

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

3.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 6 FEBBRAIO 2019

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE **MARIALUCIA LOREFICE**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Audizione di rappresentanti del Centro Studi investimenti sociali (CENSIS):	
Lorefice Marialucìa, <i>presidente</i>	3	Lorefice Marialucìa, <i>presidente</i>	8, 9, 11, 12
INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI FONDI INTEGRATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE		Cecconi Andrea (Misto-MAIE-SI)	9
Audizione di rappresentanti dell'Agenzia delle entrate:		D'Arrando Celeste (M5S)	10
Lorefice Marialucìa, <i>presidente</i>	3, 5, 6, 7	De Rita Giorgio, <i>segretario generale del CENSIS</i>	8, 9, 11
Ariete Camilla, <i>capo settore fiscalità e compliance delle persone fisiche dell'Agenzia delle entrate</i>	3, 5, 6, 7	Siani Paolo (PD)	11
Cecconi Andrea (Misto-MAIE-SI)	5, 7	Audizione di rappresentanti di Cittadinanzattiva e dell'Associazione difesa consumatori e ambiente (ADICONSUM):	
Lapia Mara (M5S)	6	Lorefice Marialucìa, <i>presidente</i> ...	12, 14, 16, 17, 19
		Cecconi Andrea (Misto-MAIE-SI)	16
		D'Arrando Celeste (M5S)	17

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: MoVimento 5 Stelle: M5S; Lega - Salvini Premier: Lega; Partito Democratico: PD; Forza Italia - Berlusconi Presidente: FI; Fratelli d'Italia: FdI; Liberi e Uguali: LeU; Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo Italiani all'Estero-Sogno Italia: Misto-MAIE-SI; Misto-Civica Popolare-AP-PSI-Area Civica: Misto-CP-A-PS-A; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-Noi con l'Italia-USEI: Misto-Nci-USEI; Misto-+Europa-Centro Democratico: Misto-+E-CD.

	PAG.		PAG.
Gabriele Luigi, <i>rappresentante dell'ADICONSUM</i>	14, 19	<i>ALLEGATI:</i>	
Lapia Mara (M5S)	16	<i>Allegato 1:</i> Documentazione consegnata dai rappresentanti dell'Agenzie delle entrate .	20
Moccia Francesca, <i>vice segretario generale di Cittadinanzattiva</i>	12, 17	<i>Allegato 2:</i> Documentazione consegnata dai rappresentanti di ADICONSUM	31
Sarli Doriana (M5S)	17		

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE
MARIALUCIA LOREFICE

La seduta comincia alle 12.35.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati e la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione di rappresentanti dell’Agenzia delle entrate.

PRESIDENTE. L’ordine del giorno reca l’audizione, nell’ambito dell’indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, di rappresentanti dell’Agenzia delle entrate.

Saluto le nostre ospiti, ringraziandole per aver accolto l’invito della Commissione a partecipare all’audizione odierna. Sono presenti per l’Agenzia delle entrate Camilla Ariete, capo settore fiscalità e *compliance* delle persone fisiche, direzione centrale persone fisiche, lavoratori autonomi ed enti non commerciali della divisione contribuenti; Patrizia Russo, capufficio consuetudine e imposte dirette del settore fiscalità e *compliance* delle persone fisiche della medesima direzione, e Carla Coppola, funzionario della divisione contribuenti.

Pregherei le nostre ospiti di contenere il proprio intervento entro sette minuti, per dare modo ai deputati di porre delle domande, cui seguirà la replica. La documentazione consegnata sarà pubblicata sul sito internet della Camera dei deputati e resa

disponibile ai deputati attraverso l’applicazione GeoCamera.

Do quindi, la parola alla dottoressa Ariete per lo svolgimento della sua relazione.

CAMILLA ARIETE, *capo settore fiscalità e compliance delle persone fisiche dell’Agenzia delle entrate*. Signor presidente, signori onorevoli commissari, ringraziamo per l’opportunità offerta di illustrare taluni aspetti sui fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, che coinvolgono direttamente l’attività dell’agenzia e che riguardano in particolare l’applicazione delle agevolazioni fiscali previste per la contribuzione ai predetti fondi.

Nel Testo unico delle imposte sui redditi, che di seguito nominerò « TUIR », sono infatti previste specifiche disposizioni che consentono la deduzione, detrazione o esclusione dal reddito dei contributi versati ai fondi negativi del Servizio sanitario nazionale, dei contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale e dei contributi associativi versati dai soci alle società di mutuo soccorso.

Con riferimento ai contributi versati ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell’articolo 10 del TUIR, sono deducibili dal reddito complessivo tutti i contributi versati ai fonti sanitari integrativi, istituiti o adeguati ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Non mi soffermo, atteso il poco tempo a disposizione, sulla tipologia delle prestazioni che possono essere erogate, che sono individuate dai commi 4 e 5 del citato articolo 9. Anche il decreto ministeriale del 31 marzo 2008 ha ulteriormente definito altri ambiti di intervento.

I contributi versati ai fonti integrativi sono deducibili per un importo annuo complessivamente non superiore a 3.615,20 euro.

Alla determinazione della somma massima deducibile concorrono anche i versamenti eseguiti dai lavoratori dipendenti e assimilati, nonché dai loro datori di lavoro, agli enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali, così come i contributi di assistenza sanitaria versati nell'interesse dei familiari fiscalmente a carico ai sensi dell'articolo 12 del TUIR.

Sulla base dei dati estrapolati dalle dichiarazioni dei redditi — mi riferisco al modello 730 e al modello redditi persone fisiche — negli anni 2016 e 2017 sono stati portati in deduzione i seguenti importi. Con riferimento all'anno 2016 il numero di dichiarazioni in cui sono stati compilati i rigli relativi alla deduzione dei contributi di cui stiamo parlando è 88.674 e l'importo dei contributi dedotti nell'anno d'imposta 2016, invece, è 63.296.443 euro.

Per quando riguarda, invece, l'anno d'imposta 2017 il numero di dichiarazioni con la compilazione dei rigli relativi alla deduzione di tali contributi sono 65.111 e l'importo dei contributi dedotti è pari 51.113.233 euro.

È rilevante in questa sede fare un richiamo non solo ai fondi integrativi sanitari, ma anche agli enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale.

L'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del TUIR, infatti, stabilisce che non concorrono alla formazione del reddito da lavoro dipendente i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in esecuzione di contratti, accordi o regolamenti aziendali ed enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale che operino negli ambiti d'intervento stabiliti con il predetto decreto del Ministro della salute del 31 marzo 2008.

L'importo che non concorre alla formazione del reddito da lavoro dipendente è di ammontare non superiore complessivamente a 3.615,20 euro. Al fine del predetto limite massimo si tiene conto anche dei contributi versati per l'assistenza sanitaria ai fondi integrativi. Ecco perché c'è il richiamo agli enti di assistenza con fine esclusivamente assistenziale. Detti contributi non concorrono, nei limiti e alle condizioni previste, anche nel caso siano ver-

sati a favore dei familiari, sia carico che non a carico, (a differenza dei contributi versati ai fondi integrativi) del dipendente.

Possono, invece, versare i contributi di assistenza sanitaria anche i pensionati, cioè gli ex lavoratori dipendenti, se tali casse consentono agli ex lavoratori di rimanervi iscritti anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro, continuando a corrispondere in proprio il contributo previsto, senza alcun onere a carico del datore di lavoro. Tali contributi non concorrono alla formazione del reddito anche se versati da lavoratori in quiescenza, sempre che rispondenti alle previsioni di contratto, accordo o regolamento aziendale, stante l'equiparazione dei redditi da pensione ai redditi da lavoro dipendente.

Sempre sulla base dei dati estrapolati dalle certificazioni uniche dei sostituti d'imposta per gli anni di imposta 2016 e 2017, non hanno concorso al reddito da lavoro dipendente o da pensione i seguenti contributi. Con riferimento all'anno d'imposta 2016 il numero di contribuenti presenti nelle certificazioni uniche per le quali è stato compilato il campo 441 della certificazione unica (i contributi dedotti) sono 5.480.351. L'importo dei contributi inseriti nelle certificazioni unica risultano pari a 10.511.155.679 euro.

Riguardo all'anno d'imposta 2017, invece, il numero di contribuenti presenti nelle certificazioni uniche per i quali risultano questi contributi sono 6.696.640 e l'importo dei contributi indicati è di 11.052.024.920 euro. Dal momento che la lettura dei dati prende molto tempo, non vi riporto quelli riguardanti i lavoratori in quiescenza.

Inoltre, sono previste agevolazioni anche per la contribuzione alle società di mutuo soccorso.

L'articolo 83, comma 5, del codice del Terzo settore disciplina e prevede un'apposita detrazione dall'imposta lorda dei contributi associativi versati dai soci delle società di mutuo soccorso che operano esclusivamente nei settori previsti dall'articolo 1 della legge n. 3818 del 15 aprile 1886, al fine di assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, di impotenza al lavoro o di

vecchiaia, ovvero nel caso di decesso un aiuto alle loro famiglie. La detrazione è pari al 19 per cento su un massimale di 1.300 euro.

Ai sensi dell'articolo 1 di questa legge del 1886, le società di mutuo soccorso, che non hanno finalità di lucro, ma perseguono finalità di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà, possono svolgere, in favore esclusivamente dei soci e dei familiari conviventi, diverse attività. Mi soffermerei solo su quelle attività che possono essere svolte anche attraverso l'istituzione e la gestione dei fondi sanitari integrativi, cioè la finalità relativa...

PRESIDENTE. Dottoressa Ariete, siccome siamo oltre i sette minuti e abbiamo la memoria scritta, le chiedo se si può soffermare solamente sugli aspetti che ritiene salienti.

CAMILLA ARIETE, *capo settore fiscalità e compliance delle persone fisiche dell'Agenzia delle entrate.* Ecco perché c'è questo richiamo ai fondi integrativi.

A questo punto, tralascio i dati. Fiscalmente la rilevanza principale è legata al fatto che, ai sensi dell'articolo 15 del TUIR, spetta una detrazione ai fini dell'IRPEF nella misura del 19 per cento sulle spese sanitarie sostenute ed effettivamente rimaste a carico dei contribuenti. Laddove, invece, queste spese mediche e di assistenza specifiche sono sostenute dai soggetti portatori di handicap è prevista la deducibilità dal reddito complessivo.

Si considerano rimaste a carico del contribuente anche le spese rimborsate per effetto di contributi o premi di assicurazione da lui versati e per i quali non spetta la detrazione di imposta o che non sono deducibili al suo reddito complessivo né dai redditi che concorrono a formarlo. Si considerano così rimaste a carico del contribuente le spese rimborsate per effetto di contributi o premi che, pur essendo versati da altri, concorrono a formare il suo reddito.

In pratica, laddove questi contributi non hanno concorso alla determinazione del reddito da lavoro dipendente o per gli stessi

contributi non si è fruito di una detrazione-deduzione, la spesa rimborsata può essere oggetto comunque di detrazione in sede di dichiarazione. Questa è la sostanza.

Non si considerano rimaste a carico del contribuente, tra l'altro, le spese rimborsate a fronte di contributi per assistenza sanitaria prestati dal sostituto d'imposta o dallo stesso contribuente a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, in conformità a disposizioni di contratto, di accordo o di regolamento aziendale che, come precisato, fino a un importo di 3.615,20 euro, non hanno concorso a formare il reddito imponibile.

Nell'ipotesi in cui i contributi versati risultino di ammontare superiore a tale importo, è possibile portare in detrazione o deduzione, oltre alla somma non rimborsata, anche una quota parte di quella rimborsata, calcolata sulla base di una percentuale risultante nel rapporto tra i contributi versati in eccedenza rispetto al limite dei 3.615,20 euro e il totale dei contributi versati. Lo stesso principio si applica anche nell'ipotesi di contributi associativi versati alle società di mutuo soccorso.

PRESIDENTE. Grazie. Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

ANDREA CECCONI. Premesso che ovviamente sarà disponibile la relazione e potremo vedere tutti i numeri, vorrei avere un chiarimento per vedere se ho capito bene.

Le persone fisiche che, senza contratto collettivo e, quindi, senza il passaggio aziendale o sindacale, si appoggiano alle associazioni di mutuo soccorso in maniera autonoma, sono, da quel che ho capito, molto poche, cioè 60.000-70.000, un numero eccessivamente ridotto, con un importo a detrazione di pochi milioni (50-60 milioni di euro).

Quello che, invece, fa la parte del leone è tutta la parte aziendale di contratto collettivo. Mi pare di aver capito che l'importo che non va a tassazione ammonta a circa 10-11 miliardi di euro. Se ho capito bene, 10 miliardi di euro è quello che viene

versato, mentre quello che poi verrà tassato su questi 10 miliardi sarà il 20-25 per cento, quindi il mancato gettito per lo Stato, che viene riversato nelle tasche dei cittadini, è sui 2,5-3 miliardi, se vogliamo andare a spanne.

Dunque, ci state dicendo che queste detrazioni impattano sul bilancio, per una minore entrata, perché viene riversata nelle tasche dei contribuenti, per circa 3-4 miliardi di euro complessivi. Per avere un dato dall'Agenzia delle entrate molto a spanne, con l'accetta, si sta parlando di circa 3-4 miliardi di euro all'anno che potrebbero essere usati dallo Stato per riversarli in servizi per la collettività e, invece, vengono rimborsati direttamente ad aziende e a cittadini come detrazione fiscale o deduzione.

Quelli che ci avete portato sono i dati esclusivamente delle persone fisiche, ossia i 730, e non quanto viene imputato all'azienda stessa come non tassato. C'è anche quell'aspetto che non ci avete illustrato. Magari nella relazione c'è, però non ce l'avete riportato. Rispetto alle persone fisiche, le aziende stesse, o i sindacati che fanno da tramite, che tipo di agevolazione hanno sulla tassazione relativa a quei versamenti?

MARA LAPIA. Nel mese di marzo del 2018 l'Agenzia delle entrate ha emanato la circolare n. 5/E, per chiarire alcuni aspetti normativi, fiscali e contributivi riguardanti le quote destinate dall'impresa alla previdenza complementare, alla sanità integrativa, alle polizze assicurative e ai *benefit* di *welfare* aziendale.

In particolare si chiariscono i regimi di tassazione per i premi di risultato, che in base alla scelta del lavoratore possono essere convertiti in *benefit* e misure di *welfare*. Al riguardo, le somme premiali destinate per scelta del lavoratore alla previdenza complementare non concorrono alla determinazione del reddito da lavoro dipendente.

In merito alle somme del premio destinate alla sanità integrativa, c'è da sottolineare che le spese sanitarie possono essere detratte dal dipendente solo nella quota non rimborsabile dall'azienda e per quanto

riguarda l'iscrizione del lavoratore a casse o fondi sanitari una delle precisazioni più importanti riportate nella circolare citata si riferisce al rispetto del principio di mutualità.

L'Agenzia delle entrate ritiene, infatti, che non sia possibile usufruire del vantaggio fiscale nel caso in cui esista per ciascun iscritto dipendente una stretta correlazione fra quanto percepito dalla cassa a titolo di contribuzione e il valore della prestazione resa nei confronti del lavoratore o dei suoi familiari conviventi, al punto che la prestazione sanitaria sotto forma di prestazione diretta ovvero di rimborso della spesa, ove erogata, non possa comunque mai eccedere in termini di valore il contributo versato dal dipendente o dal suo datore di lavoro.

In altre parole, le casse e i fondi sanitari che prevedono prestazioni di un valore mai superiore agli importi versati dai lavoratori non rispettano appieno il principio di mutualità e non danno diritto al pieno favore fiscale.

Le domande sono queste. Vorrei sapere se sia possibile desumere, in relazione alle agevolazioni richieste, quale sia il numero dei lavoratori che abbiano scelto di destinare le somme premiali legate alla produttività alla previdenza complementare e quale sia l'entità complessiva in termini di oneri per lo Stato di tali scelte dei lavoratori.

In secondo luogo, le chiedo in quale misura non risulta rispettato il principio di mutualità, come indicato dalla premessa, e quanto, invece, sia più diffusa l'erogazione da parte delle casse e dei fondi sanitari di prestazioni o rimborsi che eccedono o comunque non corrispondono al premio o al contributo versato dal lavoratore o dal suo datore di lavoro.

PRESIDENTE. Do la parola per la replica alla dottoressa Ariete.

CAMILLA ARIETE, *capo settore fiscalità e compliance delle persone fisiche dell'Agenzia delle entrate*. In riferimento alla prima domanda, in effetti, laddove per contratti aziendali è prevista una contribuzione a favore di questi fondi e casse da parte del

datore di lavoro per il lavoratore, lo stesso datore di lavoro ha la possibilità, come impresa, a una deduzione di tali costi.

Non abbiamo inserito tali dati nella relazione in quanto siamo stati chiamati in causa in merito alle persone fisiche, quindi abbiamo pensato che l'interesse fosse limitato al discorso delle persone fisiche e non con riflessi al datore di lavoro.

Con riferimento alla seconda domanda, relativa ai contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale, in effetti l'Agenzia delle entrate con la circolare n. 5 del 2018 si è soffermata, tra l'altro, sulle prestazioni fornite dalle casse sanitarie aventi esclusivamente fine assistenziale in ragione della contribuzione versata dall'iscritto dipendente e dal datore di lavoro in suo favore.

Sappiamo che questi fondi e casse operano sulla base di un criterio mutualistico, senza posizioni individuali degli iscritti e, conseguentemente, non è possibile differenziare le prestazioni erogate in dipendenza dei maggiori contributi versati, quindi non concorrono alla formazione del reddito da lavoro dipendente i contributi versati alle casse sanitarie che operano rispettando i principi di mutualità.

Alcune perplessità erano sorte, al contrario, per tutte quelle ipotesi in cui esiste per ciascun iscritto dipendente una stretta correlazione tra quanto percepito dalla cassa a titolo di contribuzione e il valore della prestazione resa nei confronti del lavoratore o dei suoi familiari, al punto che la prestazione sanitaria, laddove viene erogata, non può comunque mai eccedere in termini di valore il contributo versato dal dipendente o dal suo datore di lavoro.

Laddove il valore della prestazione resa dalla cassa sanitaria in favore del lavoratore è strettamente collegata all'importo del contributo versato da quest'ultimo, nel senso che nell'ipotesi di rimborso delle spese sanitarie il ristoro delle somme non può essere maggiore del contributo versato, l'Agenzia ha ritenuto con tale circolare precisare che in tali casi non possa trovare applicazione il vantaggio fiscale disposto dall'articolo 51, comma 2, lettera a), del

TUIR. In tali ipotesi, resta ferma la detraibilità della spesa sanitaria rimborsata, proprio perché a monte non c'è.

Al momento non abbiamo ancora tali dati, perché l'applicazione della norma, con la normativa di favore e con la trasformazione sui premi di risultato, è avvenuta solo a partire dal 2018.

ANDREA CECCONI. Non sono un fiscalista e si capisce dal mio eloquio. Capisco con difficoltà. Faccio il 730 da solo, ma a più di quello non arrivo.

Vi chiedo se potete — anche con calma, visto che l'indagine conoscitiva andrà avanti per un po' — fornirci anche il dato sulle aziende, perché noi stiamo cercando di capire quanti soldi si possono prelevare da un ambito per metterli nel Servizio sanitario nazionale. Dire che il Fondo sanitario nazionale, invece di essere 115 miliardi, è 120 miliardi, perché spostiamo i soldi in maniera diversa, significa cambiare molto il panorama politico del Servizio sanitario nazionale pubblico, andando ovviamente a incidere sul privato, mutualistico od ON-LUS che sia.

Abbiamo capito che sono molti soldi dalla persona fisica. A questo punto ci manca il dato di quanti soldi sono, invece, dal punto di vista aziendale, se sono molti di più o se sono molti di meno, per avere...

CAMILLA ARIETE, *capo settore fiscalità e compliance delle persone fisiche dell'Agenzia delle entrate*. I dati relativi alle dichiarazioni dei redditi sono tutti gestiti dal nostro *partner* tecnologico SOGEI, al quale chiederemo un'apposita estrazione dei dati in tal senso, relativamente ai redditi delle imprese.

PRESIDENTE. Benissimo, allora vi chiediamo questa integrazione.

Ringrazio i nostri ospiti per il loro contributo, autorizzando la pubblicazione l'allegato al resoconto stenografico della documentazione consegnata (*vedi allegato 1*), e dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione di rappresentanti del Centro Studi investimenti sociali (CENSIS).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del segretario generale del CENSIS, il dottor Giorgio De Rita, che ringrazio per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione.

Pregherei il nostro ospite di contenere il proprio intervento entro i sette minuti, per dare modo ai deputati di porre domande, alle quali seguirà la sua replica.

Do la parola al dottor De Rita per lo svolgimento della sua relazione.

GIORGIO DE RITA, *segretario generale del CENSIS*. Grazie di questa opportunità. Dato il tempo limitato, svolgo alcune velocissime considerazioni e poi naturalmente rispondo a ogni domanda.

Il Sistema sanitario nazionale è stato uno strumento di inclusione sociale e di riduzione delle diseguaglianze, sia sul piano sociale sia soprattutto su quello territoriale, straordinario. Negli ultimi cinquant'anni la sanità pubblica è riuscita, non soltanto a raggiungere capacità di eccellenza medica e capacità di servizio allargato, ma soprattutto a svolgere bene la propria funzione di motore della riduzione della diseguaglianza, di motore dell'inclusione sociale e del recupero dello sviluppo sociale.

Per una serie di ragioni oggi questo non è più possibile. Credo che le ragioni siano note. Basti guardare all'incremento della popolazione anziana. Oggi circa il 6 per cento della popolazione italiana ha più di ottant'anni, mentre vent'anni fa era meno del 4 per cento e fra vent'anni saranno oltre l'8 per cento. Questo è un dato noto e difficilmente negabile.

La seconda considerazione è sul significativo incremento del numero delle persone non autosufficienti, cioè coloro i quali non riescono a svolgere le normali mansioni quotidiane senza un ausilio esterno. Oggi sono poco più del 6 per cento del totale della popolazione con più di sei anni, escludendo quindi i bambini più piccoli, e nel giro di una ventina d'anni sfioreranno il 10 per cento della popolazione italiana.

Chiaramente la sanità nel suo complesso, pubblica e privata, si trova ad affrontare una sfida particolarmente complessa, per la crescita del numero delle persone anziane, che richiedono generalmente più cura, per la crescita delle persone non autosufficienti, per la crescita di patologie degenerative sempre più importanti e per un cambiamento sociale di cresciuta attenzione al tema della cura, al tema della prevenzione, al tema della capacità di ottenere una risposta nel tempo giusto e della libertà di poter scegliere la prestazione sanitaria, il medico e la struttura sanitaria che più si preferisce.

La seconda considerazione riguarda la spesa privata. La spesa sanitaria privata è cresciuta tanto negli ultimi anni e continuerà a crescere inevitabilmente negli anni futuri. Consideriamo che oggi l'ultimo dato Istat disponibile è del 2016 e vediamo che la spesa annua privata è di 37,3 miliardi di euro. Le stime dicono che intorno al 2019-2020 arriveremo a superare la quota dei 40 miliardi di euro all'anno. Di questi 37 miliardi, oltre il 90 per cento sono sostenuti direttamente dalle famiglie.

L'incremento della spesa privata determina un'amplificazione della diseguaglianza e un'amplificazione di quello che noi del CENSIS abbiamo chiamato il «rancore», il risentimento, la rabbia nei confronti del sistema sanitario nel suo complesso. Perché? Innanzitutto perché la spesa sanitaria privata colpisce di più le famiglie meno abbienti, per l'ovvia considerazione che incide su redditi più bassi e, quindi, costringe a comprimere altri consumi essenziali, ma anche perché oggettivamente l'incremento della spesa pesa di più sulle famiglie che hanno meno disponibilità economiche. L'ultimo dato dell'Istat ci dice che l'incremento negli ultimi cinque anni di spesa sanitaria per una famiglia il cui capo famiglia è un operaio è stato di 86 euro, l'incremento medio di spesa sanitaria di una famiglia il cui capo famiglia è un libero professionista o un imprenditore è stato di 80 euro. Dunque, non soltanto pesa sui redditi più bassi, ma è maggiore in termini assoluti.

Questa diseguaglianza genera rancore, genera preoccupazione e l'incremento della

spesa privata inevitabile, per le ragioni che ho detto prima, aumenterà e amplificherà questo rancore.

Oggi, come è riportato anche nella documentazione della Commissione, cresce il numero di persone che rinunciano a prestazioni sanitarie necessarie. Le possiamo considerare naturalmente in modo diverso, i numeri sono diversi, però parliamo di circa 12-13 milioni di persone. Infatti, circa il 38 per cento della popolazione dichiara di aver contratto i propri consumi per sostenere spese sanitarie, circa 7 milioni di persone lo scorso anno hanno contratto debiti per sostenere spese sanitarie e circa 2 milioni hanno venduto un immobile o hanno dismesso immobilizzazioni finanziarie.

Cresce il risentimento nei confronti del Sistema sanitario nazionale. Oggi il 38 per cento della popolazione italiana si dichiara in qualche modo insoddisfatto, arrabbiato o deluso dalla malasanità, dalla corruzione, dall'allungamento delle liste d'attesa. Naturalmente anche in questo caso le motivazioni sono tante, ma il fenomeno sociale diventa via via più importante.

La disuguaglianza e il rancore attecchiscono, fino al punto che, come dimostra un'indagine che abbiamo fatto lo scorso anno, circa 13 milioni di persone in Italia dichiarano che è bene che ognuno si curi a casa propria. Quella che è stata una delle caratteristiche del sistema sanitario nazionale, cioè la possibilità di spostarsi da una regione all'altra, di fatto oggi spinge a dire « ognuno stia a casa propria » per un numero significativo e crescente di persone.

Vengo alla terza considerazione. Questo doppio fenomeno di crescita della domanda, sia in termini di qualità sia in termini di quantità di prestazioni sanitarie più diverse (la cura, ma anche la prevenzione, i dispositivi, le fisioterapie, le cure odontoiatriche) di fatto ha cambiato la natura del sistema sanitario o della salute nel nostro Paese. È passato — cito un'affermazione che abbiamo messo nell'ultimo rapporto — da un modello di carattere sistemico, cioè qualcosa di simile a un corpo umano, dove ciascuna parte svolge una funzione precisa, a un modello di ecosi-

stema, cioè di un ambiente nel quale tanti soggetti fra loro diversi, tanti attori, tanti interessi, tante strutture cercano, più o meno faticosamente, di trovare una propria collocazione.

Abbiamo di fronte un sistema che è sempre più frammentato, che è sempre più disomogeneo, che è sempre più articolato, che è sempre più difficile da governare, che in alcuni casi è opaco, che in alcuni casi è anche povero di regole o bisognoso di un nuovo sistema di regole.

L'impressione, quindi, è che occorra inserire il ragionamento sui fondi integrativi, ma comunque sulle polizze sanitarie, sulle casse mutue, cioè su tutta quella componente di spesa sanitaria privata, non soltanto nella logica di una ricostruzione sistemica, ma nella messa in ordine di un ecosistema che è particolarmente complesso, dove ciascuno svolge un proprio ruolo, cerca una propria funzione, aiuta in qualche misura le famiglie italiane ad affrontare questa deriva di crescita della spesa e, attraverso l'incremento della spesa, della disuguaglianza e dell'esclusione sociale, che sono probabilmente il tratto caratteristico del nostro Paese.

Se posso chiudere con una battuta, direi che oggi quello a cui ci troviamo di fronte non è tanto l'idea o la domanda di una riforma del sistema sanitario, quanto piuttosto il progetto di una nuova sanità.

PRESIDENTE. Grazie, dottor De Rita. Qualora avesse un contributo scritto da volerci mandare, anche successivamente, sarebbe molto apprezzato e lo metteremmo a disposizione della Commissione.

GIORGIO DE RITA, *segretario generale del CENSIS*. Non ce l'ho in questo momento, ma volentieri posso mandare una sintesi o comunque ripercorrere quello che ho detto.

PRESIDENTE. Grazie mille. Do la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

ANDREA CECCONI. Lei ci ha detto che la spesa sanitaria privata sta aumentando.

Questo non è un mistero, sta arrivando sui 40 miliardi. Poi si può fare una disamina su cosa c'è all'interno di questa spesa privata.

Di conseguenza, aumenta la disegualianza, perché chi ha i soldi li può spendere e chi non ce li ha non può, quindi ci sono un numero crescente di persone che rinunciano o si indebitano per spese sanitarie. Anche su questo bisogna fare una disanima: a cosa rinunciano? Alle spese odontoiatriche o a cosa? Tuttavia, questa rinuncia esiste. La politica guarda a chi non può accedere, quindi a chi rinuncia, non a quelli che ovviamente hanno i soldi e magari fanno anche prestazioni sanitarie superflue che, però, è nella loro facoltà.

Sta anche aumentando la domanda di salute, ma soprattutto di assistenza, per l'età anagrafica e la connotazione demografica che abbiamo.

Lei alla fine ci dice che bisogna ovviamente fare un progetto di nuova sanità e, di conseguenza, fare un ragionamento approfondito sulle assicurazioni sanitarie e le polizze sanitarie.

Voi siete convinti ovviamente che quella è la strada, cioè fare un ragionamento per restringere le diseguaglianze o liberare fondi del Servizio sanitario nazionale, per cui chi ha i soldi può gestirsi la sua polizza sanitaria o la sua assicurazione sanitaria e, quindi, accedere in maniera privata o parzialmente privata o convenzionata alle cure, mentre lo Stato si riserva, con il Fondo sanitario nazionale, di coprire tutti i bisogni delle persone che invece non possono accedere a quel tipo di servizio. Penso ai poveri, ai pensionati o a quelli che non hanno un reddito perché in quel momento sono disoccupati.

La domanda è: se noi, invece, ragionassimo al contrario, ossia non su polizze sanitarie o su assicurazioni, rinunciando alle detrazioni e alle deduzioni — ammesso che se uno ha i soldi, è ricco, può accedere a quello che vuole in libertà — e drenassimo tutte le risorse, le cosiddette « *tax expenditures* » e tutte le detrazioni riguardo alla sanità per riversarle nel Fondo sanitario nazionale? È il ragionamento completamente opposto, completamente pubblico: utilizzare tutti i soldi che anche oggi ven-

gono utilizzati a sostegno della sanità integrativa per rimetterli all'interno del Fondo sanitario nazionale.

Secondo lei, questo tipo di ragionamento è sostenibile con un'erogazione del servizio da parte del pubblico sufficiente a garantire un livello di salute adeguato a tutti, a chi è ricco, ma soprattutto a chi ricco non è e, quindi, ha una richiesta di salute anche in termini di cure odontoiatriche e di assistenza, che attualmente non sono coperte, ma che potrebbero essere coperte se vengono drenate dalla fiscalità generale? Secondo lei, il servizio pubblico è in grado di sopperire a questa mancanza di salute, cioè di far fronte alla battaglia che avrà davanti nei prossimi dieci o vent'anni, drenando risorse, quindi aumentando il Fondo sanitario nazionale, per garantire un livello di salute adeguato? Oppure è una lotta impari e di difficile gestione, quindi, secondo quello che voi avete proposto, è più utile appoggiarsi a un servizio misto pubblico-privato e garantire questo tipo di servizio?

Non è oscuro. In molti Paesi, anche a noi vicini, funziona in questo modo, quindi vediamo come funziona, ne percepiamo benissimo quali sono i rischi e i benefici. È una proposta come tante altre.

CELESTE D'ARRANDO. Innanzitutto la ringrazio, perché ha dato uno spaccato dell'attuale realtà rispetto alla sanità pubblica e al fatto che molte più persone oggi non hanno possibilità di accedere alle cure e di potersi curare.

Il CENSIS ha svolto numerose ricerche, soprattutto sulla sanità integrativa. La più nota è quella che è stata commissionata dall'Assicurazione salute RBM. C'è stata anche la recente presentazione dell'ottavo rapporto RBM-CENSIS sulla sanità pubblica, privata e intermediata. Dal rapporto emerge anche la necessità improcrastinabile di intervenire sulla disciplina della sanità integrativa e in generale sul secondo pilastro del Sistema sanitario nazionale.

Le chiedo: quale tipo di intervento, secondo lei, da parte del legislatore si ritiene necessario per rendere moderno il principio integrativo della salute, pur salvaguardando il principio di non sostituibilità dei

servizi e delle prestazioni sanitarie, che guida il nostro sistema di salute, che devono essere garantite nei livelli essenziali di assistenza ?

PAOLO SIANI. Dottore, ho capito male o la spesa ricade di più sulla classe sociale meno abbiente ? Come spiega questo dato ?

In secondo luogo, vorrei sapere quali prestazioni sono in genere erogate dalla sanità integrativa e quali, invece, sulla sanità nazionale.

Infine, ha affermato che il 38 per cento è insoddisfatto del nostro sistema sanitario nazionale. In realtà, questo dato è diverso se andiamo a chiedere ai cittadini se sono contenti del loro medico di famiglia o del loro pediatra di famiglia. Sono tutti contenti dell'assistenza che viene erogata, quindi questo dato va interpretato in base a cosa abbiamo chiesto a queste persone. Perché sono insoddisfatte del sistema sanitario nazionale ? Se lo chiediamo al pronto soccorso, è evidente che la risposta è no, ma se lo chiediamo rispetto al medico di famiglia la risposta è quasi sempre sì, invece, perché sono molto soddisfatti.

PRESIDENTE. Do la parola al dottor De Rita per la replica.

GIORGIO DE RITA, *segretario generale del CENSIS*. La prima domanda riguarda, se non ho capito male, la sostenibilità di un progetto che veda un rafforzamento del ruolo pubblico, drenando tutte quelle risorse che oggi sono disperse in modo molto frammentato, quelle che chiamiamo « *tax expenditure* » sostanzialmente.

La mia impressione è che non sia sostenibile un progetto di questo tipo, perché la storia e i numeri degli ultimi dieci anni dicono che lo sforzo che il sistema sanitario pubblico dovrebbe fare sarebbe talmente grande che poi alla fine non ce la farebbe.

Se guardiamo agli ultimi dati, negli ultimi cinque anni la spesa sanitaria è cresciuta di circa 7 miliardi di euro e il 95 per cento di questo incremento di spesa è stato sostenuto interamente direttamente dalle famiglie. Oggi la mia impressione è che non ci sia la possibilità di ritrovare una rego-

lamentazione del settore sanitario che consenta da parte del settore pubblico la piena garanzia dei livelli essenziali di assistenza, ma che, come dicevo prima, sia invece più utile e anche più percorribile e più sostenibile la strada di far parlare meglio le tantissime componenti del sistema sanitario pubblico e privato, trovare forme di aggregazione della spesa e trovare forme di tutela delle fasce più deboli. Infatti, inevitabilmente la spesa sanitaria pubblica e privata crescerà e, quindi, la sostenibilità andrà trovata su tutti e due i fronti.

La seconda domanda è su cosa fare per sostenere i fondi integrativi. È un settore, come dicevo prima, che ha visto crescere in modo disordinato e in modo spesso non regolato moltissimi soggetti, sia dentro il sistema pubblico sia dentro il sistema privato. Credo, quindi, che un po' di trasparenza, un po' di monitoraggio, una migliore conoscenza delle cose che stanno capitando sia il primo punto.

Spesso assistiamo a dei dibattiti di carattere semantico sul significato delle parole « sostitutivo » o « integrativo ». Credo che bisogna andare oltre. Bisogna in qualche modo cercare di far crescere, per quanto possibile, in maniera ordinata le tante energie che stanno dando una risposta o provando a dare una risposta a una domanda crescente in termini di qualità e in termini di quantità di salute — ripeto — su tutti i fronti.

Vengo alla terza domanda. Forse non mi sono spiegato bene. Comunque, la maggior spesa sanitaria ha un impatto più forte sulle famiglie a più basso reddito, per tante ragioni, sicuramente perché le famiglie a più basso reddito hanno meno disponibilità e, quindi, una spesa improvvisa di carattere sanitario va a colpire un limite di disponibilità piuttosto basso.

La seconda ragione è che la capacità di prevenire spese sanitarie, assicurandosi, investendo qualche soldino, spendendo per attività preventive, in questo momento non è sostenibile da parte delle famiglie più povere. La spesa in prevenzione delle malattie soltanto per poco meno dell'1 per cento ricade sulle famiglie, mentre la spesa complessiva per il 25 per cento ricade sulle

famiglie. Pertanto, il tema della prevenzione, che probabilmente è centrale nel dibattito di oggi, è un tema che va affrontato mettendo insieme i due fronti.

L'insoddisfazione, mi riferisco alla seconda parte della domanda, naturalmente è un fatto molto soggettivo. Io posso essere soddisfatto del mio medico, soddisfatto del medico di base come del medico a cui mi sono rivolto o soddisfatto della struttura sanitaria con la quale mi sono interfacciato.

La mia considerazione e i dati delle nostre ultime ricerche dicono che purtroppo c'è questo rancore montante, che è non tanto verso il singolo medico o la singola struttura, che probabilmente, invece, vengono riconosciuti per quello che sono, cioè una struttura o una professionalità di assoluta eccellenza, ma verso un sistema che oggi è incapace di dare, nei tempi, nei modi e nelle quantità giuste, risposte a domande che sono purtroppo crescenti, in termini non solo di numero, ma anche di qualità. Pensiamo a tutto il tema dell'assistenza domiciliare, al tema delle persone disabili, al tema dei dispositivi.

Purtroppo il sistema pubblico in questo non è riuscito a dare quella risposta che la società italiana si attendeva, vuoi per ragioni di crisi economica, vuoi per ragioni quindi di contrazione della spesa complessiva per investimenti sociali, vuoi perché il sistema era diventato talmente complesso e talmente disarticolato che il sistema pubblico probabilmente non ha trovato la strada, la forza, l'architettura per poter dare quelle risposte attese.

Non dimentichiamo che l'attesa di vita dei giovani italiani è la più alta al mondo insieme a quella dei giapponesi e degli svizzeri, quindi abbiamo per stile di vita e per capacità di cura una posizione di assoluta eccellenza nel mondo. Serve tuttavia un passo avanti nel modo in cui eroghiamo i servizi a tutela della salute e a prevenzione della salute.

PRESIDENTE. Nel ringraziare il dottor De Rita per il suo intervento, dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione di rappresentanti di Cittadinanzattiva e dell'Associazione difesa consumatori e ambiente (ADICONSUM).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, l'audizione di rappresentanti di Cittadinanzattiva e dell'Associazione difesa consumatori e ambiente (ADICONSUM).

Saluto i nostri ospiti, ringraziandoli per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione. Sono presenti per Cittadinanzattiva Francesca Moccia, vicesegretaria generale, e Valentina Condò, dell'Ufficio relazioni istituzionali, e per l'Associazione difesa consumatori e ambiente Luigi Gabriele, *public affairs* Adiconsum nazionale.

Pregherei i nostri ospiti di contenere il proprio intervento entro sette minuti, per dare modo ai deputati di porre delle domande, a cui seguirà la replica dei soggetti auditi, che potranno consegnare alla segreteria della Commissione un documento scritto o farlo pervenire successivamente. La documentazione sarà pubblicata sul sito internet della Camera dei deputati e resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera.

Do quindi la parola a Francesca Moccia, vicesegretaria generale di Cittadinanzattiva.

FRANCESCA MOCCIA, *vicesegretario generale di Cittadinanzattiva.* Grazie e buon pomeriggio a tutti. Siamo contenti di essere stati coinvolti in questo ciclo di audizioni, perché questo è un tema che ci sta molto a cuore.

Cittadinanzattiva è un'organizzazione che da 40 anni si occupa di *advocacy*, tutela dei diritti, e molto ha fatto nel campo della salute e della sanità, quindi per questo ha la possibilità di offrire anche uno spaccato delle problematiche nel campo della salute.

Abbiamo un osservatorio delle principali problematiche dei cittadini. Il primo dato di contesto che vorrei mettervi a disposizione — dato dell'ultimo Rapporto sulla sanità che pubblichiamo, il Rapporto PIT

Salute, che si trova sul nostro sito per chi volesse approfondire — è che un cittadino su tre che si è rivolto a noi nell'ultimo anno per problemi di sanità lo ha fatto per chiedere tutela per mancato accesso ai servizi sanitari. Mancato accesso vuol dire per i cittadini che si sono rivolti a noi innanzitutto che ci sono delle difficoltà crescenti, perché questo è un *trend* degli ultimi 4-5 anni, dovute principalmente a due fenomeni: un problema di costi crescenti, dovuti sia a costi privati sia al costo del *ticket* o dell'*intramoenia*, che chiaramente sono costi che pesano sulle tasche dei cittadini italiani, e il problema dei tempi, del famoso fenomeno delle liste d'attesa.

Queste sono le due barriere all'accesso, è un problema molto sentito soprattutto perché, come sappiamo dai dati di contesto, abbiamo una difficoltà generale di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, quindi ve li riporto rapidamente ma sono dati pubblici, conosciuti, di diverse fonti, che confermano anche una nostra preoccupazione.

La difficoltà di accesso è dovuta molto al definanziamento del Sistema sanitario nazionale, al rapporto tra la spesa sanitaria pubblica e il PIL, che è in costante diminuzione, alla spesa sanitaria compartecipata, quindi *ticket*, *superticket*, *intramoenia*, che è in diminuzione anche questa, ma la spesa sanitaria privata delle famiglie italiane è in costante aumento, soprattutto la spesa sanitaria *out of pocket*. Dobbiamo tener conto di questi dati di contesto, con una disomogeneità regionale, quindi una sanità a più velocità nelle regioni del nostro Paese non solo per una differente organizzazione dei servizi sanitari, ma anche per una differenza nella spesa *pro capite* delle regioni, quindi si spende in modo differente nelle diverse regioni per la sanità.

Questo ha acuito le differenze, che poi sono diventate delle forme di disuguaglianza di accesso alle cure. Consideriamo poi i dati sulla povertà crescente in Italia (5 milioni di persone in povertà assoluta, 10 milioni in povertà relativa) e il dato di 12 milioni di cittadini che rinunciano alle cure. Il contesto in cui si inserisce il tema della sanità integrativa è questo, c'è un problema

di difficile riconoscimento ed effettività dei livelli essenziali di assistenza che il nostro Sistema sanitario nazionale dovrebbe assicurare e che invece evidenzia questa situazione sicuramente critica che volevamo ricordare.

Se questo è il contesto, c'è da chiedersi cosa non abbia funzionato nei livelli essenziali di assistenza, cosa possa funzionare meglio, quali risposte in termini di nuove politiche pubbliche dobbiamo promuovere all'interno del nostro Servizio sanitario nazionale. È chiaro che una prima risposta è non continuare a definanziarlo.

Contrastare il fenomeno delle disuguaglianze regionali è una seconda risposta di politiche pubbliche, su cui mi soffermo. Le disuguaglianze in generale e in sanità in particolare non sono un fenomeno ineluttabile, o meglio le disuguaglianze stanno emergendo a livello globale non soltanto nel nostro Paese, ma questo non vuol dire che dobbiamo rimanere inermi di fronte a questo, perché è scientificamente provato che le disuguaglianze sono anche il frutto di mancate politiche pubbliche che invece rafforzino l'equità e soprattutto cerchino di accompagnare una comunità verso una maggiore eguaglianza di opportunità, seppur in una diversità di condizioni.

Questo vuol dire che le disuguaglianze sono un fenomeno dei nostri giorni, ma ci sono politiche pubbliche che le contrastano, e nel campo della salute questo è un tema, perché le disuguaglianze regionali nell'accesso ai servizi sono un problema, tanto che Cittadinanzattiva su questo ha una proposta molto forte che riguarda una modifica dell'articolo 117 della Costituzione, che vada a rafforzare proprio l'eguaglianza, cioè l'applicazione del diritto alla salute in tutte le regioni italiane, non soltanto in quelle più ricche e più forti, che hanno servizi più accessibili.

Il tema della sanità integrativa ha questo tipo di cornice. Da una parte abbiamo una normativa che prevede fondi sanitari integrativi, quindi la prima macro questione che su questo va affrontata, come ci chiedete in questa audizione, è il tema della integrazione o sostituzione.

La sanità integrativa non è nata con l'idea di sostituirsi al Servizio sanitario nazionale, quindi non deve essere la duplicazione del Servizio sanitario nazionale, non deve essere vista come la soluzione ai disservizi o al definanziamento del Servizio sanitario nazionale. Se è integrazione va valorizzata proprio questa natura, quindi bisogna fare più chiarezza anche la attraverso la normativa sull'attuale confusione tra integrazione e sostituzione.

Il tema delle agevolazioni fiscali. Ci sono molti vantaggi fiscali oggi per le aziende e per gli iscritti che versano i contributi per i fondi, la normativa ha riconosciuto le medesime agevolazioni e anche qui va fatta chiarezza, perché un conto sono i fondi integrativi delle prestazioni e un conto sono quelli sostitutivi, quindi anche qui sul tema delle agevolazioni sicuramente va fatto un lavoro di chiarezza, anche perché la trasparenza va nella direzione di agevolare non solo le aziende e gli enti, ma anche i cittadini, che così sanno bene di fronte a cosa si trovino.

In relazione all'anagrafe dei fondi siamo d'accordo che debba essere assicurata una trasparenza che al momento non è garantita, invece rappresenta sicuramente un'opportunità l'accesso ai dati sui fondi.

Integrazione sì, sostituzione no, ma non attraverso una posizione ideologica su questo (ci teniamo molto a sottolinearlo), non c'è assolutamente una contrarietà ad integrare le prestazioni, anzi noi riteniamo che soprattutto il fenomeno del mutualismo, che è riconosciuto dal nostro sistema, sia una risorsa nel *welfare*, quindi non si debba contrastarlo, anzi in una fase di crisi come la nostra sicuramente è un'opportunità e una risorsa per i cittadini. Il mutualismo, la solidarietà, tutti questi soggetti che danno l'opportunità di avere un *welfare* sicuramente più forte costituiscono un fenomeno che non va assolutamente sottovalutato, anzi va rafforzato.

Assicurata la chiarezza, la trasparenza e il funzionamento del Servizio sanitario nazionale, quindi LEA effettivi, rimane una questione aperta per la quale vale la pena cercare una soluzione. Se va rivista questa normativa e chiariti alcuni punti non troppo

chiari, dobbiamo chiederci oggi, viste le grandi fasce di popolazione vulnerabili, le nuove povertà e tutto quello che ci siamo detti rispetto alle cronicità ma anche a tutte le famiglie oggi in difficoltà, come possiamo rendere anche i fondi integrativi una risorsa per tutti, cioè non solo per i pochi che se lo possono permettere. Questa è una questione alla quale vale la pena trovare una risposta anche di politica pubblica. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Qualora volette mandarci un contributo scritto, lo metteremo a disposizione dei colleghi.

Do la parola a Luigi Gabriele, *public affairs* ADICONSUM nazionale. Anche lei ha sette minuti a disposizione.

LUIGI GABRIELE, *rappresentante dell'ADICONSUM*. Buongiorno a tutti, grazie per averci chiamato. ADICONSUM è una delle venti associazioni di consumatori del CNCU (Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti), da oltre 30 anni ci occupiamo anche di queste tematiche e cercheremo di darvi il punto di vista il più possibile dal lato del consumatore.

Cosa pensiamo dell'integrazione attraverso i fondi delle prestazioni del Servizio sanitario nazionale? Pensiamo che per fortuna in questi anni abbiamo avuto un paracadute di questo tipo, perché da quando sono nati, nel 1978, fino all'ultimo provvedimento normativo che riguarda la legge di bilancio del 2017, se non ci fosse stato qualcosa che andava a integrare il calo crescente che negli ultimi 40 anni (ha avuto una forte accelerazione negli ultimi 15 anni) ha avuto il Servizio sanitario nazionale, probabilmente oggi lo stato dei servizi rivolti a cittadini sarebbe stato molto peggiore.

È vero che i fondi integrativi vanno ad integrare il Servizio sanitario nazionale e hanno riguardato una platea minore rispetto alla totalità della popolazione (sapevate che prevalentemente fanno riferimento ai lavoratori dipendenti, ai liberi professionisti e ai pensionati), ma in questi anni lo stato di salute del Servizio sanitario nazionale è profondamente cambiato, direi addirittura radicalmente cambiato.

Intanto è cresciuto un profondo divario tra nord e sud del Paese. Pensate che negli ultimi 15 anni siamo passati dal 4 per mille dei posti letto per abitante al 3,4 per mille. Il Sistema sanitario ha avuto una riduzione significativa del personale medico e personale sanitario, tanto che oggi sono vacanti circa 6.000 medici e nel 2030 si ipotizza che ne mancheranno circa 50.000.

Vi è poi il tema legato agli sprechi, alla corruzione, all'utilizzo improprio dei fondi, che oggi si stimano approssimativamente in circa 23 miliardi dell'intero *budget* a disposizione del Servizio sanitario nazionale. Tra gli ultimi dati che abbiamo potuto consultare che avessero una fondatezza abbiamo preso quelli forniti da Eurispes (il XXIX Rapporto Italia del 2017), che sostanzialmente dicono che il disagio principale per il 75 per cento degli italiani riguarda le liste d'attesa. Oltre la metà degli italiani che si dovevano sottoporre a un intervento chirurgico hanno incontrato lunghe liste d'attesa per sottoporsi all'intervento, soltanto il 62 per cento degli italiani che risiede al nord-ovest preferirebbe la sanità pubblica rispetto ad altri tipi di sanità, e ovviamente potete immaginare che al centro e al sud il dato peggiora drammaticamente, fino al punto in cui solo il 30 per cento degli italiani che risiedono nelle isole vorrebbe fruire del Servizio sanitario pubblico.

La decisione di risparmiare sulle spese sanitarie oggi riguarda addirittura quasi il 60 per cento degli italiani, in alcuni casi il 28 per cento non ha potuto effettuare fisioterapia e riabilitazione, il 33 per cento non ha potuto fare riabilitazione, il 31 per cento degli italiani non ha potuto fare cure dentistiche. I più toccati sono i cassaintegrati, che nel 73 per cento dei casi non hanno potuto fare cure odontoiatriche, nel 66 per cento fisioterapia e riabilitazione, nel 60 prevenzione, nel 46 non hanno potuto comprare le medicine.

A questi seguono con leggere differenze chi è in cerca di prima occupazione, chi ha già un'occupazione, le casalinghe, i pensionati e soltanto alla fine troviamo gli studenti. In questo quadro in teoria, anche a seguito di un accordo Stato-regioni del 2012, avremmo diritto alle prestazioni mediche

in tempi certi (sapete che ci sono i 30 giorni per le visite specialistiche e i 60 giorni per gli esami diagnostici). In questo panorama per fortuna in alcuni casi ci sono stati i fondi che hanno integrato le prestazioni, però hanno riguardato soltanto una parte della popolazione, in genere chi ha un contratto di lavoro oppure liberi professionisti che potevano permetterselo o pensionati che facevano riferimento alla loro categoria.

Riteniamo che questo strumento debba essere potenziato, ma partiamo dal presupposto che ciò non deve costituire l'apertura alla privatizzazione dei servizi sanitari; su questo non si transige e nello stesso tempo non possiamo pensare di scaricare sui singoli cittadini il costo abnorme dello spreco sanitario. Vanno certamente potenziati, va trovata una serie di formule per il potenziamento, senza andarne a snaturare la natura stessa, ma adattandola ai tempi che cambiano.

Per quanto ci riguarda potremmo vederla in un'ottica di *welfare* innovativo e partecipato. È ovvio che in tutto questo è fondamentale fare una corretta educazione, che è alla base di ogni cosa. Se riusciamo a sollecitare i consumatori ad un contenimento dell'autoprescrizione, dell'automedicazione, a spingere i *mass media* affinché si inizi a parlare finalmente di informazione sanitaria, di corretto consumo, di corretta alimentazione, probabilmente avremmo meno bisogno di dover ricorrere alle prestazioni sanitarie, al di là se siano pubbliche o private.

Pensiamo che sia arrivato il momento di dare veramente seguito a una corretta tracciatura sia delle prestazioni sanitarie, sia dei farmaci. In questo la tecnologia ci aiuta, io sono uno dei 30 componenti del gruppo costituito dal Ministero dello sviluppo economico per lo studio della tecnologia *blockchain* e dei registri distribuiti, vi assicuro che se adottassimo modelli che in più Paesi sono stati redatti per la tracciatura dei farmaci e delle prestazioni sanitarie attraverso la *blockchain*, probabilmente risolveremmo il problema della corruzione, della trasparenza e tutte le altre

problematiche di natura economica che si annidano nelle prestazioni sanitarie.

Un altro elemento fondamentale sempre parlando di innovazione tecnologica è quello di verificare i dati genomici. Molti Paesi stanno mettendo a frutto l'utilizzo dei dati genomici, sappiamo ormai che i pazienti vanno incontro a malattie già ipotizzabili alla nascita, se iniziassimo a utilizzare i dati genomici e a costruire dei *database* che possano essere utilizzati in maniera dettagliata sia dal Servizio sanitario che dei soggetti privati che possano potenziarne l'utilizzo, potremmo avere addirittura delle previsioni quasi accurate.

L'autosufficienza è un altro dei capitoli da valutare. La popolazione invecchia, spesso le indennità di accompagnamento vanno a sostituire quello che dovrebbe fare lo Stato, spesso però queste indennità di accompagnamento vengono utilizzate in maniera non produttiva, perché, come sapete, l'assistenza domiciliare non viene garantita da personale esperto, ma si ricorre all'aiuto di personale non qualificato, quindi va rivisto anche il supporto all'autosufficienza.

La telemedicina ancora non è stata presa completamente sul serio, è un altro elemento su cui agire, quindi riteniamo che vada attuata una riorganizzazione dei ruoli, dove sia imprescindibile anche la nostra presenza come associazioni consumatori, perché il Servizio sanitario va visto nell'ottica di paziente, anche come utente e come consumatore finale. Grazie.

PRESIDENTE. Grazie a lei. Autorizzo la pubblicazione in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna della documentazione consegnata dal rappresentante di ADICONSUM (*vedi allegato 2*). Lascio la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

MARA LAPIA. Vi ringrazio e faccio una piccola premessa. Nel mese di dicembre del 2018 è stato presentato il XXI Rapporto PIT Salute di Cittadinanza, che afferma «l'accesso ai servizi può dunque trasformarsi in un'operazione complessa sia per i tempi che per i costi, e quando sono questi ultimi a dettare le condizioni per l'otteni-

mento di una visita o di un esame, si crea una pericolosa discriminazione, all'interno della quale non è più il meccanismo dell'appropriatezza a disciplinare l'erogazione delle prestazioni in rapporto alle condizioni ed esigenze, ma la disponibilità economica. A seconda dell'ambito ospedaliero, residenziale o domestico in cui tali differenziazioni si verificano, si può verificare una iniziale posticipazione dell'accesso tramite il servizio pubblico, una sostituzione del soggetto erogatore con il servizio di *intramoenia* o vari privati, oppure una completa rinuncia per motivi di indisponibilità economica ».

La domanda è questa: se potete indicarci dati e informazioni utili riguardo la frequenza della sostituzione del soggetto erogatore con il servizio *intramoenia* e privato, e se tale sostituzione sia in qualche misura incentivata dalla sanità integrativa.

ANDREA CECCONI. Da qualche settimana stiamo facendo queste audizioni e il *trend* degli auditi è più o meno lo stesso: che la sanità sia in difficoltà è chiaro a tutti, che si sta invecchiando altrettanto; c'è sempre una divisione tra chi dice che bisogna incentivare i fondi integrativi e chi invece dice che bisogna incentivare la sanità pubblica.

Il dottor Gabriele di ADICONSUM ci ha chiesto di intervenire incentivando i fondi sanitari integrativi o privati senza tradire l'aspetto pubblico. I dati a nostra disposizione sono scarsi e non completi, non riusciamo a capire questi fondi sanitari integrativi cosa effettivamente erogano, quanto e come erogano, il numero di iscritti, quanto sia sostitutivo perché non c'è un margine di trasparenza tale da capire bene come funzionano. Però c'è anche da dire che, se guardiamo oltre il nostro confine, sappiamo benissimo come funziona quando spostiamo il fulcro dal pubblico al privato, non è vero che il pubblico muore totalmente, ma il privato prende un sopravvento rispetto al quale è impossibile inserire dei paletti.

Non tradire il pubblico spostandosi sul privato è quindi una speranza che uno si può porre all'inizio come legislatore, ma un risultato che sicuramente non può otte-

vere, perché dopo il privato ha una sua autonomia, i cittadini fanno delle scelte autonome, chi ha i soldi si sposta e va dove può andare, chi non li ha invece rimane fermo in un punto in cui se il pubblico c'è e dà delle risposte, bene, se non c'è, si deve arrangiare. Il panorama esterno non mi pare che ci dia molte speranze rispetto a quello che ci prefissiamo inizialmente come legislatori.

Faccio la stessa domanda che ho fatto nella precedente audizione: secondo voi, la scommessa di ridurre tutte le deduzioni e le agevolazioni di fiscalità che si danno ai fondi integrativi in maniera anche molto frammentata e portare tutti quei soldi all'interno del Servizio sanitario pubblico nazionale (poi può convenzionarsi o ovviamente appoggiarsi al privato, ma lo fa il pubblico, lo fa lo Stato, lo fa la regione, non è direttamente nell'autonomia del privato) è una scommessa che si può vincere, per dare una risposta generale a tutti?

Ovviamente chi ha i soldi accederà ai fondi sanitari integrativi in ogni caso, però chi non li ha vedrebbe il Fondo sanitario nazionale, che è stato diciamo definanziato o finanziato troppo poco in questi anni, finalmente iniettato di una liquidità importante per edilizia, assunzioni, liste d'attese. Passare in un anno da 115 miliardi a 120-125 miliardi di euro è rilevante. Ci vuole tempo per fare una politica pubblica efficiente, come ci vuole tempo per fare una politica privata efficiente, cioè spostare l'attenzione dal pubblico al privato non si fa da un giorno all'altro, così come non si riuscirebbe da un giorno all'altro a spostare l'attenzione tutta dal pubblico.

Secondo voi è possibile, cioè riusciamo con il nostro servizio pubblico, che avrà tutti i difetti del mondo ma ha anche tutti i pregi, finanziandolo adeguatamente, ad erogare un servizio efficace oppure non è possibile, siamo arrivati a un punto in cui è necessario delegare a un privato, che le cose le fa in maniera adeguata e anche bene, cercando quanto più di allargare la maglia e permettere a quanti più cittadini possibili di accedere a questo genere di servizio? Attualmente i dati che ci ha portato l'Agenzia delle entrate dicono che sono

veramente poche le persone che accedono a questo tipo di sanità integrativa, quindi aumentare molto questa maglia è un lavoro non di poco conto.

DORIANA SARLI. Vorrei rivolgere una domanda al vicesegretario di Cittadinanzattiva. Lei ha sottolineato una disegualianza del Sistema sanitario nazionale a livello regionale. Abbiamo dei dati generali rispetto al finanziamento erogato e alle percentuali di popolazione; il 34 per cento di popolazione al sud ha visto un 28 per cento di finanziamento generale, però vorrei sapere se voi avete dei dati più mirati sul finanziamento che viene dato dallo Stato alle regioni, di cui questa disegualianza è frutto.

CELESTE D'ARRANDO. Ringrazio gli auditi perché confermano la realtà rispetto alla sanità pubblica e alla necessità negli ultimi anni dei fondi sanitari integrativi, che hanno supportato quella che è una carenza strutturale della sanità.

Faccio una domanda molto semplice, ossia se e per quali motivi Cittadinanzattiva e ADICONSUM ritengano eventualmente compatibili, in assenza di conflitti di interesse, il ruolo di chi promuove la tutela dei diritti dei lavoratori, dei cittadini o dei consumatori con il ruolo di chi promuove invece forme di sanità integrativa.

PRESIDENTE. Se non ci sono altre domande, lascio la parola agli auditi per una breve replica.

FRANCESCA MOCCIA, *vicesegretario generale di Cittadinanzattiva*. La prima domanda riguardava il tema dell'*intramoenia* e ci veniva chiesto se abbiamo dati su questo, su quanto si sostituisca l'*intramoenia* al canale istituzionale.

Volevo specificare che i nostri dati, quelli citati del Rapporto PIT Salute, raccolgono circa 25.000 segnalazioni annuali dei cittadini, per cui hanno come fonte direttamente la voce dei cittadini, quindi da questi dati possiamo avere soltanto un'informazione (anche con percentuali di quanti lo hanno segnalato) di quanto l'*intramoenia*

sia un costo, inteso come barriera all'accesso. Su questo abbiamo dei dati, ma ritengo che dati più generali su quanto questa sostituzione avvenga vadano cercati in fonti di carattere istituzionale, quindi non del nostro osservatorio, che è un osservatorio civico, basato su cittadini che segnalano problematiche che noi registriamo, analizziamo e restituiamo ovviamente alle istituzioni e a tutti gli altri soggetti interessati.

Rispetto alla seconda questione, se il Servizio sanitario nazionale possa farcela o se dobbiamo rinunciare a questa idea che abbiamo una sanità pubblica che funziona, che riesce a curarci, che è accessibile, che rimane sicura e di qualità, e delegare al privato, la risposta che ci sentiamo di dare come organizzazione è che noi crediamo fortemente che il Servizio sanitario nazionale debba reggere, perché è davvero una grande risorsa del nostro ordinamento, del nostro Paese, e dobbiamo essere orgogliosi di questo.

Sicuramente il privato e il privato convenzionato sono una realtà che ha reso semplicemente variegato il panorama di offerta di assistenza sanitaria di questo Paese e non bisogna essere ideologicamente contrari a questo, perché ha sempre incentivato anche una certa competizione che può essere sana, quindi questo non è un problema purché ci siano standard, purché ci sia il controllo del pubblico, soprattutto nel regime convenzionato.

Quello che va salvato nel Servizio sanitario nazionale è la possibilità di essere finanziato adeguatamente, consentendo accessibilità all'innovazione, quindi cure innovative anche all'ultimo dei nostri cittadini, al più povero, al più vulnerabile. Questa è la forza del nostro sistema, curare anche l'ultimo.

Va però impedito che il sistema sia prosciugato, vanno fatti dei disinvestimenti laddove non vale più la pena investire; occorre fare delle scelte d'investimento, sull'innovazione, quella vera, sulle terapie innovative che salvano la vita, mentre è opportuno disinvestire dove ci sono quelli che chiamiamo banalmente sprechi, che non sempre sono in malafede, ma a volte anche

in buona fede. Ci sono forme di spreco di risorse e sicuramente vanno combattute.

La tecnologia per quanto ci riguarda è una soluzione. Si citava la telemedicina, ci chiediamo se il sistema reggerà in futuro (non lo diciamo noi, lo vediamo da come stanno saltando i vari sistemi di *welfare* nel resto dell'Europa). Dobbiamo guardare anche fuori dal nostro Paese per vedere quello che sta succedendo, pensiamo a quello che sta succedendo al NICE nel Regno Unito, che per noi è stato sempre un punto di riferimento come sistema di *welfare*.

È importante quindi che la tecnologia oggi dia risposte, consentendo di spendere meno e di arrivare a tutti. Per le disegualianze l'ultima area critica è quella delle aree interne del nostro Paese. Noi riusciamo a curare tutti anche nelle zone montane o nelle piccole isole se con la telemedicina, con sistemi di telemonitoraggio, riusciamo ad arrivare a tutti, e oggi questo si può fare ed è un investimento sano. Tanti altri sicuramente si possono valutare, ci sono dei sistemi di valutazione come l'HTA (Health Technology Assessment), che funzionano, quindi utilizziamoli bene perché sappiamo che le scelte si fanno coinvolgendo più soggetti, basandole sulle evidenze; così funziona la sanità nel resto del mondo e anche nel nostro Paese, quindi facciamola funzionare.

La terza domanda riguardava i dati sui finanziamenti nazionali. Anche qui dobbiamo attingere a dati di carattere istituzionale quando ricerchiamo quanto si investe a livello di finanziamento nazionale. Il nostro — ripeto — è un osservatorio civico, che restituisce evidenze anche attraverso delle indagini che facciamo, focalizzate su alcuni temi; per quanto riguarda dati più istituzionali dobbiamo attingere ad altre fonti.

L'ultima domanda, se riteniamo esista un conflitto di interesse tra chi si occupa di preservare i diritti dei lavoratori, dei cittadini e dei consumatori e chi offre servizi di sanità integrativa, sicuramente investe un tema delicato, quindi occorre sempre garantire massima trasparenza perché i conflitti d'interesse fanno parte di questo nostro sistema, l'importante è dichiararli ed

essere trasparenti in questo. Non abbiamo un dato su questo, però una maggiore trasparenza sicuramente può essere utile.

LUIGI GABRIELE, *rappresentante dell'ADICONSUM*. Direi che il gioco di spostare del denaro da una parte all'altra non premia mai, secondo noi ciò che andrebbe fatto è probabilmente andare a recuperare le somme che oggi sono sprecate.

Abbiamo detto precedentemente che solo la corruzione e le frodi nel Servizio sanitario nazionale costano 6 miliardi di euro l'anno, che sono il 5 per cento della spesa, e altri 15 miliardi sono legati invece all'inefficienza di alcune regioni nel Servizio sanitario; complessivamente quindi fanno 21 miliardi che noi dovremmo recuperare.

Tra l'altro, l'incentivazione economica per quanto riguarda i fondi non è nemmeno il *plus* per il quale il sottoscrittore lo fa o meno, perché nella sua preoccupazione c'è semplicemente il diritto alla prestazione, quindi a fare la visita medica, mentre dell'eventuale *bonus* che ottiene alla sottoscrizione del fondo beneficia piuttosto la fiscalità generale, perché fa emergere il nero, fa in modo che tutti richiedano le prestazioni in chiaro, in trasparenza, quindi vengono isolate le numerose attività non sempre lecite che vengono svolte in questo Paese.

Il conflitto d'interessi dipende da cosa intendiamo. Noi pensiamo che il conflitto

di interessi si possa contrastare con la piena trasparenza dell'utilizzo delle risorse e la tracciabilità di tutte le procedure. Il conflitto si annida nel momento in cui lo Stato non controlla e chi dovrebbe fare l'attività di vigilanza e monitoraggio lascia che questo avvenga.

Pensiamo che il ruolo delle parti sociali in questo contesto sia fondamentale perché, come ho detto durante l'intervento, certamente va riscritto il modello del *welfare*, va creato un modello di *welfare* più innovativo e partecipativo. Riteniamo, quindi, che ci debbano essere le parti sociali, perché senza le parti sociali continuiamo a far fare agli uffici, o speriamo lo faccia almeno qualche intelligenza artificiale.

Quando c'è un conflitto d'interesse che contrasta l'interesse generale accade perché lo Stato non controlla in totale trasparenza come si esplica la filiera, sia quella legata alle prestazioni che quella relativa all'utilizzo dei farmaci.

PRESIDENTE. Nel ringraziare gli ospiti per il loro contributo, dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.

Licenziato per la stampa

il 24 giugno 2019

ALLEGATO 1



CAMERA DEI DEPUTATI

INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI FONDI INTEGRATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO

Roma, 6 febbraio 2019

Signor Presidente, signori Onorevoli Commissari,

Ringraziamo per l'opportunità offerta di illustrare taluni aspetti sui fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale che coinvolgono direttamente l'attività dell'Agenzia delle entrate e che riguardano, in particolare, l'applicazione delle agevolazioni fiscali previste per la contribuzione ai predetti fondi.

Nel Testo unico delle Imposte sui redditi, sono, infatti, previste specifiche disposizioni che consentono la deduzione, detrazione o esclusione dal reddito dei contributi versati a fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, dei contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, e dei contributi associativi versati dai soci alle società di mutuo soccorso.

1) Contributi versati a fondi integrativi del servizio sanitario nazionale

Sono deducibili dal reddito complessivo, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. e-ter), del TUIR, i contributi versati ai fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del D. Lgs. n. 502 del 1992.

Le prestazioni che possono erogare detti fondi sono individuate dai commi 4 e 5 del citato art. 9.

Si tratta:

-di prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza, erogate da professionisti e strutture accreditate;

-di prestazioni erogate dal SSN comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dall'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito;

-di prestazioni socio sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Con il DM 31 marzo 2008 sono stati, inoltre, definiti ulteriori ambiti di intervento tra i quali si ricorda, a titolo esemplificativo, le prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

I contributi versati a detti fondi sono deducibili per un importo annuo complessivamente non superiore ad euro 3.615,20.

Alla determinazione della somma massima deducibile concorrono anche i versamenti eseguiti dai lavoratori dipendenti e assimilati, nonché dai loro datori di lavoro, agli enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali nonché i contributi di assistenza sanitaria versati nell'interesse dei familiari fiscalmente a carico ai sensi dell'articolo 12 del TUIR.

Sulla base dei dati estrapolati dalle dichiarazioni dei redditi (Modello 730 e Redditi persone fisiche) per gli anni d'imposta 2016 e 2017 è stato portato in deduzione il seguente ammontare di contributi:

Anno d'imposta 2016	
Numero di dichiarazioni	Importo contributi dedotti
80.674	63.296.443

Anno d'imposta 2017	
Numero di dichiarazioni	Importo contributi dedotti
65.111	51.113.233

2) Enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale

L'articolo 51, comma 2, lett. a), del TUIR, stabilisce che non concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore, in esecuzione di contratti, accordi o regolamenti aziendali, ad enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il citato decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008. L'importo che non concorre alla formazione

del reddito di lavoro dipendente è di ammontare non superiore complessivamente ad euro 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite, si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter) del TUIR.

Detti contributi non concorrono nei limiti e alle condizioni previste anche qualora siano versati in favore dei familiari, sia a carico che non a carico, del dipendente.

Possono versare i contributi di assistenza sanitaria anche i pensionati (ex lavoratori dipendenti) se tali casse consentono agli ex lavoratori di rimanervi iscritti anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro, continuando a corrispondere in proprio il contributo previsto senza alcun onere a carico del datore di lavoro. Tali contributi non concorrono alla formazione del reddito anche se versati da lavoratori in quiescenza, semprechè rispondenti alle previsioni di contratto, accordo o regolamento aziendale, stante l'equiparazione dei redditi da pensione ai redditi di lavoro dipendente.

Gli ambiti di intervento degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, che non rientrano nell'ambito di operatività del SSN, comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie da essi assicurate nonché i costi di compartecipazione sostenuti dai cittadini per la fruizione delle prestazioni del SSN e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria (articolo 1 del Dm 31 marzo 2008).

Sulla base dei dati estrapolati dalle Certificazioni Uniche dei sostituti d'imposta per gli anni d'imposta 2016 e 2017 non hanno concorso al reddito di lavoro dipendente o di pensione i seguenti contributi:

Anno d'imposta 2016	
Numero di contribuenti presenti nelle Certificazioni Uniche	Importo contributi
5.480.351	10.511.155.679

Anno d'imposta 2017	
Numero di contribuenti presenti nelle Certificazioni Uniche	Importo contributi
6.696.640	11.052.624.920

Sulla base dei dati estrapolati dalle dichiarazioni dei redditi (Modello 730 e Redditi persone fisiche) per gli anni d'imposta 2016 e 2017 è stato portato in deduzione dai lavoratori in quiescenza il seguente ammontare di contributi:

Anno d'imposta 2016	
Numero di dichiarazioni	Importo contributi
54.287	43.653.767

Anno d'imposta 2017	
Numero di dichiarazioni	Importo contributi
72.910	60.083.245

Agevolazioni fiscali sono, altresì previste per la contribuzione alle società di mutuo soccorso. L'art. 83, comma 5, del D.Lgs. 3 agosto 2017 n. 117 (Codice del Terzo settore), disciplina la detrazione dall'imposta lorda dei contributi associativi versati dai soci alle società di mutuo soccorso che operano esclusivamente nei settori di cui all'art. 1 della legge 15 aprile 1886, n. 3818, al fine di assicurare ai soci un sussidio nei casi di malattia, di impotenza al lavoro o di vecchiaia, ovvero, in caso di decesso, un aiuto alle loro famiglie. Il citato art. 83, comma 5, del D.Lgs. n. 117 del 2017 riproduce, sostanzialmente, quanto in precedenza previsto dall'art. 15, comma 1, lett. i-bis), del TUIR, abrogata dall'art. 102, comma 1, lett. g) del Codice del Terzo Settore.

Ai sensi dell'art. 1 della citata legge n. 3818 del 1886, le società di mutuo soccorso - che non hanno finalità di lucro, ma perseguono finalità di interesse generale, sulla base del

principio di sussidiarietà – possono svolgere in favore esclusivamente dei soci e dei loro familiari conviventi una o più delle seguenti attività:

a) erogazione di trattamenti e prestazioni socio-sanitarie nei casi di infortunio, malattia ed invalidità al lavoro, nonché in presenza di inabilità temporanea o permanente;

b) erogazione di sussidi in caso di spese sanitarie sostenute dai soci per la diagnosi e la cura delle malattie e degli infortuni;

c) erogazione di servizi di assistenza familiare o di contributi economici ai familiari dei soci deceduti;

d) erogazione di contributi economici e di servizi di assistenza ai soci che si trovino in condizione di gravissimo disagio economico a seguito dell'improvvisa perdita di fonti reddituali personali e familiari e in assenza di provvidenze pubbliche.

Le attività previste dalle lettere a) e b) possono essere svolte anche attraverso l'istituzione o la gestione dei fondi sanitari integrativi di cui al citato articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Sulla base dei dati estrapolati dalle dichiarazioni dei redditi (Modello 730 e Unico persone fisiche) per gli anni d'imposta 2016 e 2017 sono stati portati in detrazione i seguenti contributi associativi:

Anno d'imposta 2016	
Numero di dichiarazioni	Importo contributi
116.792	52.401.492

Anno d'imposta 2017	
Numero di dichiarazioni	Importo contributi
128.843	63.637.032

3) Trattati distintivi tra fondi sanitari integrativi del SSN e enti, casse e società di mutuo soccorso.

Con la risoluzione 3 dicembre 2014, n. 107/E, inoltre, l'Agenzia delle entrate ha tracciato, in base agli elementi forniti dal Ministero della salute, i tratti distintivi tra i fondi sanitari integrativi, richiamati dall'art. 10, comma 1, lett. e-ter) del TUIR e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, di cui all'art. 51, comma 2, lett. a) del medesimo TUIR chiarendo che si tratta di due fattispecie diverse non sovrapponibili.

Secondo il Ministero della salute, infatti, i fondi sanitari integrativi sono finalizzati all'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, o di prestazioni ricomprese nei livelli essenziali, ma per la sola quota a carico dell'assistito o, ancora, di prestazioni socio sanitarie erogate in strutture accreditate o in forma domiciliare, sempre per la quota a carico degli assistiti. Si tratta, dunque, di un sistema di finanziamento privatistico dell'assistenza sanitaria, che si affianca a quello gravante sul sistema pubblico, in virtù del dovere, di derivazione costituzionale, di garantire le prestazioni sanitarie ritenute essenziali. Pertanto, come ha ricordato il citato Ministero, ferma restando la libertà di costituire fondi privati per il finanziamento di prestazioni già erogate dal servizio sanitario nazionale, il legislatore ha ritenuto che occorresse incentivare prevalentemente i fondi privati finalizzati ad erogare le altre prestazioni non comprese nei livelli essenziali.

A differenza dei fondi sanitari integrativi, gli enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, richiamati dal citato art. 51 del TUIR, possono, invece, finanziare anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle già erogate dal Servizio sanitario nazionale. Secondo il Ministero della salute: *“il legislatore, dunque, aveva ben presente la predetta distinzione, e il fatto che, con riguardo al reddito complessivo, abbia previsto la deducibilità dei soli contributi versati ai fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, mentre quella dei contributi versati agli enti o casse aventi esclusivamente fini assistenziali sia stata riferita solo al reddito da lavoro dipendente, depone a favore della tesi secondo cui le due fattispecie non possano essere accomunate”*.

4) Contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale

L'Agenzia delle Entrate con la circolare 29 marzo 2018, n. 5 si è soffermata, tra l'altro, sulle prestazioni fornite dalle casse sanitarie, aventi esclusivamente fine assistenziale, in ragione della contribuzione versata dall'iscritto/dipendente o dal datore di lavoro in suo favore.

Com'è noto i predetti organismi operano sulla base di un criterio mutualistico senza posizioni individuali degli iscritti e, conseguentemente, non è possibile differenziare le prestazioni erogate in dipendenza dei maggiori contributi versati.

Non concorrono, dunque, alla formazione del reddito di lavoro dipendente i contributi versati alle casse sanitarie che operano rispettando i citati principi di mutualità.

Alcune perplessità sorgono, al contrario, in tutte quelle ipotesi in cui esista, per ciascun iscritto/dipendente, una stretta correlazione fra quanto percepito dalla cassa a titolo di contribuzione ed il valore della prestazione resa nei confronti del lavoratore, o dei suoi familiari, al punto che la prestazione sanitaria ove erogata, non possa comunque mai eccedere, in termini di valore, il contributo versato dal dipendente o dal suo datore di lavoro.

Laddove, quindi, il “valore” della prestazione resa dalla cassa sanitaria in favore del lavoratore è strettamente collegata all'importo del contributo versato da quest'ultimo, nel senso che nell'ipotesi di rimborso delle spese sanitarie il ristoro delle somme non può essere maggiore del contributo versato, l'Agenzia ritiene che in tali casi non possa trovare applicazione il vantaggio fiscale disposto dell'articolo 51, comma 2, lettera a). del TUIR. In tali ipotesi, resta ferma la detraibilità della spesa sanitaria rimborsata, ai sensi dell'articolo 15, comma 1, lett. c).

5) Trattamento fiscale delle spese sanitarie rimborsate

Ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del TUIR spetta una detrazione ai fini dell'IRPEF pari al 19 per cento delle spese sanitarie sostenute ed effettivamente rimaste a carico dei contribuenti.

Le spese mediche e di assistenza specifica sostenute dai soggetti portatori di handicap (legge n. 104 del 1992) sono, invece, deducibili dal reddito complessivo, ai sensi dell'art. 10, comma 1, lett. b), del TUIR.

Si considerano rimaste a carico del contribuente anche le spese rimborsate per effetto di contributi o di premi di assicurazione da lui versati e per i quali non spetta la detrazione d'imposta o che non sono deducibili dal suo reddito complessivo né dai redditi che concorrono a formarlo; si considerano, altresì, rimaste a carico del contribuente le spese rimborsate per effetto di contributi o premi che, pur essendo versati da altri, concorrono a formare il suo reddito.

Si considerano rimaste a carico anche le spese sanitarie rimborsate qualora i premi versati non abbiano determinato alcun beneficio fiscale in termini di detrazione d'imposta o di esclusione dal reddito. Qualora, invece, i predetti contributi e premi diano diritto alla detrazione dall'imposta o siano deducibili dal reddito complessivo né concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente del contribuente, le spese sanitarie sostenute e rimborsate per effetto dell'iscrizione a detti fondi non consentono alcuna detrazione. Non assume, peraltro, rilievo la circostanza che il contribuente si sia o meno effettivamente avvalso delle detrazioni o delle deduzioni spettanti per i contributi e i premi in parola (Circolare 19.06.2002. n. 54/E).

Nel caso in cui il rimborso sia inferiore alla spesa sostenuta la detrazione/deduzione è calcolata solo sulla parte non rimborsata.

Non si considerano rimaste a carico del contribuente, tra l'altro le spese rimborsate a fronte di contributi per assistenza sanitaria versati dal sostituto d'imposta o dallo stesso contribuente ad enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale che, come precisato, fino ad un importo di euro 3.615,20, non hanno concorso a formare il reddito imponibile. Nelle ipotesi in cui i contributi versati risultino di ammontare superiore all'importo di euro 3.615,20, è possibile portare in detrazione/deduzione, oltre alla somma non rimborsata, anche una quota parte di quella rimborsata calcolata sulla base della percentuale risultante dal rapporto tra i contributi

versati in eccedenza (rispetto al suddetto limite di euro 3.615,20) e il totale dei contributi versati.

Il medesimo principio si applica anche nell'ipotesi di contributi associativi versati alle società di mutuo soccorso.

6) Comunicazione dei dati ai fini della dichiarazione precompilata

L'articolo 78, comma 25-*bis*, della legge 30 dicembre 1991, n. 413, come sostituito dall'art. 1, comma 950, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, stabilisce che ai fini della elaborazione della dichiarazione dei redditi da parte dell'Agenzia delle entrate, a partire dall'anno d'imposta 2015, nonché dei controlli sugli oneri deducibili e sugli oneri detraibili, entro il 28 febbraio di ciascun anno, tra l'altro, gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale iscritti all'Anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale trasmettono all'Agenzia delle entrate, per tutti i soggetti del rapporto, una comunicazione contenente i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate per effetto dei contributi versati di cui alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 51 e di quelli di cui alla lettera e-ter) del comma 1 dell'articolo 10 del TUIR.

Non vanno comunicati all'Agenzia delle entrate, invece, i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate per effetto di contributi che non hanno attribuito alcun beneficio fiscale, in termini di detrazione d'imposta o di esclusione dal reddito.

I predetti soggetti comunicano, inoltre, i contributi per i quali opera la deducibilità ai sensi delle disposizioni sopra indicate, anche per l'importo eccedente il limite di deducibilità previsto dalle stesse disposizioni.

Gli Enti e le Casse aventi esclusivamente fine assistenziale, i Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale e gli altri fondi comunque denominati trasmettono, quindi, all'Agenzia delle Entrate i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate nell'anno di riferimento, comprese quelle sostenute negli anni precedenti, nonché i dati relativi ai contributi versati direttamente dal contribuente o tramite un soggetto diverso dal sostituto d'imposta. Non devono essere

comunicati, pertanto, i dati relativi ai contributi versati tramite il sostituto d'imposta che vengono acquisiti direttamente dalle Certificazioni Uniche rilasciate dai predetti sostituti d'imposta.

Sulla base dei dati estrapolati dalla comunicazione dei dati relativi alle spese sanitarie ed ai rimborsi trasmessi a fondi e casse per gli anni d'imposta 2016 e 2017 sono stati rimborsate spese sanitarie (per le quali non spetta la detrazione o deduzione come spese sanitarie in sede di dichiarazione dei redditi):

Spesa e rimborsi per prestazioni del 2016		
TIPO FONDO	IMPORTO SPESA SANITARIA PRESENTATA PER IL RIMBORSO	IMPORTO SPESA SANITARIA RIMBORSATA
Fondo/Cassa di cui all'articolo 51, comma 2 lettera a del TUIR	1.324.987.462	891.587.258
Fondo/Casse di cui all'articolo 10, comma 1 lettera e-ter del TUIR	27.716.597	21.057.567

Spesa e rimborsi per prestazioni del 2017		
TIPO FONDO	IMPORTO SPESA SANITARIA PRESENTATA A RIMBORSO	IMPORTO SPESA SANITARIA RIMBORSATA
Fondo/Cassa di cui all'articolo 51, comma 2 lettera a del TUIR	1.567.642.343	1.128.957.227
Fondo/Casse di cui all'articolo 10, comma 1 lettera e-ter del TUIR	10.657.401	7.714.193

ALLEGATO 2



AUDIZIONE

Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale

XII Commissione della Camera dei deputati

6 febbraio 2018

Sommario

1. Riferimenti normativi
2. I fondi integrativi del SSN
3. Lo stato di salute della Sanità italiana
4. Posizione Adiconsum in merito ai fondi integrativi del servizio sanitario nazionale
5. Spunti e proposte

Fonti:

ISTAT- Rapporti Vari
29° Rapporto Italia Eurispes anno 2017
Centro studi ADICONSUM

**ADICONSUM**

Associazione Difesa Consumatori e Ambiente promossa dalla Cisl

Riferimenti normativi:

- **L. 833/1978.** Prevede la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal servizio pubblico tramite il ricorso ad assicurazioni private o a forme di mutualità volontaria.
- **D.lgs 502/1992.** Introduce la categoria dei fondi sanitari integrativi, individuando 3 pilastri per il SSN:
 - a) **la sanità pubblica basata sul principio dell'universalità, dell'eguaglianza e della solidarietà;**
 - b) **la sanità collettiva integrativa, tramite i fondi sanitari integrativi;**
 - c) **la sanità individuale, attraverso polizze assicurative individuali.**
- **DL 229/1999.** Delinea in maniera più netta le caratteristiche dei fondi integrativi, il cui fine viene indicato come quello di preservare le caratteristiche di solidarietà ed universalismo della sanità pubblica e, al tempo stesso, di incoraggiare la copertura di quei servizi che non rientrano nei LEA in tutto o in parte (ticket). Rilevando in modo chiaro il concetto di "integratività", che pone i fondi come "subordinati al SSN", il decreto concede esclusivamente a tali fondi le agevolazioni fiscali poi sancite dal DL n. 41 del 2000 che modifica il testo unico delle imposte sui redditi di cui al DPR n. 917 del 1986.
- **DM 31 marzo 2008** (cd. decreto Turco). Supera l'iniziale distinzione tra fondi doc (rispondenti ai requisiti di cui all'art. 9 del DL 502/1992) e fondi non doc (tutti gli altri fondi sanitari) introdotta dal DL 41/2000 che prevedeva che i fondi non doc, ovvero casse e fondi che offrono coperture sanitarie di tipo sostitutivo, subissero una graduale riduzione del beneficio fiscale in caso di mancato adeguamento ai requisiti previsti dal D.lgs 502/1992. Istituisce inoltre l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero della Salute.
- **DM 27 ottobre 2009** (cd. decreto Sacconi). Modifica il DM 31 marzo 2008 e definisce procedure e modalità del funzionamento dell'anagrafe dei fondi integrativi.
- **Legge di Stabilità 2016.** Consente di trasformare i premi di risultato anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza l'applicazione di alcuna imposta entro limite di € 2.000/anno, aumentato a € 2.500 euro/anno in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori, per i dipendenti con reddito lordo annuo sino a € 50.000.
- **Legge di Bilancio 2017.** Aumenta i limiti dei premi fissati dalla Legge di Stabilità 2016 da € 2000/anno a € 3.000/anno e da € 2.500/anno a € 4.000/anno ed estende la platea di beneficiari incrementando la soglia di reddito lordo annuo a € 80.000.

I fondi integrativi del SSN

**ADICONSUM**

Associazione Difesa Consumatori e Ambiente promossa dalla Cisl

Nonostante i riferimenti normativi precedentemente elencati, in molti sono convinti che, in Italia, esistano solamente due alternative per poter tutelare la propria salute: **la sanità pubblica e quella privata**, quando per la seconda si intende semplicemente la **visita da uno specialista** che svolge la propria attività in libera professione.

Tuttavia, e per fortuna, non è solo così: molti italiani infatti sono iscritti, **talvolta anche inconsapevolmente**, a fondi sanitari integrativi o enti, casse o società di mutuo soccorso con fine assistenziale.

Si tratta di un'opportunità aggiuntiva di tutela della propria salute che spesso viene inclusa nel contratto di lavoro, ed è il motivo per cui a molti sfugge.

I fondi sanitari integrativi possono essere enti, associazioni, società di mutuo soccorso, compagnie assicurative che hanno presentato domanda di iscrizione presso **l'Anagrafe istituito dal Ministero della Salute nel 2009**.

Ogni anno l'iscrizione va rinnovata, per cui si mantiene costante il controllo sul rispetto dei requisiti stabiliti dalla legge, nell'ottica di garantire la regolarità dell'attività e la effettiva finalità di tutela della salute dei cittadini.

E proprio quest'ultima finisce in secondo piano quando analizziamo le ragioni per cui molti italiani rinunciano alle spese mediche di prevenzione: i dati raccolti da molti osservatori indipendenti, infatti, evidenziano come **nel 2016 il 42% degli intervistati non si fosse sottoposto a nessun controllo** nell'ultimo anno e le ragioni addotte includono, principalmente, i costi elevati e le tempistiche di attesa.

I fondi sanitari integrativi intervengono proprio per rispondere a queste due criticità, poiché offrono una **copertura totale o parziale delle spese medico-sanitarie** sostenute dal cittadino che si rivolge alla struttura più vicina a casa, oppure a quella che offre la visita più celermente.

Come suggerisce il nome stesso, **il fondo sanitario integrativo** va a supportare la tutela della salute del cittadino **senza sostituirsi al Sistema Sanitario Nazionale**, ragion per cui ognuno è libero di aderire ad un fondo o a una cassa, se lo ritiene opportuno.

L'iscrizione, però, molto spesso non è necessaria perché è già prevista automaticamente dal contratto di lavoro dipendente. Verificare se possiamo usufruire di questa copertura oppure no è semplice:

- nel caso di un lavoratore dipendente, si può analizzare la **busta paga dove potrebbe esserci una voce relativa al fondo o cassa**, oppure chiedere direttamente al proprio ufficio del personale;
- i liberi professionisti iscritti ad un Albo possono far **riferimento alla sede regionale** dell'Ordine professionale;
- i pensionati, invece, devono **rivolgersi alla ex azienda oppure ad una forma intermedia di rappresentanza di categoria**.

L'assistenza sanitaria integrativa rappresenta un supporto a ciascuno di noi per preservare la nostra salute, stimolando e sostenendo anche tutte quelle attività di prevenzione che risultano cruciali per l'organismo.

Il tipo di benefits connessi varia, però, in base al tipo di copertura che ci viene offerta e dai piani sanitari inclusi in una serie di servizi di welfare aziendale. In generale, esistono alcune prestazioni

**ADICONSUM**

Associazione Difesa Consumatori e Ambiente promossa dalla Cisl

specifiche (ad esempio la visita odontoiatrica di controllo, oppure la visita cardiologica per soggetti a rischio, o anche le cure fisioterapiche) che vengono integralmente o parzialmente coperte dall'assicurazione, se svolte presso strutture convenzionate. In alcuni casi, la copertura economica è *all inclusive* ed è possibile usufruirne in qualsiasi tipo di clinica, nosocomio o ambulatorio.

Oltre all'innegabile beneficio per la nostra salute, l'adesione ad un fondo o ad una cassa sanitaria integrativa comporta anche alcuni vantaggi fiscali determinati per legge. È possibile, infatti, per i lavoratori dipendenti, dedurre parte dei contributi versati a tali fondi fino ad un massimo e le spese mediche non rimborsate dall'assicurazione.

Inoltre, i contributi versati ai fondi sanitari integrativi inferiori alla stessa cifra non concorrono a formare il reddito da lavoro dipendente.

L'adesione al fondo comporta inoltre considerevoli vantaggi anche per il datore di lavoro, al quale la legge consente di pagare, sull'importo erogato al dipendente, un "contributo di solidarietà" del 10%, invece della aliquota contributiva sociale obbligatoria che è più elevata. Di conseguenza, i contributi versati a fondi e casse possono essere inclusi nella detrazione dal reddito di impresa (IRES) in quanto "costo del lavoro".

Un fondo sanitario integrativo oppure una cassa di assistenza comportano, quindi, benefici in termine di salute e di fiscalità ed è una grande opportunità di risparmio e benessere.

In effetti, osservando quelli che sono i servizi più richiesti dai lavoratori italiani, emerge con chiarezza il fatto che la salute sia al primo posto tra tutte le preoccupazioni. Spese dentistiche, farmacie, occhiali, e ancora assistenza domiciliare, estensione dei benefits alla famiglia e fisioterapia sono innegabilmente le questioni che maggiormente preoccupano le persone e rappresentano tutti possibili servizi da includere in un piano aziendale che preveda fondi e casse integrativi.

Ma tutto questo oggi è impostato secondo una normativa desueta e non più in grado di soddisfare le esigenze della popolazione italiana, rispetto alle dinamiche demografiche, consumeristiche e sociali in genere.

Lo stato di salute del SSN

Il sistema sanitario italiano può ancora essere considerato tra i migliori del mondo, ma solo per i residenti in alcune macro aree del Paese; certamente, l'intero sistema ha conosciuto nel corso di questi anni un deciso arretramento, tanto che in quindici anni sono andati perduti molti progressi fatti negli ultimi quaranta anni. Lo stato in cui versa oggi il servizio sanitario nazionale, rappresenta in un certa misura il riflesso della contrazione dei finanziamenti per il settore.

L'Italia si colloca agli ultimi posti in Europa negli investimenti per prevenire le malattie.

Nel nostro Paese viene destinato alla prevenzione il 4,1% della spesa sanitaria totale.

Investimenti in prevenzione, screening oncologici, vaccinazioni vedono l'Italia tristemente ultima.

Si è accresciuto il divario tra Nord e Sud del Paese, che dispone di minori finanziamenti pro capite per la sanità.

Il costante taglio di posti letto negli istituti pubblici a cui si è assistito negli ultimi anni (il numero è diminuito in un decennio da 4 per 1000 a 3,4 per 1000, ben sotto la media europea), e la persino

**ADICONSUM**

Associazione Difesa Consumatori e Ambiente promossa dalla Cisl

più evidente riduzione del personale (al sistema sanitario mancano almeno 6000 medici ed infermieri e si stima che nel 2030 saranno 50.000), rappresentano alcuni indicatori del inarrestabile arretramento.

L'assistenza extra ospedaliera, in particolare per gli anziani e l'assistenza domiciliare per malati oncologici, risulta persino più carente.

La diretta conseguenza sono lunghissimi tempi di attesa e strutture che funzionano male.

Molti cittadini si rivolgono a strutture private, anche a costo di ricorrere ad un prestito, oppure si spostano in altre regioni o all'estero.

Altra conseguenza è il welfare fai da te, come dimostra il fatto che il numero di badanti supera quello delle dipendenti asl e ospedali. Un simile scenario pone un problema di equità sociale.

I problemi della sanità pubblica italiana, d'altra parte non nasce semplicemente dalla scarsità delle risorse finanziarie, ma anche dal loro utilizzo.

Corruzione, sprechi, mala gestione ed eccesso di burocrazia sono da sempre i veri mali irrisolti.

Per questa ragione la politica dei tagli non ha generato risparmi nella misura attesa.

La corruzione e le frodi nel settore valgono circa **6 miliardi di euro l'anno**, corrispondenti al 5% della spesa sanitaria.

Non meno evidenti sono le conseguenze degli sprechi e della cattiva amministrazione.

In Italia le regioni meno efficienti costano 15 miliardi di euro in più rispetto alle più virtuose.

In questo quadro, si inserisce la crescente difficoltà della popolazione sempre più anziana e dunque bisognosa di cure, ma anche più povera dopo anni di durissima crisi economica.

La riduzione della possibilità di spesa delle famiglie da un lato e l'aumento dei ticket e dei farmaci non rimborsabili dall'altro hanno determinato, per una buona fetta di popolazione, la rinuncia alla prevenzione, ma anche terapie ed interventi chirurgici.

Dal 29° rapporto Italia del 2017, è emerso che:

“Per gli italiani, il disagio che risulta più frequente è rappresentato da lunghe liste di attesa per visite/esami medici, è capitato al 75% del campione esaminato.

Oltre la metà, ovvero il 53%, ha incontrato lunghe liste di attesa per interventi chirurgici, quasi la metà il 48,8% scarsa disponibilità del personale medico ed infermieristico.

Il 42,2% del campione ha trovato strutture mediche fatiscenti. Il 41,8% dichiara condizioni igieniche insoddisfacenti, oltre un terzo il 33% ha sperimentato errori medici.

Il 62,2% dei residenti nel Nord-Ovest in caso di necessità preferisce **ospedali pubblici**, a fronte del 50% del nord est del 48% al centro del 45% del Sud e del 37% delle isole.

Proprio nelle isole c'è la quota più elevata di persone che si rivolgono agli ospedali privati 39,4% - la più bassa si registra invece al Nord-Ovest 13,3%.

Al Sud è superiore alla media la quota di chi preferirebbe le strutture private ma non può permetterselo.

La decisione di risparmiare sulle spese sanitarie caratterizza in misura isole e sud.

Tra i residenti delle Isole chi ha dovuto rinunciare nell'ultimo anno a medicine e terapia raggiunge il 28,3% a fisioterapia e riabilitazione il 33,1%, prevenzione il 31,5% e a cure dentistiche il 43,3%.

**ADICONSUM**

Associazione Difesa Consumatori e Ambiente promossa dalla Cisl

Le categorie che risultano prevedibilmente versare nelle maggiori difficoltà sono chi ha dovuto con più frequenza tagliare le spese sanitarie, in ordine sono:

Cassaintegrati che nella maggior parte hanno dovuto rinunciare ad interventi odontoiatrici 73,3%, fisioterapia e riabilitazione il 66%, prevenzione il 60% e nelle 46% persino a medicine e terapie.

Seguono con leggera differenza coloro che sono **in cerca di nuova occupazione con il 38%**.

In cerca di **prima occupazione** con il 28%, segue **Casalinga** 34%, **Pensionato** 19%, **occupato** 19% e con 8,6% **lo studente**.

Allegato al presente documento di posizione, si allega il **Rapporto ADICONSUM FORUM ANIA CONSUMATORI**, documento che ha analizzato la Sanità integrativa attraverso l'ottica dei consumatori, ma senza nascondere le tematiche più generali della compatibilità nei conti pubblici.

L'Italia investe il 14%, della spesa pubblica per mantenere il proprio sistema sanitario, pari al 2,6% del proprio Pil. Gli operatori impegnati nella sanità rappresentano una quota di lavoro rilevante nel nostro Paese portando il totale a circa 2.200.000 addetti, ovvero ad una quota vicina al 10% del totale occupati del Paese. Tra le tante contraddizioni e i punti critici, il Rapporto ha evidenziato il tema del precariato e della insufficienza degli organici, del forte invecchiamento del personale sanitario che in alcune aree, ed in particolare nella medicina generale (medico di base e pediatra di libera scelta), rischia nel futuro prossimo di generare dei vuoti incolmabili. Secondo i dati forniti dal Ministero della Salute e aggiornati al 2012 il comparto assorbiva 45.437 medici di medicina generale. Secondo la Federazione Italiana dei Medici di Famiglia circa 21.700 medici di base andranno in pensione a breve, mentre il numero dei giovani medici si prevede non superiore alle necessità aggiungendosi alla carenza dei 16.000 medici di base e la quasi certezza che entro il prossimo decennio almeno un terzo dei residenti nella Penisola non potrà avvalersi del medico.

Non dimentichiamoci che in Italia è sancito che i cittadini hanno diritto alle prestazioni mediche in tempi certi. È **l'accordo Stato-Regioni dell'11 luglio 2002** a stabilire quali siano i tempi massimi di attesa per ogni singola prestazione.

In particolare, i tempi stabiliti sono:

1. **30 giorni per le visite specialistiche**
2. **60 giorni per gli esami diagnostici (es. mammografia, gastroscopia, risonanza magnetica, TAC)**

Qualora le liste di attesa superino i tempi imposti dalla legge, la soluzione è stabilita dalla legge n. 124/98.

Il disposto normativo richiamato, determina che, qualora i tempi di attesa siano superiori quelli stabiliti, il paziente può pretendere che la medesima prestazione sia fornita privatamente dal medico, senza nessun costo aggiuntivo rispetto al ticket da pagare.

La procedura da seguire per esercitare tale diritto si sostanzia nel presentare al direttore Generale dell'Azienda Sanitaria (ASL) di appartenenza, mediante raccomandata, PEC o previo consegna all'URP, una richiesta per «prestazione in regime di attività libero-professionale intramuraria» (intramoenia).



Mediante tale istanza, il paziente richiede che la visita o l'esame diagnostico sia effettuato in regime di attività libero-professionale intramuraria (intramoenia), con il pagamento del solo ticket. È necessario anche indicare il particolare tipo di accertamento, così come l'urgenza della prestazione, per far sì che sia valutata correttamente.

E' importante sottolineare, al fine di limitare qualsivoglia abuso, che le Asl non possono sospendere le prenotazioni perché le liste sono "piene".

La legge stabilisce che è «vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni» e che ai responsabili della violazione del divieto (i direttori di Asl e aziende ospedaliere) va applicata una sanzione amministrativa e penale.

Il quadro sin qui descritto richiede un intervento, forte, veloce ed efficace, altrimenti si rischia di creare un vuoto incolmabile.

Proposte ADICONSUM:

Sulla questione dell'universalismo, dell'equità e della sostenibilità, sarà necessario ripensare il sistema della compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, adottando strumenti di maggiore progressività dei ticket in funzione della capacità di spesa, abbattendo decisamente qualsiasi tipologia di onere a carico degli indigenti ed adottando efficaci sistemi di controllo e repressione delle frodi e dell'evasione. Sui Fondi sanitari integrativi e le Casse, è ad avviso di Adiconsum auspicabile che si eviti di trasformarli, plasmandoli sul modello assicurativo, sia perché si perde la funzione mutualistica in favore dei soggetti più vulnerabili, sia perché i costi per gli assistiti, a parità di prestazioni, non possono che crescere.

Non è pensabile, certamente, abbattere la spesa sanitaria privata "out of pocket" scaricando le prestazioni usufruite oggi in regime privato dai cittadini sulla sanità integrativa, previo corposo innalzamento della contribuzione da parte delle aziende e dei lavoratori: si tratterebbe di una mera operazione di "make-up" che peraltro priverebbe gli interessati del diritto di scelta, introdurrebbe nuovi soggetti di intermediazione interessati a fare business e farebbe crescere la spesa privata complessiva.

Lo sviluppo coerente e sensato della sanità integrativa, in un'ottica di complementarità con il SSN come il legislatore lo ha concepito, deve guardare altrove. E' da limitare drasticamente la loro offerta di prestazioni futili ed è opportuno concentrarla sulle aree di bisogno reale lasciate scoperte dai LEA, soprattutto in relazione alla cronicità ed alla non autosufficienza, che costituiscono le sfide sempre più impegnative per la sanità territoriale, già oggi decisamente in affanno. Sul ricorso da parte dei Fondi e delle Casse alle convenzioni con strutture sanitarie che offrono prestazioni a costi contenuti, ADICONSUM invoca un lavoro che attivi l'urgente dibattito sulle procedure di controllo e monitoraggio qualitativo, auspicando che si lasci adeguato spazio alla rappresentanza dei consumatori nella definizione dei metodi e degli strumenti, nella fissazione degli standard qualitativi e



nella composizione delle Commissioni di garanzia eventualmente attivate E SOPRATTUTTO NELL'USO DELLE PIU' INNOVATIVE TECNOLOGIE DI TRACCIABILITA' DELLE RISORSE E DI REGISTRI DISTRIBUITI.

Siamo attenti alle ragioni della parti sociali e pronti a raccogliere e convogliare nelle sedi opportune la voce dei cittadini, i loro bisogni, la loro idea della sanità di domani. Chiediamo trasparenza, equità e partecipazione, chiediamo lungimiranza e attenzione ai fattori che possono influire sulla tenuta della coesione sociale.

Adiconsum auspica un percorso condiviso di riflessione sulle strategie di riforma del sistema sanitario nel suo complesso, che nel proteggere il diritto alla salute dei cittadini e le esigenze di equità sociale, possano lasciare spazio ad uno sviluppo corretto del settore sanitario privato, anche sociale e low-cost, in un'ottica di sviluppo e crescita dei servizi, di responsabilità e di progresso sociale, non di mero profitto.

È un contesto che impone ai decisori pubblici scelte di grande attenzione e responsabilità, se si vuole scongiurare da un lato il tracollo economico-organizzativo del SSN, da più parti prospettato, dall'altro un inesorabile transizione alla sanità prevalentemente privata, sul modello di altri paesi:

scelta che rischia di sciupare una risorsa umana, scientifica e professionale di grande rilievo e di alterare gli equilibri socio-economici a svantaggio delle famiglie e delle categorie deboli. Non si può demolire un sistema che presenta punte di eccellenza di livello internazionale, professionalità, tecnologie all'avanguardia e che, se solamente fosse fuori dalle ingerenze improprie, potrebbe esprimere il meglio del nostro Paese.

Un modello di welfare innovativo e partecipativo non può prescindere dal coinvolgimento dei cittadini e della loro rappresentanza organizzata (le associazioni dei consumatori come ADICONSUM) nell'adozione di strategie e strumenti idonei a garantire il rispetto dei principi costituzionali di tutela della salute, in modo sostenibile ed adeguato al cambiamento sociale e demografico in corso.

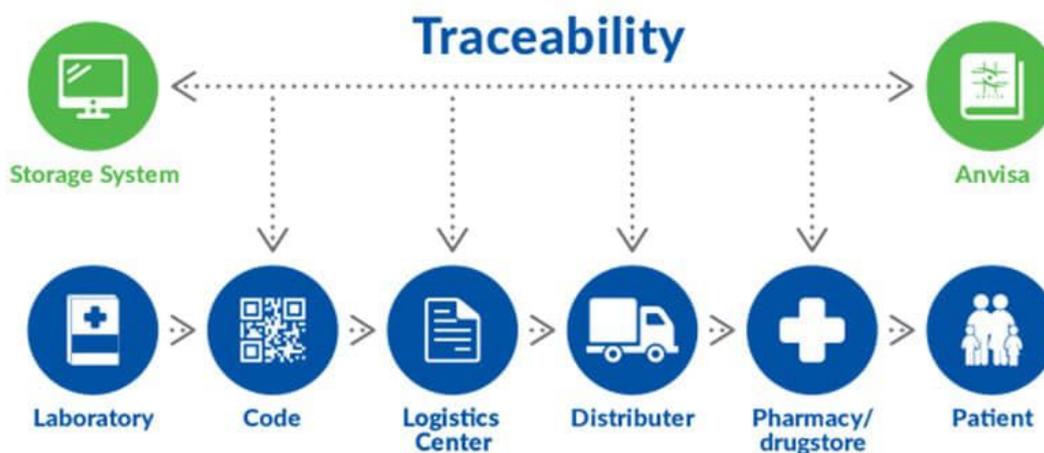
Quando le risorse sono limitate e la domanda cresce, bisogna stabilire con una scelta politica chiara e trasparente quali fasce della popolazione e quali bisogni debbano essere considerati prioritari; bisogna adottare metodi di sorveglianza sulla gestione delle strutture e metodi di monitoraggio partecipativo della qualità delle prestazioni, lasciando ai cittadini facoltà di esprimersi, dei segnalare e denunciare le situazioni di carenza, senza rimanere inascoltati. I cittadini possono contribuire significativamente alla definizione di servizi appropriati alla domanda, all'organizzazione delle strutture, alla gestione economica.

Educazione

Bisogna fare educazione: aiutare la popolazione a comprendere il valore dei corretti stili di vita per mantenere la salute e garantirsi un invecchiamento dignitoso; diffondere consapevolezza sui concetti di appropriatezza delle cure e delle metodologie di indagine sanitaria, per evitare una domanda impropria di prestazioni inutili e costose, quando non dannose; bisogna sollecitare il contenimento dell'autoprescrizione ed automedicazione, oggi dilaganti; bisogna stimolare i mass-media a fare corretta informazione sanitaria, senza allarmismi e senza indurre consumismo delle prestazioni sanitarie.



Tracciabilità farmacologica e delle prestazioni su base genomica e su tecnologia blockchain



Si possono introdurre sistemi di incentivi (come l'annullamento del ticket sanitario o una sorta di schema bonus/malus) per i cittadini che mettono in pratica le strategie preventive (riducendo, ad esempio, la circonferenza vita e i fattori di rischio cardiovascolari e tumorali), favorendo in tal modo comportamenti virtuosi.

Qui la blockchain e i registri distribuiti sono fondamentali.

Sempre in ambito delle prestazioni erogate anche con fondi integrativi sanitari, sarebbe fondamentale che nell'ottica del futuro inevitabile utilizzo dei dati genomici di massa sulla popolazione da parte del SSN, ci fosse una sovrastruttura nazionale che ne garantisca la tracciabilità e l'utilizzo (e chiaramente la risposta al "come?" sta in applicazioni blockchain).

In realtà ciò vale non solo per il dato genetico ma bensì in generale per ogni possibile dato sanitario elettronico: dall'imaging (ecografie, risonanze, raggi, mammografie ecc.) alle analisi diagnostiche (dal più banale esame del colesterolo e glicemia alla più avanzata analisi molecolare su tessuto bioptico per esempio).

Esistono alcune società private (principalmente US based) che già lo fanno, proponendo anche la possibilità di generare remunerazione per il "proprietario" del dato genetico o sanitario che voglia utilizzare la piattaforma per "vendere" o "affittare" o condividere gratuitamente (per il bene della ricerca) la sequenza del proprio genoma (per esempio) e/o altre informazioni sanitarie a corporations private che si occupano di R&D o big data analysis in ambito sanitario e/o pharma.

Il presente (all'estero) e il futuro (inevitabilmente anche in Italia), sarà la vendita/affitto o anche solo



condivisione in una forma o l'altra, dei dati sanitari della popolazione (dati genomici compresi) in forma aggregata e anonimizzata (come previsto già dalle norme europee sulla privacy) da parte delle strutture sanitarie pubbliche.

Il vantaggio che ne deriverà non sarà solo meramente economico (concedere in uso i "big-data sanitari" di milioni di italiani per rimettere nel SSN per coprire spesa sanitaria o ridurre le inefficienze), ma strategico e qualitativo per i servizi offerti dal SSN.

Ci sono aziende che stanno crescendo in modo incredibile a livello globale, che si occupano di analizzare big-data sanitari e vendono ai clienti (i sistemi sanitari locali o nazionali), le informazioni su come tagliare in modo granulare e mirato sprechi e costi inutili (che non sarebbero identificabili se non con analisi complesse su big-data), o come modificare specifici protocolli sanitari per migliorare gli outcome clinici (in sostanza meno giorni di degenza per i pazienti, minor complicità da terapie o procedure sanitarie, minor decessi, migliori strategie di prevenzione ecc.).

Ci sono nazioni intere che si stanno studiando i dati per migliorare il proprio sistema sanitario nazionale e ottimizzarne il budget salvando allo stesso tempo moltissime vite.

Per quanto concerne la questione dei dati genomici (una piccola ma importante parte dei dati sanitari digitali della popolazione) e la necessità della loro tracciabilità, alcuni numeri da tenere in considerazione sono i seguenti:

- Il 4-5% della popolazione nasce con una qualche patologia di origine genetica.

Tra pochi anni (< 5) il costo di analisi di un genoma alla nascita sarà così basso (300-500€ full cost senza considerare eventuali ritorni legati alla vendita del dato anonimizzato) da renderlo uno strumento diagnostico e di prevenzione assolutamente non più ignorabile da parte del SSN che ora quasi neanche lo considera tra i LEA a livello nazionale (o lo fa, ma a livello regionale, senza però poi destinare budget a copertura dello stesso).

In Italia oggi si sequenziano solo qualche migliaio di persone all'anno con fondi quasi solo di ricerca: in parte ministeriali (MISE direttamente o indirettamente, Universitari, CNR ecc) e in parte da Fondazioni private: Telethon (per la diagnosi di malattie genetiche) AIRC (per l'oncologia) per citare i più rilevanti.

Entro pochi anni il genoma di ogni nuovo nato verrà sequenziato alla nascita (o addirittura in fase pre-natale), in quanto sarà un esame di routine tanto quando lo è ora lo screening metabolico sui neonati. La domanda non è più se questo accadrà ma tra quanti anni (1-2 o 5-10?).

In Italia nascono meno di mezzo milione di bambini all'anno, quindi si tratterà di dover tracciare almeno 1 analisi genomica per neonato all'anno (più tutti i dati sanitari elettronici generati dal momento della nascita in avanti).

- In ambito oncologico, il presente (in alcune regioni all'estero) e il futuro presto anche da noi, sarà quello di sottoporre ogni malato oncologico ad approfondimenti tramite analisi genomica del tumore



per l'applicazione di protocolli di medicina personalizzata.

Il DNA del paziente e del suo tumore verranno sicuramente sequenziati più volte durante la progressione della malattia: alla diagnosi e durante la terapia fino alla guarigione o decesso.

In Italia abbiamo circa 370.000 nuove diagnosi di tumore all'anno (e circa la metà di decessi per tumori maligni).

1 uomo su 2 e una donna su 3 nel corso della vita si ammalerà di questa patologia.

Si tratterà quindi di milioni di analisi genomiche all'anno, che è bene siano tracciate con sistemi "blockchain like" o "blockchain based".

In Inghilterra e altri paesi la genomica è entrata nella routine del sistema sanitario nazionale (proprio per i due ambiti citati: la diagnosi di patologie genetiche e per la terapia personalizzata applicata ai tumori) e nel 2018 si sono superati i 100.000 pazienti sequenziati all'interno del programma nazionale "Genomics England".

Sarà fondamentale che chi pensa di proporre applicazioni in ambito di fondi integrativi sanitari e dati, abbia una visione chiara di quali saranno gli sviluppi della sanità nel medio-lungo futuro, perché la combinazione delle innovazioni in ambo i settori sono destinati a complementarsi ed avere un impatto enorme nel settore più importante per un paese, che è la salute dei propri cittadini.

Autosufficienza

Sulla non autosufficienza, bisogna prendere seriamente atto che il sostegno familiare diretto è sempre più scarso e di difficile attuazione, stanti le complesse dinamiche della vita metropolitana e l'occupazione delle donne, nonché l'innalzamento della soglia di accesso alla pensione, che esclude molti dalla possibilità di prestare assistenza ai familiari molto anziani, proprio quando è più necessaria. Anche la sostituzione dell'assistenza diretta con forme di limitato supporto economico (l'indennità di accompagnamento erogata dall'INPS che impegna oltre 15 miliardi l'anno di risorse pubbliche) non solo risulta inefficace, ma genera iniquità sociale e condanna molti ad accettare cure prestate da personale non qualificato (spesso badanti immigrate senza alcun diploma di OSA, assunte in nero), in forme saltuarie e al di fuori di qualsiasi controllo sulla corretta applicazione dei protocolli sanitari e di assistenza specifici per la loro condizione.

Diminuire i ricoveri in lungodegenza in favore di un'assistenza domiciliare qualificata e continuativa, può abbattere i costi a carico del SSN - che arriva a spendere anche 800 euro al giorno per una degenza in strutture di riabilitazione ospedaliera - e migliorare la qualità della vita per chi necessita della Long Term care. Prestare alle famiglie servizi di orientamento ed assistenza nella scelta delle soluzioni più appropriate al caso, potrebbe inoltre essere di grande aiuto, così come attivare percorsi assistenziali di continuità fra ospedale e servizi territoriali.

La Telemedicina

Ancora, la telemedicina e la digitalizzazione del fascicolo sanitario porterebbero come abbiamo visto maggiore efficienza, maggiore qualità complessiva della cura e minori costi. **Sull'innovazione tecnologica delle apparecchiature sanitarie e sull'introduzione dei nuovi principi terapeutici, sempre più sofisticati e costosi, dunque considerati come un fattore di incremento della spesa sanitaria, va ricordato che il progresso tecnologico porta con sé una maggiore efficienza produttiva:**



una diagnosi più precoce o più precisa ed una cura più efficace abbattano i costi complessivi di gestione della malattia, limitano gli esiti infausti e in definitiva contengono il costo sociale dell'evento sotto molti aspetti (si pensi ad esempio alle pensioni di invalidità). Non è pertanto il caso di frenare sull'innovazione.

Riorganizzazione dei ruoli

Quanto al ruolo dei vari soggetti della sanità integrativa, è ora di trovare un giusto equilibrio per il mix pubblico-privato, con una ristrutturazione globale del sistema. E' di fondamentale importanza non perdere di vista la necessità di una gestione unitaria della sanità, che lasci al pubblico il controllo strategico e di indirizzo, faccia leva su una visione complessiva, strategie comuni, operatività coordinata per evitare duplicazioni, sovrapposizioni, oneri amministrativi eccessivi e confusione: i fondi e le casse devono tornare al loro compito originario di integrare e completare l'offerta e la capacità assistenziale complessiva ed il SSN deve riuscire a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, con liste di attesa accettabili ed una sostanziale uniformità dell'offerta sul territorio italiano.

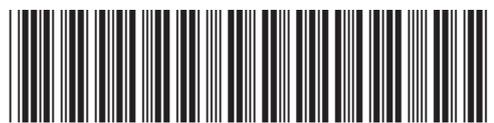
■ ■ ■

Roma data 5 febbraio 2019

ADICONSUM

Public Affairs Office

PAGINA BIANCA



18STC0046930