazioni, tra categorie, tra chi sta bene oggi e chi avrà bisogno domani. È questo patto che la mutualità costruisce e che la sostenibilità protegge nel tempo. E la comunità dei Consulenti del Lavoro – come emerso con nettezza dal confronto svoltosi il 27 aprile in Statale – ha nel presidio quotidiano di questo patto un compito che va ben oltre l'ambito tecnico-professionale.