



DI ANNA TAURO

Una crisi non più episodica, ma strutturale, che interroga direttamente la tenuta costituzionale del diritto alla salute. È questa la cornice entro cui si colloca il 21° Rapporto Sanità del Crea, Centro per la ricerca economica applicata in sanità, presentato al Cnel, il Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro, che restituisce una fotografia dettagliata delle criticità strutturali del sistema sanitario italiano alla luce dei profondi mutamenti demografici, sociali ed economici intervenuti negli ultimi quattro anni.

L'analisi del Crea mette in evidenza una progressiva erosione dell'equità nell'accesso alle cure, principio cardine dell'ordinamento costituzionale (art. 32 Cost.) e architrave della legge istitutiva del Ssn (l. n. 833/1978). Oggi oltre il 70% delle famiglie italiane sostiene spese sanitarie private, contro il 50,8% degli anni Ottanta, con un'incidenza media pari al 4,3% dei consumi complessivi, più che raddoppiata nel tempo.

Il dato più critico riguarda la distribuzione sociale della spesa sanitaria privata. Nei primi tre quintili di reddito, ossia tra le famiglie meno abbienti, la quota di spesa privata ha raggiunto il 37,6%, con effetti diretti in termini di impoverimento e rinuncia alle cure. Se-

Lo scenario emerso dal Rapporto Crea. Easi è modello

Ssn, equità in forse Sanità integrativa: una via d'uscita



condo il Rapporto, oltre 367 mila nuclei familiari si impoveriscono per sostenere spese sanitarie, mentre 1,25 milioni di famiglie si trovano in condizioni di disagio economico legato alla salute.

Il divario territoriale resta marcato: se al Nord la quota di famiglie che ricorrono a spesa privata è pari al 68,7%, al Centro sale al 75,9% e al Sud si attesta al 70,8%, con un'incidenza dell'impoverimento quasi tripla rispetto alle regioni settentrionali. Nel Mezzogiorno la spesa privata si concentra prevalentemente su farmaci e visite di prevenzione, segnale di una difficoltà di accesso alle prestazioni pubbliche, mentre le voci più onerose (odontoiatria, specialistica e diagnostica) restano appannaggio dei nuclei più abbienti.

Aprendo i lavori al Cnel, il presidente Renato Brunetta ha sottolineato come il Rapporto Crea offra una rappresentazione puntuale di un Ssn in una fase di criticità strutturale, aggravata dall'impatto della longevità sulla sostenibilità del welfare. Il dibattito pubblico sulla sanità, ha osservato Brunetta, rischia di rimanere intrappolato in una contrapposizione ideologica sui livelli di spesa, senza cogliere il cambiamento di fondo: cresce la speranza di vita e cresce la domanda di servizi alla persona, rompendo l'equilibrio che ha sorretto il welfare del Novecento. Secondo Brunetta, il modello ba-

sato sull'accumulo contributivo degli occupati non è più sufficiente. Da qui l'appello a una nuova fase costituente, frutto dell'incontro tra istituzioni e corpi intermedi, richiamando lo "spirito di Camaldoli" come modello di convergenza riformatrice, e di una strategia volta ad ampliare la base occupazionale, in particolare tra giovani e donne, per rafforzare la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario e sociale.

Il Rapporto Crea individua nelle forme di "razionamento implicito" una delle principali cause del peggioramento degli indicatori di equità: per garantire la sostenibilità finanziaria, il Ssn ha progressivamente limitato l'offerta effettiva di prestazioni, senza una revisione formale dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Le lunghe liste di attesa, la difficoltà di accesso alle prestazioni specialistiche e l'insufficiente risposta ai bisogni di assistenza continuativa hanno progressivamente trasferito una quota crescente di domanda sanitaria verso il settore privato, trasformando il diritto alla salute in una prestazione di fatto condizionata dalla capacità di spesa individuale. Dal punto di vista giuridico, ciò pone un problema di effettività del diritto alla salute, poiché la garanzia formale dei Lea non sempre si traduce in accesso tempestivo e appropriato alle cure. Il Rapporto Crea evidenzia come l'attuale assetto sia stato progetta-

to per rispondere prevalentemente a bisogni acuti, mentre oggi la domanda sanitaria si concentra sempre più su cronicità, non autosufficienza e assistenza continuativa, ambiti nei quali il sistema mostra evidenti limiti organizzativi e territoriali.

In questo contesto si rafforza il ruolo della sanità integrativa di matrice contrattuale, che si configura come secondo pilastro del sistema salute, complementare e non sostitutivo del Ssn. I fondi sanitari istituiti dalla contrattazione collettiva consentono di intercettare bisogni non sempre soddisfatti dal servizio pubblico, riducendo il ricorso diretto alla spesa privata individuale.

Dal punto di vista normativo, tali strumenti trovano riconoscimento nel quadro del welfare contrattuale e nella disciplina fiscale che ne valorizza la funzione sociale, favorendo forme di tutela collettiva basate su meccanismi solidaristici e mutualistici.

Tra le esperienze più consolidate di sanità integrativa contrattuale si colloca il Fondo Easi, ente di assistenza sanitaria integrativa istituito in attuazione del Ccnl Ced, Ict, Professioni digitali e Stp (cod. H601), dalle associazioni Assoced, Lait e Ugl Terziario. Il Fondo opera come associazione senza scopo di lucro e garantisce prestazioni sanitarie integrative ai lavoratori dei settori interessati, contribuendo a ridurre

l'impatto delle liste di attesa e a migliorare l'accesso alle cure.

Per Giancarlo Badalin, vicepresidente di Fondo Easi, «la sanità integrativa contrattuale rappresenta una risposta giuridicamente coerente e socialmente sostenibile alle criticità del Ssn». In un sistema sotto pressione, i fondi sanitari «non privatizzano la tutela della salute, ma rafforzano il principio di solidarietà, offrendo risposte tempestive e appropriate ai lavoratori e alle loro famiglie». Badalin sottolinea come l'esperienza di Fondo Easi dimostri la possibilità di una integrazione virtuosa tra pubblico e strumenti negoziali, capaci di alleggerire la domanda sul Ssn, senza mettere in discussione il suo carattere universalistico.

Le conclusioni del Rapporto Crea convergono sulla necessità di un cambio di paradigma: dal concetto di Servizio sanitario a quello di "Sistema Salute", in cui sanità, welfare sociale e politiche del lavoro siano integrati in una visione unitaria. In questo scenario, la sanità integrativa contrattuale assume un ruolo di rilievo come leva di riequilibrio tra equità, efficienza e sostenibilità, contribuendo a colmare i divari prodotti da un sistema pubblico sempre più sotto stress e chiamato a confrontarsi con le grandi transizioni demografiche e sociali del Paese.

© Riproduzione riservata

Campagne fiscali, i picchi ora si possono gestire con gli stagionali

Una norma che segna un cambio di passo nella gestione del lavoro durante le campagne fiscali. Con il rinnovo del Ccnl Ced, Ict, Professioni digitali e Stp (codice H601, sottoscritto il 28 luglio 2025 da Assoced, Lait e Ugl Terziario) Caf, Ced e Tributaristi si avvicinano alla stagione dichiarativa 2026 con una certezza in più: i picchi di lavoro non sono più un problema da gestire in via discrezionale, ma una realtà finalmente riconosciuta e regolata. Il cuore della novità è l'introduzione dell'art. 54-ter, che amplia il concetto di attività stagionale oltre i confini tradizionali fissati dal dpr 1525/1963. Per la prima volta, la contrattazione collettiva nazionale qualifica come stagionali an-

che le attività legate alle intensificazioni produttive annuali tipiche dei servizi fiscali e previdenziali, includendo dichiarazioni dei redditi, pratiche Isee, pratiche Red e adempimenti collegati alle indicazioni di Governo ed enti competenti. L'arco temporale di picco è individuato tra gennaio e settembre, periodo in cui l'afflusso di contribuenti rende strutturalmente insufficiente l'organico ordinario. Sotto il profilo operativo e giuridico, la norma produce effetti significativi.

Le assunzioni a tempo determinato per far fronte alle campagne fiscali rientrano automaticamente tra le ipotesi di stagionalità previste dagli artt. 19, 21 e 23 del dlgs 81/2015, senza necessità di

causali aggiuntive. Un Ced che deve triplicare l'organico, per esempio da 7 a 21 addetti, può farlo ricorrendo a contratti stagionali pienamente legittimi, senza rischi ispettivi. Inoltre, la disciplina sospende le limitazioni quantitative dell'art. 31 del dlgs 81/2015 per i lavoratori somministrati: un Caf con 10 dipendenti fissi potrà impiegare fino a 30 somministrati senza incorrere nei vincoli percentuali. Il contratto tutela anche i lavoratori storici: l'art. 54-ter richiama il diritto di precedenza previsto dall'art. 24, comma 3, del dlgs 81/2015, garantendo priorità di ricollocazione per chi ha lavorato nella campagna precedente, purché la richiesta venga formulata entro

tre mesi dalla cessazione del rapporto.

Il Ccnl Ced si distingue per l'unicità di questa regolamentazione, che non trova precedenti tra i contratti di settore. Con questa innovazione, il contratto collettivo riconosce formalmente come stagionali le attività derivanti da scadenze normative, aprendo la strada a un modello potenzialmente replicabile in altri settori caratterizzati da picchi periodici e inderogabili di lavoro. Per la campagna fiscale 2026, dunque, le aziende e i professionisti del settore possono pianificare con certezza l'organico, conciliando esigenze produttive e tutela giuridica dei lavoratori.

© Riproduzione riservata



Pagina a cura
degli Uffici di Presidenza del Fondo
Easi e dell'Ente Bilaterale EBCE
via Goito, n. 39 - 00185 Roma
tel. 06.45499471 - 06.4549970
mail: segreteria@ebce.it - info@fondoeasi.it
Web: www.ccnlced.it