

**COMMISSIONE XII  
AFFARI SOCIALI**

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

**INDAGINE CONOSCITIVA**

6.

**SEDUTA DI MERCOLEDÌ 27 FEBBRAIO 2019**

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE **ROSSANA BOLDI**

**INDICE**

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		Donzelli Alberto, <i>componente del Consiglio direttivo della Fondazione allineare sanità e salute</i> .....	5, 8
Boldi Rossana, <i>presidente</i> .....	3	Fraioli Franco, <i>direttore generale della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.) e vicepresidente della Fondazione Health Care e research</i> .....	3, 9
<b>INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI FONDI INTEGRATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</b>		Gaeta Anna, <i>direttore della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.)</i> .....	8
<b>Audizione di Franco Fraioli, direttore generale Qu.A.S. - Cassa assistenza sanitaria quadri, e Alberto Donzelli, componente del Consiglio direttivo della Fondazione allineare sanità e salute:</b>		<b>Audizione di rappresentanti di Mefop Spa - Società per lo sviluppo del mercato dei fondi pensione e di UniSalute-Gruppo UnipolSai:</b>	
Boldi Rossana, <i>presidente</i> .....	3, 5, 7, 8, 9	Boldi Rossana, <i>presidente</i> .....	9, 11, 12, 14, 15
Baroni Massimo Enrico (M5S) .....	7		

**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-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; Misto-MAIE - Movimento Associativo Italiani all'Estero: Misto-MAIE.**

	PAG.		PAG.
Ballanti Luigi, <i>direttore di Mefop Spa</i> .	9, 14, 15	Genovese Stefano, <i>responsabile delle relazioni istituzionali del Gruppo UnipolSai</i> ..	12
Carnevali Elena (PD) .....	14		
Fabris Fiammetta, <i>amministratore delegato di UniSalute-Gruppo UnipolSai</i> .....	12, 15	Mastantuono Damiana, <i>responsabile dell'area comunicazione di Mefop Spa</i> .....	11, 14

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE  
ROSSANA BOLDI

**La seduta comincia alle 14.10.**

**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, nonché la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

**Audizione di Franco Fraioli, direttore generale della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.) e vicepresidente della Fondazione Health Care e research, e Alberto Donzelli, componente del Consiglio direttivo della Fondazione allineare sanità e salute.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Sistema sanitario nazionale, l'audizione di Franco Fraioli, direttore generale della Cassa assistenza sanitaria quadri e vicepresidente della Fondazione Health Care e research, e Alberto Donzelli, componente del Consiglio direttivo della Fondazione allineare sanità e salute.

Saluto i nostri ospiti ringraziandoli, per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'udienza odierna. Franco Fraioli, è accompagnato da Anna Gaeta, direttore della Cassa assistenza sanitaria quadri. Pregherei i nostri ospiti di contenere il proprio intervento entro dieci minuti ciascuno, per dare modo ai deputati di porre delle domande, alle quali seguirà la replica dei soggetti auditi.

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 al dottor Franco Fraioli.

FRANCO FRAIOLI, *direttore generale della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.) e vicepresidente della Fondazione Health Care e research.* Grazie, presidente, grazie, onorevoli (ho avuto anch'io un trascorso molti anni fa in queste zone); il ringraziamento vuole essere, indipendentemente dall'avermi fatto l'onore di essere nominato esperto dalla vostra indagine, perché ritengo importantissimo che finalmente si metta mano a questo settore, di cui vorrei cercare di dimostrare l'importanza.

Avendo studiato per anni questa situazione, avrei potuto portarvi una serie di numeri, ma ho seguito molto attentamente finora il vostro lavoro e ho visto che di numeri ne avete avuti anche troppi. Mi allineo con i dati che vi ha portato il Censis attraverso l'audizione di Marco Vecchietti, che indubbiamente pone l'attenzione su dati che sono quasi certi, però per dare un contributo vorrei sintetizzare le cose, perché molte voci che parlano alla fine probabilmente creano un clamore. Come diceva Platone troppe voci molte volte hanno bisogno di un qualcosa che le assembli insieme, per poter creare una evidenza più cogente e coerente.

Non vorrei, come diceva Platone, fare la figura del demiurgo che dal caos cerca di creare una situazione concreta, ma vorrei cercare di esprimere alcune situazioni che ritengo assolutamente di tipo oggettivo. Per molti anni sono stato professore universitario, ho fatto ricerca, quindi penso che poche cose servano per dare una situazione

reale e concreta del modello che si vuole analizzare.

Prima di parlare dei fondi sanitari integrativi vorrei collocarli in una situazione più generale, che rappresenta il sistema sanitario italiano. Attenzione al lessico: ho parlato di sistema sanitario, non di servizio sanitario.

Il sistema sanitario italiano (credetemi, sono stato per molti anni all'estero, sono stato membro dell'Organizzazione mondiale della sanità) è eccellente, non dobbiamo farci condizionare da notizie mediatiche occasionali, perché è sicuramente pari a quello di altri Paesi civilizzati, se non superiore; sicuramente è uguale o addirittura migliore di quello francese in questo momento, sicuramente è assimilabile a quello della Gran Bretagna, e parliamo di un sistema sanitario che insieme dà anche dei risultati. Abbiamo un Paese tra i più longevi al mondo, abbiamo una situazione ambientale coerente, abbiamo un sistema vaccinale avanzato, abbiamo tutta una serie di cose (non mi posso dilungare perché il tempo è ristretto) che portano questo Paese ad avere un buon sistema sanitario.

Come è formato questo sistema sanitario? Qui ci sono delle incoerenze e molte volte delle scarse capacità di apprendere come sia il nostro sistema sanitario nazionale. Il nostro sistema nazionale è il frutto della creatività degli italiani, è il frutto di qualcosa in cui, anche se il servizio sanitario è sottofinanziato e ha dei problemi, e sapete bene che il sistema sanitario è finanziato al 5 per cento del PIL. Per arrivare alla Germania ci vorrebbero cinque punti di PIL; come diceva Marco Vecchietti nell'audizione ci vorrebbero minimo 60 miliardi per finanziarlo, ma il sistema funziona. Perché? Il sistema funziona perché c'è stata una situazione che da sempre ha aiutato, la creatività è rappresentata dalla sussidiarietà, e, così come per gli antichi romani il *subsidium* era fondamentale per creare l'insieme di una situazione di natura politica, la sussidiarietà si è espressa in due modi assolutamente coerenti, in primo luogo una sussidiarietà di tipo verticale, in cui alla fine il sistema ha chiesto ad alcuni

operatori privati di sussidiare in modo verticale.

Non potete pensare che il Policlinico Gemelli è servizio sanitario, non potete pensare che l'Humanitas e il San Raffaele, quei meravigliosi istituti di ricerca a carattere scientifico siano servizio sanitario, sono strutture private, *profit*, che mettono a disposizione le loro strutture, i loro professionisti, i loro infermieri, le loro attrezzature a favore del sistema sanitario pubblico, con un pagamento da parte del sistema sanitario a qualcuno che non è esso stesso, ma che funziona.

C'è poi un altro sistema che ha una sua creatività e caratteristica, ed è una sussidiarietà di tipo orizzontale. Qui c'è stata qualche discussione sul fatto che sia o meno orizzontale, perché adesso vedremo in breve qual è il principio fondamentale di una sussidiarietà orizzontale, però la sussidiarietà orizzontale qui si è espressa, così come nel dopoguerra sir Winston Churchill disse: « Signori, non vi pago solo in denaro, ma vi pago in *welfare*, in benessere », e questo benessere era fondamentalmente rappresentato da sanità e da previdenza.

Erano soldi che venivano sottratti al lavoratore, ma il mondo del lavoro doveva avere anche questo modello che noi in Italia abbiamo applicato, perché il decreto legislativo n. 502 del 1992, che nasce da politici illuminati dell'epoca, ma fondamentalmente da un direttore generale della programmazione sanitaria magnifico, che si chiamava Sergio Paderni, ha permesso anche in Italia, come in Francia e in Germania, di inserire nei contratti una clausola per cui il lavoratore doveva avere anche il beneficio della sanità, intesa in senso integrativo.

Questi sono i fondi sanitari integrativi, però accanto a questi ci sono le assicurazioni, ci sono i fondi patronali, c'è tutta una serie di altre situazioni che forniscono un ausilio in qualche modo. È una massa di circa 13 milioni di lavoratori che ne possono usufruire. Quelli che a me personalmente interessano, perché rappresentano il fulcro di questa situazione di *welfare*, sono 6 milioni, si trovano tutti molto bene con questa situazione, sono tutti felici, tutte le

*customer satisfaction* che noi facciamo sono tutte assolutamente a ritorno positivo. Adesso bisogna capire adesso quale sia l'effettiva situazione.

Il primo *vulnus* in questo tipo di discorso potrebbe essere quello che non è interamente una sussidiarietà di tipo orizzontale, in quanto lo Stato qualcosa paga, nel senso della defiscalizzazione, e quindi in qualche modo teoricamente alcuni autori le considerano una sussidiarietà di tipo verticale. Non è così però, perché ho sentito dei conti che non mi risultano, nel senso che non è vero (parlo con certezza del mondo dei fondi contrattuali) che il valore della defiscalizzazione è di alcuni miliardi.

Sono conti molto semplici, tra le altre cose l'Agenzia delle entrate secondo me andrebbe interpellata con più precisione, per farsi fare i conti realmente, però i conti sono banali. Sono 6 milioni di individui e il costo medio che viene versato per questo *welfare* per dipendente (dall'azienda, ma sono soldi dei lavoratori) è intorno ai 150 euro; andiamo su una massa di 900 milioni di euro che, se fosse defiscalizzata tra il 20 e il 30 per cento, diciamo al 25 per cento (nella relazione che vi ho lasciato ci sono conti più precisi, adesso vado a spanne), porterebbe a qualche centinaio di milioni al massimo.

Mi avvio alla conclusione. C'è un altro fatto molto importante, che è quello fondamentale: se questo mondo non ci fosse, ogni singola prestazione verrebbe defiscalizzata, quindi avremmo una massa di almeno 700 milioni di euro di spesa sanitaria che andrebbe defiscalizzata al 19 per cento.

Chiedo scusa di essere andato un pochino oltre i tempi, è un discorso molto importante; avete una definizione migliore nel testo che vi ho lasciato. Vorrei passare ora la parola alla dottoressa Gaeta.

**PRESIDENTE.** La dottoressa aggiungerà qualcosa magari in replica, perché i vostri dieci minuti sono finiti.

Lascio adesso la parola al dottor Donzelli, componente del consiglio direttivo della Fondazione Allineare sanità e salute.

**ALBERTO DONZELLI**, *componente del Consiglio direttivo della Fondazione alline-*

*are sanità e salute.* Ho svolto un lavoro di valutazione comparativa di efficacia, sicurezza, costo ed efficacia di interventi sanitari. Sono in pensione, lavoro gratuitamente per il Servizio sanitario, non ho conflitti d'interesse da dichiarare, mentre come membro della Fondazione Allineare sanità e salute dichiaro che la stessa si regge sul lavoro volontario e gratuito del Consiglio direttivo, del Comitato scientifico e degli autori delle pubblicazioni.

Abbiamo portato una ventina di copie di un fascicolo che poi potrete prendere e vedere: sia le *slide*, sia altro materiale. Questa è la *mission* della Fondazione, però in questa audizione parlerò di sanità cosiddetta « integrativa », che a nostro avviso compromette la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale per una serie di motivi: palese iniquità, aumento di costi amministrativi e di transazione (ci sono alcune affermazioni di RBM che vorrei mettere in discussione), un paradossale aumento della spesa sanitaria *pro capite* sia pubblica, sia privata complessiva (mettendo insieme intermedie e *out of pocket*), oltre che della spesa sanitaria totale.

I costi di gestione amministrativa di RBM sono il 5 per cento, ma danno un'impressione che non ritengo conforme, perché la sanità integrativa aumenta la spesa sanitaria totale pubblica e privata complessiva. Il motivo principale è l'induzione di prestazioni non necessarie, e in sanità quello che non è necessario può diventare iatrogeno.

Sul discorso dell'equità direi che l'ovvietà è evidente, nel senso che 46, 47 o 48 milioni di italiani sostengono con le tasse i benefici fiscali di 12 più 2 milioni di italiani che usufruiscono della sanità cosiddetta « integrativa », e questo mi sembra un sistema da Robin Hood alla rovescia, proprio perché tra chi non usufruisce della sanità sono più rappresentati soggetti mediamente in condizioni meno favorevoli, soggetti non occupati, soggetti del sud, soggetti con altri problemi.

Gli iscritti ai Fondi sanitari tagliano le liste d'attesa, però in un modo diverso da quello che si è usi immaginare, nel senso che le tagliano a spese degli altri, perché la

forza lavoro dei medici del Servizio sanitario nazionale della sanità è quella, pochi lavorano solo nel privato, in genere hanno afferenza, quindi se aumenta il carico di lavoro nella sanità integrativa (ammesso che alcuni non lo facciano ad arte per allungare le liste d'attesa per altri motivi), diminuisce la potenzialità di risposta del pubblico.

Una cosa che nessuno di noi si sognerebbe di fare in una coda, sgomitare, dire che si è persone con un canale preferenziale e mettersi davanti agli altri; di fatto in questo caso accade senza che ci si renda conto dell'iniquità.

I fondi sono più di 300 e i loro apparati devono gestire milioni di transazioni, duplicate e ulteriori oltre a quelle del Servizio sanitario nazionale, con una miriade di organizzazioni e con i professionisti sanitari, e questo aumenta la burocrazia di cui poi gli operatori sanitari si lamentano. Se devono intrattenere rapporti con una serie di interlocutori per il rinnovo dei contratti e delle clausole, fatturare quello che fanno in prestazione per avere la retribuzione, difficilmente troveranno il tempo per fare altre cose di ben altra importanza.

Negli USA c'è una situazione estrema di frammentazione in una miriade di erogatori e di soggetti assicuratori, in Inghilterra, che ha introdotto negli ultimi anni delle logiche di mercato, come pure in Olanda, che le ha introdotte soprattutto dal lato della domanda, ci sono spese amministrative molto più elevate di situazioni come il Canada e la Scozia, dove gli ospedali sono pagati a *budget* globale.

Chi ha fatto questi conti, che si replicano periodicamente, mostra che negli USA, pur con la spesa sanitaria in assoluto più alta del mondo, il 25 per cento di questa va per spese amministrative, meno per l'Inghilterra, meno ancora per il Canada e meno ancora per l'Italia.

Il costo per la gestione di questi Fondi è mediamente del 5 per cento per RBM e per il *competitor* diretto del 10. La prima cosa da notare è che questo non significa che sono più efficienti del pubblico, significa che si aggiunge alla spesa amministrativa del pubblico, ma, se poi si va a guardare i

bilanci, come si è stati sollecitati a fare, i conti forse non tornano. Magari non li so interpretare bene, ma mi sembra che, mettendo insieme le spese per il pagamento dei sinistri, anche quelle degli anni precedenti relative alla stessa annualità contabile e le stesse tasse (abbiamo voluto mettere anche le tasse che vengono pagate tra quello che ritorna ai singoli o allo Stato), confrontate con la situazione dei versamenti, si vede che questi sono un 20,1 per cento in più nella gestione 2017 e un 23,1 per cento in quella del 2016. Non è tantissimo, ma è certo diverso dal 5 per cento che si è detto.

Il pagamento di tasca propria in Italia è il più elevato in Europa, salvo Grecia, Portogallo e Spagna, ma, se guardiamo il grafico mostrato da RBM e Censis nell'audizione svolta presso la vostra Commissione lo scorso 19 febbraio, esso è un po' tendenzioso, perché utilizza un numero indice 100, che confonde rispetto alle cifre assolute, però anche così vengono fuori interessanti informazioni. Sembra che l'Italia sia messa male, ma la gente — informata correttamente — dovrebbe dire che poco importa la spesa *out of pocket*, è più interessante la spesa privata complessiva, *out of pocket* più intermediata.

I Paesi con spesa totale assoluta *pro capite* maggiore dell'Italia, sono tutti quelli che hanno una spesa sanitaria integrativa maggiore rispetto all'Italia, che è tra i Paesi che hanno il minimo, e hanno una spesa *out of pocket* bassa; è inversamente proporzionale per la spesa sanitaria totale e viceversa.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica, ho fatto lo stesso esercizio, e anche in questo caso i Paesi che hanno più spesa intermediata hanno una spesa pubblica più alta. Questo è controintuitivo, ma poi, se abbiamo qualche minuto, cercherò di spiegare come mai può accadere e come sostenere che la spesa intermediata dia sollievo alla spesa pubblica contrasti con tutti i dati in nostro possesso, non guardati da speculazioni a priori, ma guardati dai dati di spesa dei Paesi.

Per quanto riguarda la spesa privata è ancora peggio, ossia la privata totale, sommando intermediata e *out of pocket*. Ger-

mania e Francia oggi hanno una situazione in linea con l'Italia, ma hanno una spesa totale pubblica estremamente più alta, quindi di nuovo non è particolarmente indicativo. È paradossale che proprio i Paesi che hanno una *out of pocket* maggiore siano quelli che hanno una spesa minore dell'Italia anche come spesa privata, almeno per quanto riguarda la Grecia, e per quanto riguarda la pubblica la Grecia, il Portogallo e la Spagna.

Qualcuno potrebbe dire che quelle descritte sono fotografie dell'oggi, ma esprimono anche una tendenza; osservando la spesa privata complessiva nel corso di 18 anni, dal 2000 al 2017, secondo i dati dell'OCSE, si vede che l'Italia si è difesa molto bene, non c'è un'inarrestabile crescita, c'è una crescita che si è manifestata solo negli ultimi anni.

Per quanto concerne la spesa pubblica, di nuovo l'Italia si è difesa bene in questo lasso di tempo, e per quella privata, con il combinato disposto delle altre due, si trova addirittura in coda come accelerazione nell'aumento di spesa privata complessiva. Forse questo è dovuto anche al fatto che la spesa intermediata in Italia non è finora decollata molto, e in effetti dire che la spesa privata italiana di anno in anno continua a crescere non è esatto, nel senso che dal 2000 al 2014 è rimasta assolutamente stabile, purché i conti si facciano esattamente, cioè a moneta costante e *purchasing power parity*, perché questo è il dato che va cercato nell'OCSE, non un dato grezzo che dice poco.

Se si guarda, l'aumento comincia, rispetto al 2000, dal 2015, ed è vero che poi c'è un incremento progressivo, però è anche vero che è in coincidenza (non casuale, secondo noi) dell'aumento della spesa intermediata, perché questa per il 70 per cento dei casi fa delle prestazioni che sono doppiate, sono sostitutive e non integrative, e, come tutti gli erogatori pagati a prestazione, tende ad indurre prestazioni anche non necessarie per aumentare la propria attrattività. Finiscono di fatto per unirsi a produttori di tecnologie sanitarie e a erogatori pagati a prestazione anche in libera

professione, per indurre spese non necessarie.

La teoria apparentemente sarebbe: se il Servizio sanitario nazionale non ce la fa, spostiamo parte delle prestazioni sulla sanità integrativa, incentiviamola con benefici fiscali e il Servizio sanitario si potrà concentrare su chi ha più bisogno, invece nella pratica le prestazioni non sono un gioco a somma invariante, le prestazioni, se conviene all'erogatore aumentarle, le può aumentare in maniera quasi discrezionale.

Questo significa quindi che, più si spostano nella sanità integrativa, più aumentano i bisogni indotti che poi vengono trascinati anche nella sanità istituzionale. L'esempio che faccio è quello del ginecologo, ma con il lavoro che faccio ne potrei fare realmente a centinaia.

Potete vedere che c'è un ordine di grandezza di differenza tra quello che viene raccomandato dalle linee guida italiane e internazionali ufficiali, e quello che viene offerto da un fondo integrativo abbastanza ricco come il FASCHIM (fondo assistenza sanitaria industria chimica). In relazione a RBM c'è un ordine di grandezza a volte addirittura 30 volte di più, in qualche caso addirittura decine di volte di più, come si può vedere dal confronto, rispetto a quello che viene raccomandato e ritenuto necessario e ragionevole. C'è la promozione di una MOC (mineralometria ossea computerizzata) regalata alle donne dai 50 anni, ma le linee guida dicono di iniziare a fare la MOC dai 65 e non tutti gli anni.

Il cosiddetto rapporto elaborato dal professor Aldo Piperno, mostra che per tutte le prestazioni il soggetto assicurato, anche se sta mediamente meglio in termini sanitari e socio-economici, consuma di più di tutto.

**PRESIDENTE.** Purtroppo credo di doverla interrompere, lei ha lasciato i documenti che noi leggeremo con molta attenzione. Avrò tempo in replica di aggiungere qualcosa.

Lascio la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

**MASSIMO ENRICO BARONI.** Grazie, presidente.

Diciamo che da queste audizioni, ma anche dalle precedenti in questo momento si evince come si sia creato un doppio binario. Alcuni auditi stanno affermando che l'aumento dell'*out of pocket* intermedia, ovvero l'utilizzo dei Fondi sanitari integrativi, in realtà aiuta il sistema sanitario pubblico e allo stesso momento riduce la quota parte di *out of pocket* pura (quello che il cittadino paga al privato, che non necessariamente è accreditato).

Ora il dottor Donzelli ci sta dicendo che il sistema dei Fondi sanitari integrativi sarebbe un moltiplicatore in negativo sia della spesa pubblica, sia della spesa privata, nel senso che non va ad erodere la spesa privata, ma risulta come un moltiplicatore negativo.

Questo concetto è interessante, ma ritengo che debba essere spiegato con un inciso da parte sua, e nello stesso momento rivolgo la stessa domanda al dottor Fraioli, che si è proposto in realtà con una posizione fortemente appiattita sulle posizioni di RBM Salute, che, come abbiamo visto sono state poi contestate durante l'audizione.

**PRESIDENTE.** Se non ci sono altri colleghi che desiderano porre domande, lascerei la parola alla dottoressa Gaeta per la replica.

**ANNA GAETA, direttore della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.).** Buon giorno, vi ringrazio di questa opportunità. In questo brevissimo intervento tengo a sottolineare la necessità di approfondire e fare chiarezza nella galassia dei Fondi iscritti all'anagrafe dei Fondi, perché, sebbene possano apparire simili nelle dinamiche e negli esiti che portano ai propri assistiti e al Servizio sanitario nazionale, è opportuno fare delle distinzioni importanti.

In particolare, tenevo a lasciare la testimonianza relativa a un Fondo sanitario di natura contrattuale, la Qu.A.S., che è un Fondo previsto nel contratto del commercio...

**PRESIDENTE.** Mi scusi, dottoressa, con quanto sta dicendo alla fine lei risponderà

a una delle domande dell'onorevole Baroni? Se questa premessa va per la risposta all'onorevole Baroni, va bene, altrimenti lei ci lascia lo scritto dell'illustrazione...

**ANNA GAETA, direttore della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.).** Mi permetto di dare soltanto una breve risposta. La prego di non assimilare il dato e le informazioni che sono giunte da una compagnia di assicurazione come esattamente sovrapponibili alle dinamiche di un Fondo sanitario soprattutto autogestito e di natura contrattuale, perché non sono realtà assimilabili né nell'organizzazione, né nella dinamica, né nella genesi, né negli esiti.

Quando avrete occasione di approfondire queste differenze, sarà più facile potersi comprendere.

**PRESIDENTE.** Anche gli altri auditi vogliono rispondere alla stessa domanda?

**ALBERTO DONZELLI, componente del Consiglio direttivo della Fondazione allineare sanità e salute.** È vero che l'*out of pocket* pura si riduce con l'aumento dell'intermedia, ma perché mai un cittadino dovrebbe essere entusiasta di ridurre l'*out of pocket* se la spesa privata di quella stessa famiglia aumenta, e per giunta inconsapevolmente aumenta anche la pubblica con le tasse di tutti che paga pure lui?

Perché aumenta la pubblica? Prendiamo il PSA, ma potrei a vostra scelta prendere qualsiasi esempio, perché poi ci sono pacchetti di questo tipo a 360 gradi.

Il PSA costa poco, quindi apparentemente per 15 euro circa di costo non c'è un gravissimo disavanzo a farne 34 nella vita anziché a farne, come penso succederà a me, nessuno o pochi, a giudizio del curante.

Il problema è dopo, perché, se questo PSA risulta sospetto, intanto va ripetuto, poi se il sospetto permane, a carico del pubblico a quel punto c'è tutta una cascata di conseguenze, dalle biopsie al curare i problemi da biopsia, gli interventi chirurgici quando si decide di farli, ma nel materiale che vi ho portato vi mostro che per i maschi a 80 anni, se muoiono e si fa una sezione della prostata, c'è l'80 per cento di



probabilità di trovare almeno un tumore della prostata, però i morti di tumore della prostata sono il 2,5 per cento degli italiani, la stragrande maggioranza degli italiani arriva a morire per altri motivi, senza sapere di ospitare quel tumore della prostata. Se si incentiva la ricerca con strumenti sempre più sensibili, si trova e poi chi sta fermo quando sente dire di avere un tumore della prostata?

Per le donne con antigene carcinoembrionario le linee guida dicono di non farlo assolutamente, perché non porta nessun vantaggio un aumento di sovradiagnosi e interventi invasivi, ma le povere donne che incappano in questo tipo di offerta se lo fanno tutti gli anni dai 30 anni fino agli 80, quando per fortuna RBM tronca l'erogazione.

Questo fa capire come mai non aumenta solo la spesa privata complessiva, ma ci sono ricadute che fanno aumentare la pubblica e di conseguenza la totale e peggiorare la salute.

FRANCO FRAIOLI, *direttore generale della Cassa assistenza sanitaria quadri (Qu.A.S.) e vicepresidente della Fondazione Health Care e research*. Scusi, presidente, ma devo fare una precisazione, perché non è affatto vero che io sono appiattito su RBM, anzi il contrario.

Volevo peraltro anche dire che non ci possiamo trovare d'accordo con il collega Donzelli per molti motivi, però il dottor Donzelli fa una grande confusione tra un sistema assicurativo e un sistema di Fondi integrativi di tipo contrattuale, ove le dinamiche sono completamente diverse, le spese sono completamente diverse, e varrà la pena a un certo punto, anche in separata sede, di approfondire bene questo aspetto, perché se si fa di tuttatta un'erba un fascio e poi si parla di inappropriata più che di struttura globale di un sistema, non siamo su un binario giusto da un punto di vista legislativo, siamo su un binario sbagliato di critica acritica e senza possibilità che questo possa essere applicato in una popolazione eterogenea e polimorfa come è quella di un Paese.

PRESIDENTE. La ringrazio per questa precisazione e dichiaro conclusa questa audizione.

Vi ringrazio anche dei documenti che ci lascerete, che noi consulteremo con grande attenzione.

#### **Audizione di rappresentanti di Mefop Spa - Società per lo sviluppo del mercato dei fondi pensione, e di UniSalute-Gruppo UnipolSai.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Sistema sanitario nazionale, l'audizione di rappresentanti di Mefop Spa - Società per lo sviluppo del mercato dei fondi pensione, e di UniSalute-Gruppo UnipolSai.

Saluto i nostri ospiti e li ringrazio per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione. Sono presenti per la Mefop Spa - Società per lo sviluppo del mercato dei fondi pensione, il direttore Luigi Ballanti e la responsabile dell'Area comunicazione Damiana Mastantuono, per UniSalute-Gruppo UnipolSai Fiammetta Fabris, amministratore delegato, e Stefano Genovese, responsabile delle relazioni istituzionali del Gruppo UnipolSai.

Purtroppo vi devo chiedere di limitare l'intervento a dieci minuti per ogni gruppo, per dare modo ai deputati di porre delle domande a cui seguirà la replica dei soggetti auditi, che possono però naturalmente consegnare alla segreteria della Commissione un documento scritto o farlo pervenire in un momento successivo. La documentazione sarà pubblicata sul sito internet della Camera dei deputati e resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera.

Do quindi la parola al direttore della Mefop Spa, Luigi ballanti.

LUIGI BALLANTI, *direttore di Mefop Spa*. Grazie, presidente. Grazie a lei e a tutti gli onorevoli della Commissione per questo invito a dare un contributo auspicabilmente utile a questa indagine conoscitiva su un tema socialmente molto importante e rilevante.

Prenderò un paio di minuti per dare una sintesi del ruolo e dell'impegno che Mefop ha messo sui temi oggetto della vostra indagine, poi approfitterò della collega Mastantuono, che è responsabile della comunicazione in azienda, ma anche del progetto *welfare* integrato, che, oltre ad essere una bravissima collaboratrice, come capita spesso è anche una donna forte e in gamba, quindi è bene che sia lei ad entrare nel dettaglio su alcuni temi.

Vorremmo darvi un nostro contributo di origine più tecnica senza ritornare sui dati, perché noi abbiamo seguito con interesse i tanti, interessanti lavori che avete già fatto in queste settimane, quindi di dati ne avete già molti e non vorremmo replicare.

Non vorremmo neanche entrare nella discussione sulla meritevolezza di un sistema che nella sintesi e sinergia pubblico/privato dà una risposta efficace a un bisogno sociale molto rilevante, modello che noi riteniamo assolutamente condivisibile.

Vi ho già mandato un nostro *report* appena pubblicato, che affronta i temi macroeconomici legati a questo meritevole modello di sistema di risposta ai bisogni sanitari del Paese, che è stato fatto insieme alla Scuola Superiore Sant'Anna dell'Università di Pisa e che lasciamo agli atti per chi volesse approfondire.

Veniamo quindi a raccontare i risultati di un'evidenza empirica che abbiamo sviluppato negli ultimi tre anni, quando ci siamo occupati in maniera più sistematica del tema della sanità integrativa. Mefop è uno strano soggetto, perché siamo una realtà figlia del MEF, quindi un soggetto istituzionale che si occupa da una ventina d'anni di promuovere, sostenere e sviluppare la buona prassi in ambito di *welfare* integrato o integrativo, come si usa dire oggi, con un *focus* inizialmente legato ai temi della previdenza complementare, ma negli ultimi anni ci siamo dedicati anche ad altri aspetti come quello della sanità integrativa.

Negli ultimi tre anni abbiamo fatto diversi tavoli di approfondimento con un gruppo abbastanza significativo di fondi sanitari di varia origine, negoziale, indivi-

duali, ma anche casse mutue, dal quale abbiamo raccolto una serie di difficoltà all'interno del sistema che come impianto generale ci sembra comunque condivisibile, difficoltà che sono oggetto della vostra attenzione per i necessari, migliori settaggi di carattere normativo.

Il sistema è fondato su un modello che vede una divisione tra fondi DOC e fondi non DOC, che però non è oggetto dell'odierna riflessione, però negli ultimi anni la prassi di un'implementazione delle regole amministrativo-fiscali ha consegnato un modello abbastanza eterogeneo, che spesso è stato oggetto di qualche critica legata ai temi di integratività verso sostitutività, gestione trasparente piuttosto che opaca, efficienza o inefficienza.

Quello che vi riportiamo come esperienza fatta con questo lavoro ormai triennale è l'aver raccolto un contesto applicativo critico nei termini che ho appena detto, anche l'esistenza di realtà virtuose, in cui la quota di integrazione spesso è ben superiore a quel 20, anzi spesso al 30-35 per cento delle prestazioni vincolate, e dove spesso i protagonisti di questo sistema si sono spinti anche in territori significativamente rilevanti dal punto di vista sociale, quali il tema dell'integrazione con i territori, il tema dell'affrontare le grosse sfide della non autosufficienza e della cronicità, della innovazione tecnologica.

Consegniamo quindi l'esperienza di una storia evidentemente critica, sulla quale bisogna intervenire, ma che ha anche esperienze importanti, meritevoli e di successo.

La soluzione che proveremmo a individuare è quella non di una distruzione di un modello, ma di una rivisitazioni dello stesso, di una sua ricostituzione e valorizzazione, perché c'è evidentemente del valore. Il tema cruciale rimane sempre quello definitorio, chiarire cosa sia integrativo e cosa sostitutivo, ma anche intervenire in profili rilevanti come il tema del modello organizzativo, il tema del buon governo dei soggetti attori di questa importante realtà del Paese, così come anche quello della trasparenza, dell'*accountability*. Da questo punto vista bisogna crescere e fare qualcosa di importante.

L'impegno del legislatore quindi è importante e noi ribadiamo che nel riformare è necessario gettare l'acqua sporca ma non il bambino, in una logica in cui è fondamentale gestire la soluzione con un'ottica molto attenta al concetto di integrazione tra la risposta pubblica e la risposta complementare integrativa privata. Su questo bisognerà fare uno sforzo importante, però poi la soluzione condurrà ad un obiettivo fondamentale, quello che anche attraverso l'impegno della sanità integrativa e quindi di risoluzioni private si possa dare una risposta efficace non soltanto alle persone più abbienti, ma a tutti gli strati sociali e soprattutto a coloro che più ne hanno necessità.

Questo anche raccogliendo sfide rilevanti, che sono legate agli elementi più fragili di una società che invecchia, quindi la non autosufficienza e la cronicità. Auspichiamo una riflessione anche sul tema della cultura della sanità, di cui non si parla abbastanza.

Lascerei ora la parola a Damiana Mastantuono per entrare in alcuni dettagli di questa nostra riflessione, facendo riferimento a questa esperienza che abbiamo fatto con un gruppo importante di fondi sanitari.

**PRESIDENTE.** Avverto la dottoressa Mastantuono che i due minuti del dottor Ballanti sono diventati quasi dieci, quindi alla dottoressa ne rimangono tre. Grazie.

**DAMIANA MASTANTUONO,** *responsabile dell'area comunicazione di Mefop Spa.* Visto che mi rimangono tre minuti per completare quanto già detto dal direttore, volevo focalizzare soltanto tre punti.

Il primo: non dobbiamo dimenticare che la sanità integrativa monitorata da Mefop in questi tre anni ha un obiettivo, che è già scritto nella norma ed è chiaro. È un obiettivo scritto in un decreto legislativo che va letto alla luce di una legge costituzionale parametro, che ci dice che il sistema di sanità integrativa è stato costruito per supportare, o meglio per integrarsi con il sistema sanitario nazionale.

Senza entrare in dettagli giuridici che ci toglierebbero troppo tempo, il sistema di

sanità integrativa deve essere utilizzato come uno strumento di politica sanitaria, e non visto come un'alternativa al sistema sanitario nazionale o un *competitor* del sistema sanitario nazionale. La prassi ci insegna un sistema che in alcuni casi è confusionario indubbiamente, non soltanto per colpa degli operatori, ma per colpa di una normativa, che per una parte è rimasta bloccata al 1992, ai famosi fondi DOC.

Se guardiamo i dati dell'anagrafe, vediamo che la normativa sui fondi DOC, che dovevano rappresentare il modello di riferimento della materia, è stata utilizzata da 8 fondi, ma non perché gli altri 300 siano stati cattivi, ma perché quella definizione era molto restrittiva, tanto che se oggi andiamo a vedere i dati di questi fondi, pur virtuosi, vanno a focalizzarsi solo su una tematica, l'odontoiatria.

Stessa cosa non si può dire per gli altri 300 che, pur essendo teoricamente liberi di fare quel che vogliono perché ovviamente sono poco disciplinati, in realtà dimostrano in alcuni casi coperture importantissime (faccio un esempio su tutti: prevenzione e tutto il segmento socio-sanitario) su cui il sistema sanitario nazionale ha un bisogno importante e su cui l'integrazione è assolutamente vincente e prioritaria.

Questo è sicuramente il primo punto politico. Un altro punto è: siamo sicuri di questi due modelli, fondo DOC e fondo non DOC? Il fondo non DOC è disegnato su una norma molto vecchia, il Testo unico delle imposte sui redditi, che non definisce questi fondi, definisce la contribuzione a questi fondi. La norma sui fondi non DOC era una norma transitoria, che voleva accompagnare tutto il pregresso, quindi i fondi che già esistevano nel 1992-1993, ad adeguarsi al nuovo. Questo non è accaduto e ci si è accontentati di una presunzione: basta che questi fondi per il 20 per cento stiano basati su tre tipologie di prestazioni e la consideriamo *compliance*. Nulla di più sbagliato, perché questo 20 per cento potrebbe anche non essere integrativo.

Uno degli altri *misunderstanding* su cui dobbiamo riflettere insieme è che il 20 per cento tocca prestazioni per lo più integrative, ma non necessariamente integrative.

Cito il caso di tutto l'ambito socio-sanitario su cui ci può essere anche in quel 20 per cento qualcosa di parzialmente sostitutivo, o meglio complementare o aggiuntivo, quindi quel 20 per cento è un pezzetto particolarmente meritevole di copertura che il legislatore ha ritenuto che questi fondi dovessero avere.

Dopo questo 20 per cento, però, questi fondi sono liberi di decidere il proprio nomenclatore.

Come devono deciderlo? Lo devono decidere alla luce dell'articolo 9, quindi sempre al livello di integratività e integrazione al sistema sanitario nazionale. È proprio questo quello che manca, una normativa di dettaglio, una normativa secondaria ma anche in parte primaria, che vada a chiarire come deve avvenire questa integrazione, manca un pezzetto e su questo dobbiamo lavorare.

**PRESIDENTE.** La ringrazio anche per la celerità.

Lascio adesso la parola al responsabile delle relazioni istituzionali del Gruppo UnipolSai, Stefano Genovese.

**STEFANO GENOVESE, responsabile delle relazioni istituzionali del Gruppo UnipolSai.** Approfitto per ringraziare la Commissione per questa opportunità di incontro e di condivisione di una serie di informazioni relative a quest'indagine conoscitiva sui fondi integrativi del servizio sanitario, abbiamo apprezzato ovviamente questo metodo di condivisione e vorremmo contribuire esclusivamente agli aspetti che avete indicato nella convocazione tra gli obiettivi e le finalità dell'indagine.

I tempi sono stretti, quindi abbiamo pensato di fornire un servizio migliore stando solamente a quelli ed evitando un quadro ricostruttivo della materia. In particolare, voi vi siete prefissi un riordino della sanità integrativa, una valutazione dell'opportunità di introdurre dei divieti rispetto ai fondi sanitari integrativi di erogare delle prestazioni sanitarie sostitutive, già incluse nel servizio sanitario e nei LEA, e infine di verificare se un onere complessivo delle agevolazioni fiscali per i fondi integrativi possa essere rivisto.

Su questo ultimo aspetto, come i colleghi che ci hanno preceduto, riteniamo si debbano fare delle valutazioni molto attente sul perimetro rispetto al quale fare la valutazione, perché è un perimetro che anche nelle audizioni precedenti non è stato individuato in tutte le sue articolazioni ed è un tentativo che faremo oggi. Per questo lascio la parola all'amministratore delegato di UniSalute, Fiammetta Fabris.

**FIAMMETTA FABRIS, amministratore delegato di UniSalute-Gruppo UnipolSai.** Grazie. Anche per me sarà una scorsa veloce per quanto riguarda l'impostazione iniziale, perché mi concentrerei ovviamente sugli aspetti più salienti.

Dalla riforma del 1992 noi abbiamo diversi soggetti che possono lavorare all'interno del sistema di sanità integrativa, casse, fondi e quant'altro, ed in particolare rispetto a quella matrice di carattere contrattuale, che è stato uno degli elementi portanti per lo sviluppo della sanità integrativa, stiamo lavorando, quindi stiamo parlando in particolare dei fondi sanitari integrativi, che siano DOC e non DOC, con le caratteristiche che si diceva.

Sono diverse le caratteristiche a livello di costituzione, ad esempio i fondi DOC possono essere creati anche dagli enti territoriali, possono essere diverse le prestazioni erogabili e gli strumenti attraverso i quali erogare le prestazioni. Ad esempio, soltanto le strutture accreditate possono essere all'interno del perimetro del DOC.

Rispetto alle fonti normative, tutti però hanno necessità di soddisfare questi elementi. L'articolo 51 del TUIR (Testo unico delle imposte sui redditi), che ha determinato l'elemento fondante dello sviluppo di questi fondi grazie alla matrice contrattuale a cui si è fatto riferimento, il decreto legislativo n. 502 sul riordino della riforma sanitaria e il decreto Sacconi, che fissa oggi quella percentuale del 20 per cento, all'interno della quale avere le prestazioni di carattere integrativo.

Oltre a questo, oggi noi abbiamo, secondo fonti del Rapporto GIMBE (gruppo italiano per la medicina basata sulle evidenze), 10 milioni di iscritti all'interno di queste aree come fondi di sanità e quindi in

questo caso persone coperte, di questi 6 milioni sono quelli gestiti da UniSalute.

Diamo questa indicazione perché non ci ritroviamo con alcuni dei valori che sono stati espressi nell'audizione dell'Agenzia delle entrate. All'interno di questo settore abbiamo erogato genericamente su questa popolazione, da dati sempre delle Agenzie delle entrate, 1,5 miliardi di euro come prestazioni sanitarie. Ciò però non toglie che, rispetto ad alcuni valori, noi oggi abbiamo ha a che fare con questa situazione: abbiamo forme integrative che dovrebbero cubare 3,6 miliardi, di cui una fetta già garantita all'interno del mercato e del mondo delle assicurazioni, per cui all'interno di questo comparto vediamo come queste unità dovrebbero agire.

Sono 10 milioni gli iscritti ai fondi, di cui 6 milioni a fondi gestiti da UniSalute. Considerando che la deducibilità massima è di 3.615 euro, secondo quanto stabilito dal 51 del TUIR, per il contributo medio incassato dei fondi di UniSalute — sono 44 con una popolazione quindi pressoché maggioritaria rispetto all'attuale — parliamo di importi che non superano i 150 euro all'anno per dipendente.

Questo significa che anche la valutazione di un eventuale ricalcolo della fiscalità terza dal punto di vista operativo deve avere basi molto diverse da quegli 11 miliardi che abbiamo ritrovato nella specifica dell'Agenzia delle entrate. Probabilmente all'interno di quelle voci ci sono elementi ulteriori che in qualche modo alzano quel valore e quindi renderebbero non coerente il ricalcolo di queste partite.

Rispetto a questi fondi, secondo l'Agenzia delle entrate, nel 2017 1,5 miliardi di euro sono stati ridistribuiti per le prestazioni. Oggi noi ci presentiamo con questa spesa *out of pocket* di 36 miliardi complessivi, divisa tra una parte di servizi, una parte di beni, all'interno dei quali la voce più significativa è quella dei farmaci, ai quali aggiungiamo poi un'altra area, quella della non autosufficienza, quindi anche di un sommerso, che potrebbe valere anche 10 miliardi.

I fondi oggi (parlo in particolare dello spaccato descritto prima) si presentano così.

All'interno di quel 1,5 miliardi abbiamo un'odontoiatria che pesa il 30 per cento, un'area ricovero 18 per cento, quindi diciamo prestazioni di carattere sostitutivo e integrativo sempre all'interno di una coerente esposizione normativa che consente di far questo, e una parte, che è relativa al 42 per cento, tra specialistica, prevenzione e maternità.

Abbiamo segnalato in particolare quest'area della specialistica, perché all'interno questi fondi si sono mossi con una modalità che ha consentito di star dietro alle richieste degli iscritti e quindi alle opportunità che si potevano mettere a disposizione e la prevenzione è stata un forte *must*, che ha consentito a popolazioni molto ampie di arrivare ad effettuare *screening*, che hanno consentito un monitoraggio adeguato o comunque migliore.

Considerate che peraltro, rispetto a quella spesa di 150 euro, stiamo parlando di popolazioni (parlo in particolare dei fondi contrattuali) di braccianti agricoli, colf, badanti, quindi categorie che non sono quelle dei quadri e quindi di persone con un inquadramento economico significativo, ma parliamo di categorie che non avrebbero grandi possibilità di arrivare ad una sanità integrativa in maniera diversa o diretta.

È necessario però in questo caso (gli sforzi dei fondi sono all'interno di questi valori) cominciare ad intercettare tipologie diverse, quali ad esempio l'LTC (*Long Term Care*), che è uno degli altri elementi su cui si sta lavorando.

Abbiamo portato anche lo sviluppo di quella che è stata la progressione dei fondi sanitari, perché è vero che mancano delle regolamentazioni specifiche all'interno del settore, però oggi questa opportunità per i fondi ha fatto sì che ci fossero delle valutazioni che seguissero le richieste e le necessità degli iscritti. Si è passati dal 2005, in cui sostanzialmente le prestazioni erano ricovero, alta specializzazione, prevenzione, ad uno sviluppo graduale di prestazioni. Sono state introdotte le odontoiatriche, è stato introdotto molto della sindrome metabolica, che è il primo elemento di rischio anche delle malattie cardiovascolari e che poi si traduce, all'interno dei costi del Ser-

vizio sanitario nazionale, in importi significativi, perché il 70 per cento della spesa del Servizio sanitario nazionale è sulla cronicità.

Da qui un'evoluzione che ha consentito man mano di perfezionare anche l'offerta delle prestazioni, fino ad arrivare ad elementi completamente diversi, quali coperture legate alla cronicità, attraverso l'organizzazione e la gestione di *devices*.

Oggi si deve aprire una nuova pagina di collaborazione con il pubblico in maniera essenziale. All'inizio abbiamo fatto solo un convenzionamento del Servizio sanitario nazionale; noi abbiamo 80 strutture del pubblico, all'interno delle quali possono essere fatte le prestazioni per i nostri assistiti, però questo è il primo tassello. Abbiamo gli stessi obiettivi, sanità organizzata dal punto di vista contrattuale e Servizio sanitario nazionale, sarebbe possibile aprire un cantiere in cui anche aree non necessariamente integrative quali ad esempio gli *screening* per la prevenzione potrebbero essere studiati con il pubblico, effettuati all'interno del Servizio sanitario nazionale e condivisi attraverso magari il fascicolo elettronico, che oggi per noi è assolutamente al di fuori. Plaudiamo quindi ad un intervento congiunto.

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

ELENA CARNEVALI. Approfitto e mi scuso se mi permetto di « utilizzare » e gli auditi per aiutarmi a capire alcuni dubbi che mi rimangono profondamente.

Non è un caso che vi appartiene, però credo che possa essere uno degli eventi che può capitare, e in particolare il riferimento è alla solidità dei fondi. Pongo questa domanda perché, a parte il tema del costo della gestione dei fondi e non solo dei benefici dati al lavoratore, purtroppo succede nel nostro Paese che vengano stipulate convenzioni attraverso gare a determinati soggetti che poi non sono in grado di essere solventi rispetto al pagamento di determinate prestazioni iscritte come offerte all'interno del contratto collettivo nazionale.

Non è un caso, purtroppo questo sta avvenendo; giustamente in questa audizione ci siamo fortemente focalizzati sui benefici, sui vantaggi e sulle obiezioni sulla questione dei fondi integrativi, ma nei casi, che non vi riguardano, in cui purtroppo non c'è capacità di solvenza, quindi gli enti convenzionati non ricevono il pagamento delle fatture, chi verifica la solidità e un controllo sulla tenuta ?

PRESIDENTE. Se non ci sono altre richieste d'intervento, lascio la parola agli auditi per una breve replica.

LUIGI BALLANTI, *direttore di Mefop Spa – Società per lo sviluppo del mercato dei fondi pensione*. Brevemente, era uno dei temi che abbiamo velocemente accennato, la riforma auspicabile, la sinergia pubblico/privato che la dottoressa Fabris ribadiva, che sta alla base di questo approccio, evidentemente è il principale tassello, al quale vanno aggiunti altri che devono dare forza e *accountability* al sistema.

Parlavamo di modelli di *governance* rafforzati, di buone prassi che possono essere anche mutate da settori limitrofi, strumenti di *welfare* integrato o integrativo che hanno già fatto un pezzo di strada, ad esempio i fondi pensione.

Parliamo anche della possibilità che questo sistema riformato, strutturato e rafforzato abbia dei presidi importanti di controllo, perché un sistema riformato deve poter immaginare anche di avere un'*authority* controllo, come succede in molti altri settori così fondamentali e meritevoli di impegno sociale.

La risposta è che oggi i controlli sono un po' laschi, in qualche caso forse inefficaci, se non in alcuni casi inefficienti, ma la riforma serve anche a questo, a chiedere di più, e anche a saperlo monitorare.

DAMIANA MASTANTUONO, *responsabile dell'area comunicazione di Mefop Spa – Società per lo sviluppo del mercato dei fondi pensione*. Un'aggiunta: bisogna fare una distinzione quando si parla di solidità, fondi autogestiti o fondi gestiti da imprese di assicurazione. Quando il fondo è gestito da

un'impresa di assicurazione, la solvibilità del soggetto che eroga le prestazioni è la solvibilità di un'impresa di assicurazione che è regolata dal Testo unico delle imprese sulle assicurazioni, e lì c'è solo un problema di responsabilità del Fondo che va meglio articolata, ma c'è un ente di vigilanza.

Quando c'è autogestione, c'è ancora un passo da fare, perché anche se la solidità è dichiarata dai bilanci tecnici attuariali che questi fondi fanno, c'è bisogno di una vigilanza, che oggi non c'è. È una vigilanza sull'anagrafica e non regolamentare, effettiva.

LUIGI BALLANTI, *direttore di Mefop Spa – Società per lo sviluppo del mercato dei fondi pensione*. Vorrei solo aggiungere una piccola cosa. Nel lavoro che abbiamo fatto in questi anni con questo gruppo abbiamo affrontato anche (non è chiaramente il caso degli amici delle compagnie di assicurazione, parliamo di fondi autogestiti) il tema di un efficace controllo in termini anche bilancistici, quindi paradossalmente arrivare a costruire l'ABC di un sistema di controllo di bilancio.

Abbiamo fatto anche questo, l'abbiamo anche condiviso scrivendo una sorta di linee guida, di codice di autoregolamentazione che alcuni fondi stanno adottando. In questo ci si è resi conto di quanto sia fondamentale, soprattutto laddove ci sono pezzi di rischi che vengono autogestiti, sapersi anche patrimonializzare.

I fondi sanitari diventeranno (in parte sta già lo sono) dei veri e propri investitori istituzionali, perché avranno patrimoni messi a riserva per gestire i rischi biometrici, che però vanno anche gestiti dal punto di vista tipicamente finanziario. Diventano un altro, potenziale investitore istituzionale previdenziale del Paese, quindi un ruolo molto rilevante.

FIAMMETTA FABRIS, *amministratore delegato di UniSalute-Gruppo UnipolSai*. Aggiungo soltanto questo: questi fondi stanno partendo o comunque sono abbastanza recenti, per cui ci si sta muovendo all'interno di un settore dove la crescita è importante, e la crescita ha bisogno di essere sostenuta e di essere non solo solida, ma anche affidabile dal punto di vista della reputazione.

Questo è uno degli elementi fondamentali, per cui sicuramente i fondi devono dotarsi di elementi per cominciare a governare effettivamente i *provider*, che sono la parte essenziale di queste organizzazioni, considerando che in qualche modo la possibilità di monitorare la soddisfazione dei propri clienti, di rendere pubbliche alcune delle situazioni che oggi invece sono sempre un po' coperte, necessita quindi dell'opportunità di dare dello spazio.

In questo caso ritengo che si debba avere una serie di *skills* iniziali, all'interno dei quali poter stabilire chi può effettivamente diventare un *partner* per questi tipi di soggetti, ma anche continuare un monitoraggio attento, verificare come il mercato stia reagendo, come gli utenti di quei fondi stiano reagendo all'interno di quelle percentuali e di quei fondi e come le strutture convenzionate recepiscono questi modelli, perché è lì la forza dei fondi. Riuscire a governare in maniera adeguata e con soddisfazione questi costi dà solidità all'intero modello.

PRESIDENTE. Nel ringraziare i nostri ospiti, dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 15.20.**

*Licenziato per la stampa  
il 24 giugno 2019*



\*18STC0052680\*