

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

7.

SEDUTA DI MARTEDÌ 2 APRILE 2019

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE **MARIALUCIA LOREFICE**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Novelli Roberto (FI)	6
Lorefice Marialucia, <i>presidente</i>	3		
INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI FONDI INTEGRATIVI DEL SERVIZIO SA- NITARIO NAZIONALE		Audizione di Luca Benci, giurista esperto in diritto sanitario:	
Audizione di rappresentanti dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS):		Lorefice Marialucia, <i>presidente</i>	8, 10, 11
Lorefice Marialucia, <i>presidente</i>	3, 6, 7, 8	Benci Luca, <i>giurista esperto in diritto sanitario</i>	8, 10
Carnevali Elena (PD)	7	Carnevali Elena (PD)	10
D'Arrando Celeste (M5S)	6	Novelli Roberto (FI)	10
De Polis Stefano, <i>segretario generale dell'I- stituto per la vigilanza sulle assicurazioni</i> ..	3, 6, 8	Sarli Doriana (M5S)	10
		ALLEGATO: Documentazione depositata dai rappresentanti dell'IVASS	12

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.

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE
MARIALUCIA LOREFICE

La seduta comincia alle 12.05.

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 rappresentanti dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS).

PRESIDENTE. La Commissione prosegue oggi le audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

Nella seduta odierna è prevista l'audizione dei rappresentanti dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni. Sono presenti Stefano De Polis, segretario generale, e Roberto Novelli, capo dell'ufficio segreteria di presidenza e del consiglio, che saluto, ringraziandoli per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione.

Pregherei i nostri ospiti di contenere il proprio intervento entro dieci minuti per dare modo ai deputati di porre delle domande, cui seguirà la replica dei soggetti auditi, i quali hanno consegnato una memoria, resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera, che sarà altresì pubblicata sul sito *internet* della Camera dei deputati.

Do quindi la parola al segretario generale Stefano De Polis. Ha dieci minuti a disposizione.

STEFANO DE POLIS, *segretario generale dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni*. Signor presidente, onorevoli deputati, vi ringrazio per aver invitato l'IVASS a fornire un contributo all'indagine che state conducendo in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

Il tema della sanità integrativa è di particolare e crescente interesse, considerata l'evoluzione del contesto economico e sociale, l'aumento della speranza di vita, i cambiamenti degli stili di vita, ma anche i continui progressi della medicina e anche l'ormai costante crescita della spesa sanitaria privata.

Atteso il tempo a disposizione per la presentazione, mi soffermerò solo su alcuni passaggi fondamentali, rinviando al testo che consegniamo per ogni altro dettaglio.

Il sistema di *welfare* sanitario in Italia ha tre componenti: la gestione pubblica del Sistema sanitario nazionale, i fondi sanitari integrativi e le forme individuali di assistenza sanitaria che riconoscono le prestazioni mediante polizze assicurative individuali.

La spesa sanitaria complessiva in Italia nell'ultimo quadriennio, 2013-2017, così come rilevato dall'IVASS, è cresciuta del 6,4 per cento. Mentre, però, la spesa pubblica, che rimane prevalente, è cresciuta del 3,5 per cento, la spesa intermediata da enti no profit e da imprese di assicurazione è salita del 18 per cento, cresciuta del 9 per cento solo nell'ultimo anno, nel 2018, e quella sostenuta direttamente dagli assistiti, cosiddetta *out of pocket*, è cresciuta del 15 per cento. In termini assoluti, la spesa intermediata è pari a circa 3,7 miliardi nel 2017; la spesa *out of pocket* delle famiglie per la sanità è pari a 36 miliardi di euro. In sintesi, cresce la spesa sanitaria privata.

Il codice delle assicurazioni pone la tutela degli assicurati come finalità primaria dell'attività di vigilanza dell'IVASS. L'IVASS non ha una competenza generale in materia di fondi integrativi sanitari, ma dispone - questo vorremmo mettere a vostra disposizione - di un osservatorio privilegiato sulle problematiche di tutela che devono affrontare i consumatori. Quest'osservatorio è rappresentato dai reclami che riceviamo, circa 20.000 ogni anno, e dalle telefonate che raggiungono quotidianamente il nostro *contact center* consumatori, circa 30.000 ogni anno.

Con riferimento allo specifico settore in esame, la prima problematica che riscontriamo è che i consumatori non hanno chiaro chi è il soggetto responsabile della prestazione sanitaria che viene loro erogata, e quindi dell'eventuale disservizio. Come diciamo questo?

I reclami e le segnalazioni che l'IVASS si riceve sono riferite, infatti, in maniera indifferenziata a imprese di assicurazione, fondi sanitari, società di mutuo soccorso, questi ultimi non assoggettati a una vigilanza generale dell'IVASS, e financo ai *provider* di servizi sanitari, ossia quelle imprese che svolgono meri servizi a favore dei fondi sanitari.

Nel rispetto delle competenze affidateci dalle norme, l'IVASS si fa carico delle questioni legate alle imprese di assicurazioni coinvolte direttamente o nella qualità di gestori della garanzia per la realizzazione dei piani di offerta sanitaria dei fondi. Molti fondi sanitari assicurano, infatti, le prestazioni dei propri iscritti assicurandosi a loro volta con una compagnia di assicurazione.

È evidente che negli altri casi, cioè nei casi in cui non si tratti appunto di compagnie di assicurazione, ma di lamentele che riguardano l'offerta di fondi sanitari e casse sanitarie o società di mutuo soccorso, l'Istituto è costretto a spiegare al consumatore che non può intervenire nei confronti del soggetto sul cui operato il consumatore stesso esprime insoddisfazione.

Riteniamo, quindi, che fare chiarezza sui limiti dell'oggetto sociale di alcuni fondi sanitari e società di mutuo soccorso, elimi-

nando ogni aspetto di confusione rispetto alla natura dell'attività svolta dalle imprese di assicurazioni, rappresenti un elemento di grande importanza.

Nel merito, ad esempio, diverse sono le problematiche oggetto di segnalazione all'Istituto: la tardiva presa in carico di prestazioni richieste, particolarmente rilevante in caso di prestazioni urgenti; contestazioni dopo l'erogazione della prestazione già autorizzata dai fondi; il diniego della prestazione in caso di pazienti complessi, spesso anziani o affetti da patologie plurime che richiedono delle prestazioni non ordinarie, non standard; i mancati rimborsi di prestazioni prescritte dai medici curanti, ma giudicate « inutili » dal fondo o dalla compagnia.

In sintesi, a nostro avviso le criticità rilevate sono riconducibili alla carenza di chiarezza dell'informativa e dei contratti e dei rapporti che disciplinano l'operato dei piani sanitari e delle polizze assicurative.

Non vi è altrettanto dubbio che, in difetto di chiarezza, sia ampia la discrezionalità dell'impresa nell'individuazione delle prestazioni sanitarie dovute o meno.

In sintesi, a nostro avviso è necessario in primo luogo far funzionare comunque meglio l'attuale sistema dei fondi sanitari integrativi. C'è appunto un problema di scarsa chiarezza e trasparenza nelle prestazioni di norma erogate, e la clientela ha difficoltà a orientarsi, e soprattutto ha difficoltà a ricevere la prestazione, sia essa il rimborso o la prestazione diretta.

La materia della sanità integrativa continua a registrare, quindi, lacune in grado di nuocere a nostro avviso alla qualità del servizio reso agli aderenti. Riassumo le problematiche emerse nella nostra attività.

A nostro avviso, vanno attuate misure per garantire l'assoluta trasparenza e chiarezza dei contratti sulle prestazioni cui il consumatore ha diritto. Il consumatore deve sapere a quali prestazioni ha diritto sottoscrivendo un determinato contratto, eliminando o riducendo il più possibile l'area di discrezionalità interpretativa. Come fare?

A nostro avviso, tale obiettivo si potrebbe conseguire attraverso il ricorso a un nomenclatore unico delle prestazioni sani-

tarie integrative, cui dovrebbero attenersi tutti gli operatori della sanità integrativa (i fondi, le casse, le società di mutuo soccorso, le imprese di assicurazione, gli stessi *provider* tecnici), da aggiornare nel tempo, logicamente con un duplice beneficio: eliminare la forte discrezionalità oggi presente nell'interpretazione delle prestazioni oggetto dei piani sanitari; favorire una concreta confrontabilità tra piani sanitari e una più agevole fruibilità delle prestazioni.

Sulla semplificazione delle strutture e del linguaggio dei contratti il settore assicurativo ha già intrapreso dei passi importanti grazie a un progetto in via di attuazione chiamato « Contratti semplici e chiari ». Misure simili, a nostro avviso, con opportuni meccanismi di *enforcement*, al momento non esistenti, andrebbero prese anche per i contratti dei fondi e delle casse.

Circa le prospettive più generali del settore, riteniamo che, lungi dal restringere il ruolo dei fondi sanitari, si dovrebbe addvenire a un'azione organica di riordino della sanità integrativa e, più in generale, delle forme di cooperazione tra pubblico e privato.

Un riordino richiede, in primo luogo, la fissazione di regole unitarie e realistiche in termini di prestazioni integrative e sussidiarie dei livelli essenziali di assistenza del Servizio sanitario nazionale. Interventi dovrebbero anche riguardare, secondo attenti criteri di proporzionalità, le regole di funzionamento di questi organismi, la solidità tecnico-patrimoniale e il regime dei controlli dei diversi operatori.

Un tale intervento, ovviamente, richiederebbe anche un ripensamento dei benefici fiscali relativi all'iscrizione alle forme sanitarie integrative.

Con specifico riferimento al coinvolgimento del settore assicurativo in questo progetto, le norme fiscali applicabili al rinnovato comparto delle forme sanitarie integrative dovrebbero in maniera chiara disincentivare, ad esempio, un'eccessiva selezione dei rischi — deve essere evitato — accentuare la mutualità tra gli assicurati, oggi realizzata completamente solo nelle polizze cosiddette collettive; escludere, ad esempio, il diritto di recesso da parte del-

l'assicuratore per evitare che chi contrae una grave malattia si veda non rinnovato il contratto alla scadenza, ovvero richiesto di gravosi oneri aggiuntivi, come accade oggi.

Qualora si voglia coinvolgere anche il sistema assicurativo in questo progetto di riorganizzazione della sanità integrativa, andrebbero fissati dei paletti molto chiari a tutela del principio, anche qui, di universalità delle prestazioni offerte.

Vorrei terminare con un riferimento al tema della non autosufficienza. L'Italia è tra i Paesi con maggior tasso di invecchiamento della popolazione e anche con percentuale di anziani sul totale della popolazione, quindi il fenomeno dell'invecchiamento demografico si ripercuote inevitabilmente sull'universo dei bisogni di cura.

Oggi, sappiamo che la spesa pubblica per *long term care* rivolta agli anziani e ai disabili ha tre componenti: la componente sanitaria, la spesa per l'indennità di accompagnamento, la spesa per altre prestazioni.

Da una proiezione condotta dalla Ragioneria generale dello Stato emerge che il rapporto tra spesa per le *long term care* e prodotto interno lordo passerà dall'1,7 per cento odierno al 2,6 per cento nel 2070, quindi è previsto un forte incremento tendenziale.

Le difficoltà di far fronte ai bisogni attuali e futuri delle persone anziane non autosufficienti stimola, quindi, la necessità di risposte anche dal mondo assicurativo. Al momento, però, va detto con estrema chiarezza che la copertura dei rischi di *long term care* con l'erogazione di una rendita assicurativa a favore del soggetto non autosufficiente è molto poco diffusa.

Si potrebbe, quindi, valutare l'ipotesi di introdurre modelli integrativi che prevedano un sistema ibrido obbligatorio, o comunque molto esteso, basato sulla contribuzione privata, come ad esempio nell'esperienza tedesca. In sintesi, lo Stato stabilisce le regole e garantisce un'adeguata riduzione fiscale, datori di lavoro e lavoratori versano la rispettiva contribuzione e le imprese di assicurazione specializzate gestiscono le risorse con un modello mutualistico ed erogano le prestazioni.

In sintesi, e concludo, l'IVASS auspica una complessiva riforma dell'assistenza sanitaria integrativa. Ci sono oggi equivoci sul novero delle prestazioni previste, una frammentazione ed eterogeneità dell'offerta, insufficiente considerazione per la solidità dei fondi sanitari integrativi, la mancanza della necessaria attenzione ai temi della cronicità e dell'autosufficienza, e anche le agevolazioni fiscali sono poco orientate a perseguire interessi collettivi.

Tutto questo, a nostro avviso, costituisce una criticità che finisce per rendere complessivamente più costosa e meno efficace la tutela del diritto alla salute dei cittadini. Ovviamente, permettetemi di manifestare sin d'ora la disponibilità dell'IVASS a ogni ulteriore approfondimento e confronto con questa Commissione.

PRESIDENTE. Do ora la parola agli onorevoli colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

ROBERTO NOVELLI. Grazie, dottor De Polis. Io l'ho ascoltata con molta attenzione e, riguardo ai fondi assicurativi, ho alcune domande che vorrei porle.

Lei ha illustrato in modo molto chiaro le conseguenze per gli assicurati nel momento in cui si verifica il sinistro o la malattia. Non ha, sostanzialmente, salvo certificarlo, detto nulla di nuovo riguardo al sentire popolare, che è normalmente quello di trovarsi di fronte a delle compagnie di assicurazione che molto spesso non adempiono fino in fondo all'aspetto contrattualistico cui l'assicurato si aspettava che la compagnia o le compagnie adempissero.

Lei ha detto che sarebbe auspicabile un nomenclatore unico per tutti gli operatori. Questo sarebbe estremamente interessante, ma la domanda che voglio porvi è questa.

In un mercato in cui c'è la libera concorrenza, dove le compagnie di assicurazione operano in base a dei risultati attuariali, e di conseguenza creano un prodotto anche per far sì che questo prodotto sia lucrativo da un punto di vista finanziario, come si può riuscire a imporre condizioni

contrattuali uguali per tutte le compagnie? Sempre che non abbia capito male.

CELESTE D'ARRANDO. Ringrazio il dottor De Polis anche perché arriva dal mondo assicurativo. Io conosco IVASS, il cui ruolo - mi corregga se sbaglio - è proprio quello di vigilare nello specifico e sorvegliare l'operato delle compagnie assicurative.

Concordo con lei sul fatto che ci debbano essere delle linee guida seguite in maniera attenta da parte delle compagnie assicurative. So anche che ci sono compagnie assicurative che offrono servizi assicurativi di diverso genere. Ci sono compagnie assicurative che lavorano solo sul ramo vita, agenzia assicurative che lavorano solo sul ramo danni e altre che fanno entrambi e con condizioni assicurative diverse. È vero anche che le compagnie assicurative a oggi sono poco chiare nella spiegazione del fascicolo informativo sulle condizioni di assicurazione.

Secondo voi è necessario normare un modo di scrivere i contratti? Il cliente, il cittadino comune va dal consulente assicurativo perché non conosce la materia assicurativa così come viene conosciuta in altri Paesi. Pensa alla possibilità di una norma che possa semplificare il linguaggio utilizzato nei fascicoli informativi? Il contratto indica semplicemente le condizioni contrattuali in maniera abbastanza sintetica, poi è il fascicolo informativo che dettaglia i criteri per i quali vengono erogate alcune prestazioni o altro.

La mia domanda, quindi, è proprio questa: bisogna agire sul contratto o forse su come bisognerebbe elaborare il fascicolo informativo, che è poi quello che interessa al consumatore nel momento in cui avrà bisogno dell'assicurazione?

PRESIDENTE. Non essendoci altre domande, do la parola all'audito per la replica.

STEFANO DE POLIS, segretario generale dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni. Mi sembra che le due domande convergano su un unico tema. Rispondo innanzitutto su libertà di concorrenza e no-

menclatore. Il nomenclatore serve a definire ciò che corrisponde a certe prestazioni sanitarie, non ciò che effettivamente ogni compagnia o fondo potrà offrire. Cito un esempio molto banale.

È semplice parlare di intervento chirurgico, ma poi va interpretato caso per caso. Magari, una prestazione non è considerata da una compagnia intervento chirurgico ed è intervento chirurgico per un'altra. Se poi parliamo di intervento chirurgico ambulatoriale con diverse prestazioni...

Il problema del nomenclatore, quindi, non impatta a mio avviso sulla concorrenza, cioè sull'offerta. Dice semplicemente che cosa si intende in maniera chiara, avvalendosi anche della professione medica, che cosa si intende per una certa prestazione, in maniera che sia chiaro che si è assicurati per quella prestazione e a quella si ha diritto. Ugualmente, c'è necessità di conoscere eventualmente ciò a cui non si ha diritto.

Intervenire sui contratti, a nostro avviso, dopo aver fatto questa chiarezza complessiva attraverso il nomenclatore, vuol dire renderli poi intellegibili concretamente per coloro che vanno a sottoscriverli, ovviamente non per la compagnia o per i fondi, ma per i cittadini che li sottoscrivono.

Con le compagnie si è avviato, appunto, il processo di scrivere contratti semplici e chiari. Ci stiamo lavorando. Lo stesso auspichiamo si possa fare per i fondi.

Il mondo dei fondi integrativi sanitari, in realtà, è diverso da quello delle compagnie, che intervengono, se mi permettete, indirettamente in questo mondo, talvolta offrendo garanzie ai fondi per la prestazione dei servizi. Le compagnie al momento sono esterne a questo comparto. Tutt'al più, se si penserà a una riforma, un riordino, si può ipotizzare delle forme di maggior cooperazione o integrazione, ma questo è il futuro, non il presente. Il presente è che le compagnie intervengono in maniera - permettetemi - indiretta. Il mercato, però, è unico.

È chiaro che, quando una compagnia offre una garanzia a un fondo integrativo sanitario, di fatto finisce anche per definire

ciò che quel fondo presterà o, al contrario, il fondo chiede alla compagnia di garantirgli certe prestazioni e non certe altre. Noi notiamo, però, a tutela del consumatore che in questo momento c'è un grande margine di discrezionalità nell'interpretazione dei contratti o dei regolamenti - spesso, si tratta anche dei regolamenti dei fondi e delle società - per cui alla fine c'è sempre da discutere. Chi discute, ovviamente, ed è nella posizione più debole, è il cittadino, è il paziente, che talvolta è anche in situazioni - permettetemi - menomate in termini di condizioni fisiche temporanee.

PRESIDENTE. Do la parola alla deputata Carnevali per un'ulteriore domanda.

ELENA CARNEVALI. Mi scuso per non essere riuscita a sentirvi prima, ma ho visto la nota che avete consegnato. In particolare, faccio riferimento a quello che è scritto a pagina 12 sulla questione della spesa pubblica per il *long term care*, che credo sia uno dei temi più rilevanti. Il tema impatta non tanto sul Servizio sanitario nazionale, anche perché sappiamo che i più grandi consumatori, soprattutto dei fondi regionali, si collocano nella fascia alta di età e per le comorbilità che ovviamente questo comporta, quanto sulla proposta che ci formulate sulla valutazione dell'ipotesi di introdurre modelli integrativi che prevedano un sistema ibrido obbligatorio - devo dirle la verità: sull'obbligatorio ho moltissime riserve - o comunque molto esteso, basato sulla contribuzione privata, simile all'esperienza tedesca.

Credo che, al netto delle osservazioni della Ragioneria dello Stato, che riportate anche nella vostra relazione, su un incremento della spesa per il *long term care* previsto al 2070 pari all'1 per cento del PIL, il tema che abbiamo è in particolare relativo all'assistenza, più che alla cura di natura farmacologica, clinica, medica, chirurgica.

Attualmente, in realtà, su questa fascia di popolazione il nostro sistema offre solo il riconoscimento dell'assistenza domiciliare integrata, e devo dirle che anche nelle regioni più virtuose non so se arriviamo al

3-4 per cento e la compartecipazione alle spese, sulla base delle classificazioni SOSIA (Scheda Osservazione Sanitaria Intermedia Anziani), delle rette nelle case di ricovero. Peraltro stiamo osservando un fenomeno preoccupante, e spero davvero - lo dico in termini propositivi - che questa Commissione faccia un approfondimento in proposito, perché il numero di case di riposo private sta crescendo.

Come vi immaginate questo sistema? E a quale di quelle eventuali prestazioni sul *long term care* fate riferimento?

STEFANO DE POLIS, *segretario generale dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni*. Quello che immaginiamo è un sistema di alimentazione finanziario sulla falsariga di quello che avviene oggi per i fondi sanitari, in cui c'è un prevalentemente un contributo dei datori di lavoro e dei lavoratori al finanziamento del fondo. Qui si tratta di accumulare, invece, risorse durante l'arco della vita per poterle poi spendere nella parte finale, quando appunto si addiuvano a condizioni di non autosufficienza.

Quello che immaginiamo è un sistema di pagamento di una rendita ovvero - questa è un'altra possibilità che nel mondo assicurativo si sta sperimentando - l'erogazione diretta da parte della compagnia di servizi di assistenza. L'alternativa è proprio o una rendita, che può servire per pagare i servizi per la persona non autosufficiente che usufruisce del servizio di badante o altri similari, ovvero ricevere servizi direttamente dalla compagnia. Questo dipende dal contratto che si può sottoscrivere o che si può prevedere.

Ovviamente, andando a disegnare un tale schema di *welfare*, sarebbe la legge a definire le prestazioni minimali o essenziali e le modalità con cui dovrebbero essere erogate. Il meccanismo permette di accumulare risorse che in un periodo successivo, in presenza di determinate circostanze, possono essere spese.

PRESIDENTE. Ringraziamo i nostri ospiti per essere intervenuti e per la documentazione consegnata di cui autorizzo la

pubblicazione in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna (*vedi allegato*).

Dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione di Luca Benci, giurista esperto in diritto sanitario.

PRESIDENTE. Saluto il professor Luca Benci, giurista esperto in diritto sanitario, che ringrazio per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione.

Pregherei il nostro ospite di contenere il proprio intervento entro dieci minuti per dare modo ai deputati di porre delle domande, cui seguirà la replica del soggetto audito, il quale ha consegnato una memoria, resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera, che sarà altresì pubblicata sul sito *internet* della Camera dei deputati.

Do la parola al professor Luca Benci.

LUCA BENCI, *giurista esperto in diritto sanitario*. Ho letto il testo delle precedenti audizioni, per cui vi risparmio quello che è stato già lungamente detto, in particolare sul problema della ricostruzione normativa, anche se faccio una brevissima nota storica proprio sull'articolo sui fondi integrativi.

Ricordo che, quando è stato varato il decreto legislativo n. 502, quello che fu chiamato all'epoca riforma sanitaria, a firma dell'allora Ministro della salute Francesco De Lorenzo, l'articolo 9 prevedeva una possibilità di forme differenziate di assistenza. Che cosa vuol dire forme differenziate? Vuol dire che c'era la possibilità, all'epoca, di permettere la non iscrizione al Servizio sanitario nazionale. Non iscrizione vuol dire che una parte della contribuzione, una parte della tassazione dei soggetti interessati poteva andare a confluire in mutue volontarie con forme dirette di pagamento.

Questo significa che, in un modo o in un altro, si poteva riuscire a non iscriversi al Servizio sanitario nazionale e a sottrarre importanti risorse proprio al Servizio sanitario nazionale stesso. Era un tentativo di introdurre di fatto forme assicurative del

tutto sostitutive al Servizio sanitario nazionale di carattere universalistico.

Se quell'articolo fosse rimasto in vigore, e invece è stato poi soppresso nel 1995 dall'allora Ministro Garavaglia, bisogna sottolineare che verosimilmente oggi non ci sarebbe il Servizio sanitario nazionale, perché le risorse non sarebbero sufficienti.

Oggi, invece, siamo in presenza di una possibilità largamente attuata attraverso vari meccanismi dei fondi integrativi, ma i fondi integrativi, che nascono, come ben sapete, per essere integrativi, sono di fatto oggi in larga parte sostitutivi. Basta scorrere le prestazioni che passano i relativi fondi.

Il sistema - è stato notato da tempo - presenta fortissime opacità, non è trasparente, presenta decontribuzioni e defiscalizzazioni che sottraggono non si sa bene quante risorse al Servizio sanitario nazionale, che in questi anni è stato largamente definanziato.

Il definanziamento è senza dubbio alla base politico-normativa delle liste d'attesa e del malfunzionamento del Servizio sanitario nazionale, soprattutto in alcune aree del Paese. Ricordiamo il problema delle regioni in piano di rientro, che sono state fortemente penalizzate.

Da qui l'esigenza sentita, avvertita, propagandata, pubblicizzata del cosiddetto secondo pilastro. Il secondo pilastro può esistere solo se funziona male il Servizio sanitario nazionale. Per funzionare male, deve essere definanziato. Per funzionare male, devono esistere campagne di stampa come quelle che sono venute fuori. So che sono stati citati, ma non posso fare a meno di citare anch'io i vari studi RBM-Censis, con cui, non si sa per quale motivo, il Censis si presta a misure di carattere propagandistico: una volta si urla che ci sono 12 milioni di italiani che non si curano; un'altra volta, che ci sono altri milioni di italiani che si indebitano per curarsi.

Intendiamoci, i numeri sono preoccupanti, sono stimati intorno ai 5 milioni. Sostanzialmente, quell'area di povertà nel nostro Paese in questi anni è aumentata, la disuguaglianza è aumentata, e di conseguenza anche i problemi legati alla salute.

Ovviamente, con l'implementazione dei fondi integrativi questa situazione non migliora, perché aumenta a sua volta il definanziamento. L'opacità che circonda in buona parte questo sistema non aiuta in alcun modo. Il sistema deve essere riordinato, limitandolo, ovviamente a parer mio, alle pure situazioni di carattere integrativo e mai sostitutivo.

Vorrei ricordare la previsione del 1995 che limitava all'assistenza odontoiatrica, che è un vero buco nero della sanità pubblica di questo Paese, alle medicine non convenzionali e alle cure termali. Diciamo che l'odontoiatria in particolar modo meriterebbe ampiamente l'attenzione del legislatore in termini di finanziamento, e comunque giustamente di defiscalizzazione, ma la defiscalizzazione solo su quella tipologia, altrimenti i cittadini italiani, o parte dei cittadini italiani, si troverebbero di fatto a pagare due volte per lo stesso percorso.

Concludo con un'osservazione che giudico importante. Per efficientare il Servizio sanitario nazionale in epoca di risorse non particolarmente abbondanti, ci sono vari modi, ovviamente oltre a quello di rifinanziare il Servizio sanitario nazionale. Direi che il Servizio sanitario nazionale stesso può funzionare meglio attraverso un trasferimento di competenze.

È largamente noto che mancano i medici specialisti, ma è altresì largamente noto che c'è un dibattito sul cosiddetto *task shifting*, cioè sul trasferimento di competenze alle altre professioni sanitarie laureate. Vanno di fatto liberati i medici da incombenze che mediche ormai non sono più. Abbiamo un patrimonio di 22 professioni sanitarie laureate largamente sottoutilizzate.

Il Servizio sanitario nazionale può ritrovare efficienza, e quindi per esempio abbassare le liste d'attesa, liberare risorse importanti, utilizzare al meglio il personale qualificato del Servizio sanitario nazionale, se si opera questo tipo di operazione.

Certo, non si migliora e non si efficienta il Servizio sanitario nazionale, come hanno fatto alcune regioni con misure di carattere emergenziale, richiamando i medici pensionati a operare all'interno delle corsie. È

una situazione che appare a colpo d'occhio francamente inaccettabile.

PRESIDENTE. Grazie, professor Benci. Do ora la parola agli onorevoli colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

ELENA CARNEVALI. Ho una domanda molto secca, professor Benci, giurista esperto di diritto sanitario: cos'è che dal punto di vista legislativo, se la causa è questa, ha in qualche modo indotto a questa rappresentazione che lei ha fatto? E cosa dal punto di vista giuridico eventualmente può aiutare la regolamentazione? Lei dice, in maniera semplice: devono continuare a essere integrativi e non sostitutivi. Sul piano giuridico, come si può realizzare?

ROBERTO NOVELLI. Dottor Benci, vorrei che mi chiarisse un passaggio. Non sono riuscito a dare il valore vero della sua affermazione. Tra le varie cose interessanti che ha detto, ha affermato che l'esigenza del secondo pilastro può esistere solo se funziona male il Servizio sanitario nazionale. Allora, qui ci sarebbe da domandarsi se il Servizio sanitario nazionale funzioni bene in questo momento, e non sembrerebbe.

Chiedo scusa se sono approssimativo, ma non sono riuscito a capire fino in fondo la sua affermazione. La sua affermazione mi è sembrata andare nella direzione per cui, se il Servizio sanitario nazionale non funziona, allora ci sarebbe bisogno del secondo pilastro. Se, però, il Servizio sanitario nazionale funziona bene, finanziandolo correttamente, non ci sarebbe bisogno del secondo pilastro, se non ho capito male.

In questi anni, però, stiamo assistendo a un progressivo definanziamento del Servizio sanitario nazionale. Di conseguenza, una parte delle prestazioni è compensata con i fondi integrativi. La domanda che mi pongo è: come si può trovare un equilibrio tra le due situazioni, che non sembrano risolvibili nell'immediato? Questo definanziamento non credo che potrà essere risolto *ipso facto* con risorse pubbliche suf-

ficienti per riorganizzarlo così come lei ha descritto.

DORIANA SARLI. Ho una domanda solo perché forse non ho capito bene un passaggio.

Lei ha detto che il cittadino poi si trova a pagare due volte la stessa prestazione. Vorrei un chiarimento su questo. Grazie.

PRESIDENTE. Do la parola al professor Benci per la replica.

LUCA BENCI, *giurista esperto in diritto sanitario*. Onorevole Carnevali, il problema sta nel fatto che da un punto di vista giuridico sono stati concessi negli ultimi anni decontribuzione e defiscalizzazione sottraendo risorse al Servizio sanitario nazionale.

Ora, la quantità di risorse non è ben nota, quantomeno al sottoscritto, ma comunque sono state sottratte risorse. E quando vengono sottratte risorse, il problema non è secondario. Attraverso piccoli commi e piccoli aggiustamenti, se si sottraggono risorse, si impoverisce il fondo sanitario nazionale, o comunque la fiscalità generale. Impoverendolo, abbiamo quello che abbiamo sotto gli occhi tutti i giorni, e cioè la difficoltà di assumere personale, quella di avere un personale sanitario invecchiato.

Io giro molto gli ospedali per vari motivi e trovo personale sempre più invecchiato, e quindi sempre meno produttivo, sempre con maggiori problemi. Pensare di far fare uno scatto di orgoglio al personale così provato e così esausto diventa estremamente complicato. Se quei 2-3 miliardi di euro — queste sono le cifre che circolano — fossero investiti su personale nuovo, la differenza potrebbe esserci.

Onorevole Novelli, il problema che ho rappresentato è vero, molti miliardi che sono stati sottratti hanno creato tanti problemi, e oggi iniziamo a pagarne caramente le conseguenze.

Non ho detto che da domattina col rifinanziamento totale si risolvono i problemi, però intanto è importante agire sui

soldi che sono sottratti con le decontribuzioni e le defiscalizzazioni.

Poi ho indicato una strada, in realtà percorribile da subito: la risistemazione delle competenze tra medici e altre professioni sanitarie. Oggi, i medici italiani fanno o sono costretti a fare attività che negli altri Paesi europei non sono più mediche. Abbiamo un patrimonio di professioni che non mancano, che ci sono, che sono esistenti. Penso, per esempio, al settore dell'ostetricia, della fisioterapia, dell'infermieristica, che possono essere maggiormente valorizzati.

Vorrei ricordare, anche se probabilmente questa disuguaglianza non è del tutto giustificata, che le cosiddette professioni sanitarie costano circa un terzo di un componente della dirigenza medica. Con le isorisorse, espressione che non mi piace, ma che siamo costretti di fatto a usare, si potrebbe efficientare il Servizio sanitario nazionale attraverso questo trasferimento di competenze, di cui si discute da tempo, ma che non trova un punto d'approdo

anche per una serie di resistenze di carattere corporativo.

Quanto a pagare due volte per la stessa prestazione, penso in particolare al *welfare* aziendale: il lavoratore, che comunque continua ad avere un carico fiscale del tutto in linea con la situazione precedente, si trova di fatto costretto a non avere aumenti salariali, perché il *welfare* aziendale è una sorta di contropartita. Non ha aumenti salariali adesso, non ce li avrà a fine carriera, avrà ripercussioni sulla pensione, continuerà ad avere lo stesso carico fiscale, e le prestazioni « sostitutive » che gli erogano le varie forme di assistenza le ha già pagate con la fiscalità generale.

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Benci per essere intervenuto.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 12.50.

*Licenziato per la stampa
il 24 giugno 2019*

ALLEGATO



Camera dei Deputati
Commissione XII - Affari Sociali

**Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi
del Servizio Sanitario Nazionale**

Intervento del Segretario Generale
dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)

Stefano De Polis

Roma, 2 aprile 2019

Indice.....	2
La sanità integrativa – il ruolo del settore assicurativo	4
Le problematiche emerse dall'azione di vigilanza dell'IVASS.....	7
Appunti per un'azione di riordino della sanità integrativa	10
La non autosufficienza.....	11
Allegato - Il confronto internazionale	14
- <i>Spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL</i>	14
- <i>Spesa sanitaria per regime di finanziamento</i>	15

Signor Presidente, Onorevoli Deputati,

Vi ringrazio per aver invitato l'IVASS a fornire un contributo all'indagine in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Il tema della sanità integrativa è di particolare e crescente interesse considerata l'evoluzione del contesto economico – sociale (aumento della speranza di vita e conseguente invecchiamento della popolazione, cambiamento degli stili di vita, maggiore ricorso a prestazioni sanitarie attesi anche i continui progressi della medicina) e la ormai costante crescita della spesa sanitaria privata.

Questo mio breve intervento sarà sviluppato in quattro parti.

Nella prima fornirò una sintetica descrizione dell'articolazione del sistema sanitario nazionale e dati di sintesi sul ruolo del settore assicurativo nell'ambito delle forme sanitarie integrative.

Nella seconda darò conto delle principali problematiche attinenti al tema della sanità integrativa che abbiamo raccolto nell'ambito della nostra attività, attraverso la gestione dei reclami e le segnalazioni telefoniche (che, nello scorso anno, su questo tema hanno conosciuto un incremento davvero significativo).

Nella terza formulerò qualche spunto di riflessione, per un'azione più ampia ed organica di riordino normativo che il legislatore potrebbe valutare di intraprendere a seguito di questa indagine conoscitiva nell'ottica di perseguire l'obiettivo primario di tutela dei cittadini e al fine di migliorare le condizioni di fruibilità delle prestazioni sanitarie e le relazioni tra tutte le controparti che, a vario titolo, intervengono nel circuito della sanità integrativa.

Nella quarta, infine, darò un cenno alla problematica della non autosufficienza.

Premessa

L'articolato sistema sanitario italiano è caratterizzato dalla centralità del ruolo pubblico basato su principi di universalità. Ai fondi sanitari è riservata una funzione integrativa solo parzialmente disciplinata.

Ampliando lo sguardo, il sistema di welfare sanitario ha tre componenti:

- la gestione pubblica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), istituito con legge n. 833/1978, che eroga le prestazioni base nel rispetto dei principi dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA;
- i Fondi sanitari integrativi, istituiti con D. Lgs. n. 502/1992, modificato dal D. Lgs. n. 517/1993 e regolamentati con Decreti del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che integrano le prestazioni di base del Sistema Sanitario Nazionale mediante forme di assistenza collettiva. La contribuzione ai Fondi è volontaria o negoziale, basata sulla ripartizione del rischio tra gli aderenti;
- le forme individuali di assistenza sanitaria, che riconoscono le prestazioni mediante le polizze assicurative stipulate; la contribuzione degli assicurati avviene tramite premi calcolati su stime probabilistiche relative alle frequenze e al costo dei sinistri.

La seconda e la terza componente, unitamente alla spesa sostenuta direttamente dalle famiglie (*out of pocket*), che ne rappresenta la componente principale, costituiscono la c.d. spesa sanitaria privata.

LA SANITÀ INTEGRATIVA – IL RUOLO DEL SETTORE ASSICURATIVO

La spesa sanitaria complessiva in Italia nel periodo 2013-2017, rilevata dall'ISTAT, è cresciuta del 6,4%. L'evoluzione delle varie componenti è differenziata: mentre la spesa pubblica – che rimane la parte prevalente – è cresciuta nel quadriennio del 3,5%, la spesa intermediata da enti *no profit* e imprese di assicurazione è salita del 18% (+9,1% solo nell'ultimo anno) e quella sostenuta direttamente dagli assistiti (*out-of-pocket*) del 15%.

Spesa sanitaria in Italia

(dati in milioni di euro)

Anno	2013*	2014*	Var %	2015*	Var %	2016*	Var %	2017*	Var %
Spesa pubblica	109.254	110.556	1,2%	110.830	1,4%	112.182	1,2%	113.131	0,8%
Spesa intermediata	3.132	3.241	3,5%	3.400	8,6%	3.388	-0,4%	3.697	9,1%
Spesa out-of-pocket	31.262	32.353	3,5%	33.799	8,1%	33.930	0,4%	35.989	6,1%
Totale	143.648	146.150	1,7%	148.029	3,0%	149.500	1,0%	152.817	2,2%

Fonte: ISTAT - Sistema conti della sanità

La spesa intermediata si compone dei premi raccolti dalle imprese di assicurazione e della contribuzione ai fondi integrativi.

L'IVASS rileva i premi pagati per polizze malattia (quelli per polizze individuali e quelli per polizze collettive), attraverso segnalazioni periodiche delle imprese assicurative operanti nel settore¹.

I premi del ramo malattia raccolti dalle imprese di assicurazione italiane evidenziano un trend moderatamente crescente in rapporto al complesso della spesa sanitaria intermediata e ne rappresentano a fine 2017 circa il 70%.

Premi malattia su spesa sanitaria intermediata

(dati in milioni di euro)

Anno	2013	2014	2015	2016	2017
Premi malattia	2.070	2.056	2.143	2.349	2.571
Spesa intermediata	3.132	3.241	3.400	3.388	3.697
Rapporto	66,1%	63,4%	63,0%	69,3%	69,5%

Fonte: IVASS

I premi contabilizzati dalle imprese di assicurazione per il ramo malattia rappresentano nel 2017 l'8% sul totale dei premi danni. I sinistri denunciati sono oltre 5,8 milioni, in netto aumento (+12,9%) rispetto al 2016. L'88% degli importi per i sinistri accaduti nel 2016 risultano liquidati a fine 2017.

Quanto alle altre forme della c.d. spesa intermediata, dai dati 2017 elaborati dal Ministero della Salute, emerge una riduzione del numero dei fondi e un aumento del numero degli iscritti.

¹ L'IVASS sta avviando una specifica rilevazione per misurare la spesa intermediata dai Fondi sanitari integrativi, limitatamente alla quota affidata alle imprese di assicurazione. L'indagine conterrà importanti dettagli informativi, con particolare riferimento alle polizze collettive, utili a valutare i rischi assunti nel settore dalle imprese di assicurazione. I primi dati saranno disponibili entro il prossimo mese di giugno.

Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute – situazione risorse impegnate

Anno	Numero fondi			Totale iscritti	Risorse impegnate (milioni di euro)		
	Fondi attestati	Tipo A	Tipo B		Ammontare generale	Ammontare risorse vincolate*	Ammontare ris. vinc./ammontare generale
2010	255	47	208	3.312.474	1.614	492	30,47%
2011	265	46	222	5.146.633	1.741	536	30,82%
2012	276	3	273	5.831.943	1.914	603	31,52%
2013	290	4	286	6.914.401	2.112	691	32,72%
2014	300	7	293	7.493.824	2.160	682	31,60%
2015	305	8	297	9.154.492	2.243	694	30,94%
2016	322	9	313	10.616.847	2.330	754	32,35%
2017	311	9	302	12.900.000	2.400	780	32,50%

Fonte: elaborazione su dati Anagrafe dei fondi sanitari del Ministero della Salute

* Almeno il 20% delle risorse del fondo sanitario vincolate per assistenza LTC, soggetti temporaneamente inabili e per odontoiatria

La forma giuridica nella gran parte dei casi è quella dell'associazione non riconosciuta ex art. 36 Codice Civile (233 fondi), seguita dalle società di mutuo soccorso (42). Sempre da stime del Ministero della Salute, l'ammontare generale delle risorse impiegate nel 2017 sarebbe pari a 2,4 miliardi di euro con le risorse vincolate (almeno pari al 20% del totale) pari a 780 milioni di euro.

Nella tabella che segue sono riportate le principali differenze tra fondi sanitari integrativi e polizze assicurative nel ramo malattia:

	Fondi sanitari integrativi	Polizze ass.ve individuali
Requisiti di accesso	Iscrizione all'anagrafe dei fondi sanitari integrativi (non obbligatoria)	Autorizzazione all'attività assicurativa con requisiti di forma sociale, capitale minimo e governo societario ex art. 14 CAP
Vigilanza	Ministero Salute	IVASS

Rapporto con iscritto	Statuto/Regolamento	Contratto assicurativo
Costi	Contributo fisso	Premio variabile
Selezione rischi²	No	Si
Coperture malattie pregresse	Si	No
Recesso	No	Si
Agevolazioni fiscali	Deducibilità 3.615,2 euro Detraibilità 19% fino a 1291,1 euro per SMS	Nessuna detrazione o deduzione Detrazione spese sanitarie dal reddito imponibile Obbligo pagamento imposta sulle assicurazioni

LE PROBLEMATICHE EMERSE DALL'AZIONE DI VIGILANZA DELL'IVASS

Il Codice delle Assicurazioni pone la tutela degli assicurati come finalità primaria dell'attività di vigilanza dell'IVASS sul settore assicurativo; a tale fine, l'Istituto dispone di un osservatorio privilegiato sulle problematiche assicurative che devono affrontare i consumatori rappresentato dai reclami nei confronti dei soggetti vigilati (circa 20.000 all'anno) e delle telefonate ricevute al Contact Center Consumatori (oltre 30.000 all'anno).

Con riferimento specifico al settore in esame, la prima problematica che riscontriamo è che i consumatori non hanno chiaro chi è il soggetto responsabile della prestazione sanitaria che gli viene erogata e, quindi, dell'eventuale disservizio che si può verificare in relazione a tale prestazione.

² Per quanto concerne il divieto di selezione dei rischi, il legislatore ha disegnato i fondi sanitari integrativi in modo analogo al Sistema Sanitario Nazionale, sancendo il carattere universalistico e obbligatorio della copertura. Questo principio è spesso utilizzato anche nei contratti assicurativi limitatamente alle polizze collettive, ove è possibile adottare un impianto assuntivo basato su assenza di selezione del rischio; costo standardizzato e omogeneo per tutti gli assicurati; ampiezza delle coperture. Quando invece non si assicurano intere collettività, è sempre prevista una selezione dei rischi con la finalità di evitare selezioni avverse, che si avrebbero con la maggiore richiesta di copertura da parte dei soggetti più esposti al rischio di talune patologie o con patologie già in corso.

I reclami e le segnalazioni che l'IVASS riceve sono riferiti in maniera indifferenziata a imprese di assicurazione, a fondi sanitari e società di mutuo soccorso – questi ultimi non assoggettati alla vigilanza dell'IVASS – e finanche agli stessi provider di servizi sanitari (intendendosi per tali le imprese di servizi che stipulano convenzioni con fondi e casse e che tengono i contatti con le strutture sanitarie).

Nel rispetto delle competenze affidate dalle norme, l'IVASS si fa carico delle questioni legate alle imprese di assicurazione coinvolte direttamente o nella qualità di gestori della garanzia per la realizzazione dei piani di offerta sanitaria di fondi, casse sanitarie o società di mutuo soccorso.

Negli altri casi, l'Istituto è invece costretto a spiegare al consumatore che non può intervenire nei confronti del soggetto sul cui operato il consumatore esprime insoddisfazione, in quanto appunto non rientrante nell'attività di vigilanza dell'IVASS prevista dal Codice delle Assicurazioni Private.

Quale che sia l'ente/programma sanitario che i cittadini scelgono per le proprie cure riteniamo sia necessario assicurare:

- un'adeguata informativa in merito al diverso livello di protezione riconosciuto dai vari soggetti chiamati ad erogare le prestazioni sanitarie;
- una chiara rappresentazione delle prestazioni nei diversi regimi, così da facilitare la comparazione, una scelta consapevole e la liquidazione dei sinistri.

Riteniamo necessario che sia fatta chiarezza sui limiti nell'oggetto sociale di alcuni enti (Fondi sanitari e società di mutuo soccorso), eliminando ogni aspetto di confusione rispetto alla natura dell'attività svolta dalle imprese di assicurazione. Ciò dovrebbe estendersi anche all'uso di un'adeguata terminologia nella descrizione dei servizi offerti ove non garantiti (ad es. evitare in questi casi l'utilizzo del termine assicurazione).

E' da notare peraltro che il Codice delle Assicurazioni include già alcune norme (in particolare all'articolo 345) che prefigurano l'assoggettamento delle principali società di mutuo soccorso e casse autogestite, come i fondi sanitari, alle disposizioni in tema di particolari mutue assicurative, in quanto compatibili.

Tali norme sono tuttavia di incerta applicazione; abbiamo sensibilizzato sul punto i Ministeri competenti. Occorre disporre di maggiori e più puntuali dati e informazioni, definire il perimetro delle attività inquadrabili nelle forme integrative di sanità, la natura dei soggetti che vi possono operare, per poi definire coerentemente requisiti organizzativi e patrimoniali, sistema dei controlli da porre in essere e relative competenze.

In questa sede, desideriamo rinnovare la nostra disponibilità in tale senso, con il fine ultimo di aumentare la tutela del paziente/consumatore, indipendentemente dallo strumento prescelto per tutelare le proprie necessità.

Nel merito delle problematiche oggetto di segnalazione all'Istituto, quelle più rilevanti sono: tardiva presa in carico delle prestazioni richieste, particolarmente rilevante in caso di prestazioni urgenti; mancata esecuzione della prestazione, in taluni casi anche se già autorizzata all'assistito; contestazioni dopo l'erogazione della prestazione già autorizzata; diniego della prestazione in caso in pazienti "complessi", spesso anziani o affetti da più patologie che richiedono che le prestazioni siano eseguite con particolari cautele, superiori a quelle standard; mancato rimborso di esami, prescritti dai medici curanti, ma ritenuti "inutili" in sede di autorizzazione preventiva/rimborso.

Le criticità rilevate sono riconducibili in assoluta prevalenza alla carente trasparenza dell'informativa fornita agli aderenti ai piani sanitari o alle polizze assicurative, che non agevola la comprensione delle prestazioni – e delle relative limitazioni - nonché delle modalità per l'attivazione delle richieste di prestazione.

La comprensione risulta complessa sia per i singoli consumatori sia per i soggetti intermediari cui il consumatore si potrebbe riferire per ottenere primi chiarimenti, come ad esempio il datore di lavoro, nel caso di polizze collettive cui i lavoratori aderiscono.

Non v'è dubbio che, in difetto di chiarezza si amplia la discrezionalità dell'impresa nell'individuazione delle prestazioni sanitarie dovute o meno, oppure dovute con limitazioni.

Tale discrezionalità, non trasparente per il consumatore, viene in genere attuata dai *provider* tecnici cui è affidata la gestione delle prestazioni assicurative sia in sede di autorizzazione preventiva all'assistenza sanitaria diretta sia in sede di valutazione delle richieste di rimborso delle spese sostenute dal consumatore/assicurato.

A una maggiore chiarezza dei contratti devono poi accompagnarsi regole adeguate per assicurare comportamenti professionali e corretti in fase di distribuzione.

Da menzionare, infine, come alcune delle criticità sopra rilevate conseguano a inefficienze nelle relazioni e nelle procedure tra medici/strutture sanitarie – *provider* di servizi – imprese di assicurazione/fondi sanitari.

APPUNTI PER UN’AZIONE DI RIORDINO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA

La materia della sanità integrativa continua a registrare lacune che possono nuocere all’intero settore, con ricadute sia in termini di gestione e solvibilità delle singole forme di integrazione al SSN, sia di qualità del servizio reso agli aderenti.

Comincio dalle problematiche emerse dalla nostra attività di vigilanza.

Vanno attuate misure per garantire l’assoluta trasparenza e chiarezza dei contratti sulla prestazione cui il consumatore ha diritto. Il consumatore – e per le polizze collettive il soggetto che decide per lui - deve sapere a quali prestazioni ha diritto sottoscrivendo un determinato contratto, eliminando o riducendo il più possibile le aree di discrezionalità interpretativa che possano successivamente emergere in sede di fornitura della prestazione.

Sarebbe pertanto opportuno che le prestazioni sanitarie – e idealmente i percorsi di cura – fossero inequivocabilmente identificati e descritti così da evitare false aspettative negli assistiti e pretestuosi dinieghi da parte degli enti cui gli stessi si sono affidati.

Tale obiettivo si potrebbe conseguire attraverso il ricorso ad un nomenclatore unico delle prestazioni specialistiche, cui dovrebbero attenersi tutti gli operatori della sanità integrativa (fondi, casse, società di mutuo soccorso, imprese di assicurazione, *providers*...) da aggiornare nel tempo, con il duplice beneficio di:

- eliminare la forte discrezionalità oggi presente nell’interpretazione delle prestazioni oggetto dei piani sanitari;
- favorire una concreta confrontabilità tra i piani sanitari e una più agevole fruibilità delle prestazioni.

Sulla semplificazione delle strutture e del linguaggio dei contratti, il settore assicurativo ha già intrapreso dei passi importanti grazie al progetto “contratti semplici e chiari”³ che dall’inizio del 2019 prevede una semplificazione del linguaggio e della struttura dei contratti per i nuovi prodotti e per i “vecchi” prodotti più rilevanti per ogni azienda.

Misure simili, con opportuni meccanismi di *enforcement*, al momento non esistenti, andrebbero prese anche per i contratti dei fondi e casse.

³ Maggiori informazioni sono disponibili sul sito dell’IVASS al link <https://www.ivass.it/normativa/nazionale/secondaria-ivass/lettere/2018/lm-14-03/index.html>

Riteniamo che, lungi dal restringere il ruolo dei fondi sanitari, si dovrebbe addivenire a definire un'azione organica di riordino della sanità integrativa e, più in generale, delle forme di cooperazione tra pubblico e privato.

Il presupposto dovrebbe essere un riordino complessivo del comparto, con regole unitarie e realistiche in termini di prestazioni integrative e sussidiarie dei livelli essenziali di assistenza (LEA) del SSN. Interventi dovrebbero anche riguardare, secondo attenti criteri di proporzionalità, le regole di funzionamento, la solidità tecnico-patrimoniale e il regime dei controlli dei diversi operatori.

Un tale intervento richiederebbe anche un ripensamento dei benefici fiscali relativi all'iscrizione/adesione a forme sanitarie integrative pure al fine di ridurre alcune discriminazioni ed effetti negativi. Esistono oggi importanti differenze avuto riguardo alla professione del richiedente e alla forma integrativa di riferimento; il meccanismo delle detrazioni, produce effetti dal punto di vista redistributivo e sociale.

Con specifico riferimento al settore assicurativo, le norme fiscali applicabili al rinnovato comparto delle forme sanitarie integrative dovrebbero, anche al fine di evitare che si scarichi sul sistema pubblico il rischio ritenuto non assicurabile dai privati, disincentivare un'eccessiva selezione dei rischi; accentuare la mutualità tra assicurati, oggi realizzata completamente solo nelle polizze collettive; escludere il diritto di recesso da parte dell'assicuratore per evitare che chi contrae una grave malattia si veda non rinnovato il contratto alla scadenza ovvero richiesto di gravosi oneri aggiuntivi⁴.

LA NON AUTOSUFFICIENZA

Il tema merita una menzione specifica.

L'Italia è tra i paesi con maggior tasso di invecchiamento che, congiunto al ridotto numero delle nascite, determina un incremento del peso relativo degli anziani sul totale della popolazione. Dalle rilevazioni Istat emerge che al 1° gennaio 2018, il 22,6% della popolazione ha un'età superiore o uguale ai 65 anni, il 64,1% ha età compresa tra 15 e 64 anni mentre solo il 13,4% ha meno di 15 anni. L'età media della popolazione ha oltrepassato i 45 anni.

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico si ripercuote inevitabilmente sull'universo dei bisogni di cura, in espansione nonostante l'aumento del numero di

⁴ Cfr. Salvatore Rossi, "Le assicurazioni per lo sviluppo del Paese", Roma, 5 aprile 2017.

anni vissuti senza limitazioni nelle attività della vita quotidiana dopo i 65 anni (tra il 2008 e il 2015 da 9,0 a 9,9 anni per gli uomini e da 8,9 a 9,6 anni per le donne).

La spesa pubblica per *Long Term Care* (LTC), rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti, include tre componenti: i) la componente sanitaria, ii) la spesa per indennità di accompagnamento e iii) la spesa per altre prestazioni. L'aggregato, calcolato dalla Ragioneria Generale dello Stato, risulta pari all'1,7 % del PIL nel 2017 (1.716 miliardi di euro), di cui circa tre quarti della spesa erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono l'86% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 40% ed il 46%).

Da una proiezione condotta dalla Ragioneria Generale dello Stato, emerge che il rapporto fra spesa per LTC e PIL passerà dall'1,7% del 2017 al 2,6% del 2070.

La difficoltà di far fronte ai bisogni attuali e futuri delle persone anziane non autosufficienti stimola quindi la necessità di risposte anche dal mondo assicurativo, adottando soluzioni a partire dalla giovane età. Al momento, la copertura di rischi LTC, con l'erogazione di una rendita assicurativa a favore del soggetto non autosufficiente, è molto poco diffusa⁵.

Nella consapevolezza delle difficoltà di reperimento delle risorse finanziarie pubbliche e private per fronteggiare tale onere, si potrebbe valutare l'ipotesi di introdurre modelli integrativi che prevedano un sistema ibrido obbligatorio o comunque molto esteso basato sulla contribuzione privata, come ad esempio nell'esperienza tedesca; lo Stato stabilisce le regole e garantisce un'adeguata deduzione fiscale; i datori di lavoro e i lavoratori versano la rispettiva contribuzione; le imprese di assicurazione specializzate gestiscono le risorse con un modello

⁵ Cfr. Salvatore Rossi, Relazione annuale sull'attività dell'IVASS nell'anno 2014 – Considerazioni del Presidente. In particolare *“Una considerazione accessoria riguarda il settore dell'assicurazione per il rischio di perdita dell'autosufficienza nell'età avanzata. Si tratta di un fenomeno logicamente e psicologicamente connesso con la quiescenza e la previdenza, che l'allungamento della vita sta diffondendo, che la sanità pubblica ha difficoltà a fronteggiare. Si aprono notevoli spazi potenziali di mercato per le compagnie assicurative. Incentivare fiscalmente questo tipo di assicurazione è un buon affare per l'Erario nella misura in cui stimola transazioni altrimenti non realizzate, consentendo inoltre risparmi dal lato delle prestazioni sanitarie pubbliche. Parti sociali e imprese assicurative dovrebbero coinvolgersi, le prime estendendo la contrattazione collettiva previdenziale a queste fattispecie; le seconde, migliorando le condizioni di offerta in vista di una forte crescita del mercato. È fondamentale che le più giovani generazioni abbiano piena consapevolezza di dover risparmiare più dei propri genitori e di dover investire il proprio risparmio anche in un'ottica previdenziale. Le responsabilità sono grandi: in chi ha funzioni politiche pubbliche, perché promuova la diffusione di questa consapevolezza; in chi ha funzioni amministrative di regolazione e supervisione, perché vigili sui soggetti del mercato che offrono prodotti finanziari utili a fini previdenziali e li guidi a essere stabili, efficienti, trasparenti e corretti; infine, sulle stesse imprese, a cui spetta aguzzare l'ingegno per adattare prodotti e pratiche di vendita alle esigenze di una platea di clienti di cui essi gestiscono il futuro.”*

mutualistico ed erogano le prestazioni, liberando il sistema sanitario pubblico dall'onere per i non autosufficienti⁶.

* * *

Le esperienze estere possono rappresentare un utile base di confronto e riferimento quanto ad articolazione del sistema sanitario nelle diverse componenti e alle relative fonti di finanziamento. In allegato al presente testo abbiamo riportato alcuni dei dati più utilizzati nel confronto internazionale.

* * *

Signor Presidente, Onorevoli Deputati,

l'IVASS auspica una complessiva riforma dell'assistenza sanitaria integrativa. Equivoci sul novero delle prestazioni previste; frammentazione ed eterogeneità dell'offerta; insufficiente considerazione per la solidità dei fondi sanitari integrativi; mancanza della necessaria attenzione ai temi della cronicità e dell'autosufficienza; agevolazioni fiscali poco orientate a perseguire interessi collettivi, costituiscono criticità che finiscono per rendere complessivamente più costosa e meno efficace la tutela del diritto alla salute dei cittadini.

Manifestiamo sin d'ora la disponibilità a ulteriori approfondimenti e confronti su tutti i temi trattati.

Grazie per l'attenzione.

⁶ Peraltro, la norma dovrebbe prevedere limitazioni o divieti di utilizzo di dati genetici per limitare la selezione dei rischi, estranea a tale modello mutualistico.

Allegato

Il confronto internazionale

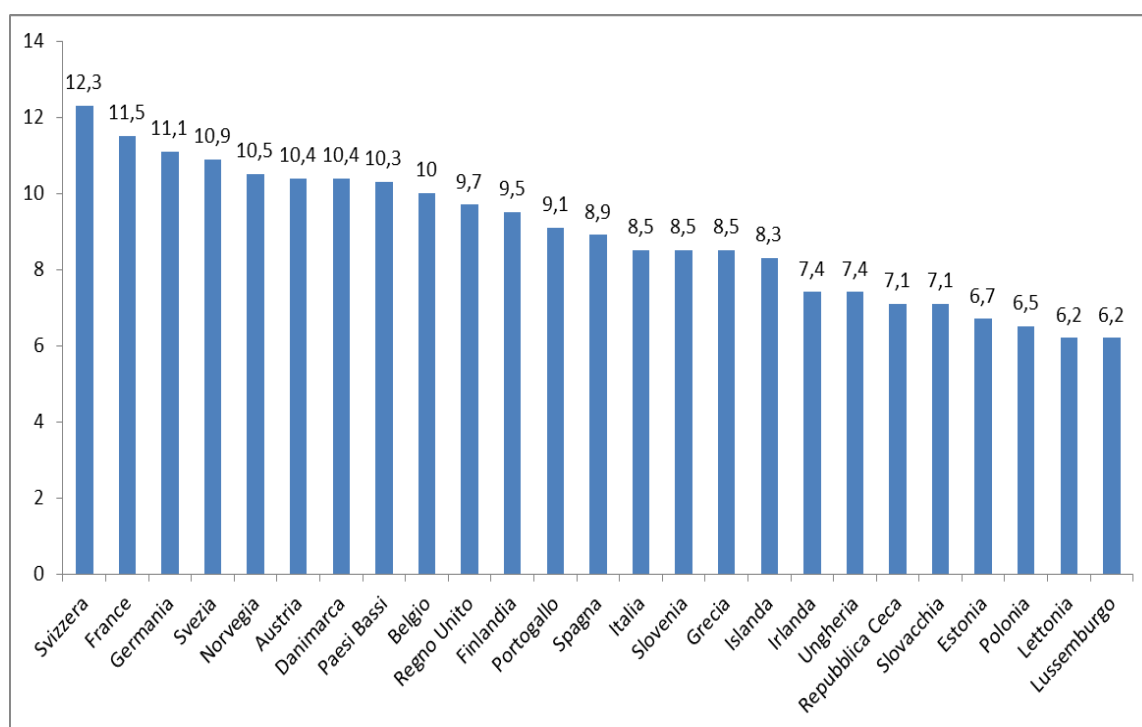
I dati utilizzati nel confronto internazionale si riferiscono all'anno 2016 (dati più recenti pubblicati da Eurostat).

Spesa sanitaria corrente in rapporto al PIL

Italia, Portogallo e Spagna presentano incidenze pari a circa il 9%; all'estremo inferiore, la Romania segnala un valore pari al 5%; Svizzera, Francia, Svezia e Germania registrano, invece, i valori più elevati (tra l'11% e il 12%).

Spesa sanitaria su PIL

(valori percentuali)



Dati EUROSTAT 2016

Spesa sanitaria per regime di finanziamento

Italia, Regno Unito, Spagna e Irlanda hanno adottato un modello universalistico a carico dello Stato per la gestione della componente sanitaria, mentre Francia⁷ Belgio e Germania hanno affiancato un diffuso sistema di Forme Sanitarie Complementari finalizzate a neutralizzare gli effetti sui redditi delle famiglie delle spese sanitarie, anche con il contributo dei datori di lavoro.

In Olanda, invece, il sistema di tutela di base, finanziato dalla fiscalità generale e che offre prestazioni anche alle persone anziane e non autosufficienti, è integrato attraverso un Secondo Pilastro Sanitario, a gestione assicurativa, che si occupa di garantire la copertura per le spese relative alle cure odontoiatriche e ai farmaci, nonché a una serie predefinita di ulteriori prestazioni sanitarie non ricomprese nel perimetro assistenziale primario.

Il regime di finanziamento che raggruppa la pubblica amministrazione e i sistemi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria rappresenta la più alta quota di finanziamento della spesa sanitaria, anche se il peso delle due componenti varia considerevolmente tra Paesi.

Paesi come Danimarca (84,1%), Svezia (83,5%), Regno Unito (79,4%) e Italia (74,2%) registrano percentuali di spesa finanziate dalla pubblica amministrazione superiori al 70%.

Al contrario, i sistemi a contribuzione obbligatoria (che generalmente fanno parte del sistema di sicurezza sociale) alimentano più di tre quarti della spesa in Germania (77,8%), Francia (77,8%), Slovacchia (76,4%) e Paesi Bassi (74,8%).

L'incidenza della spesa diretta delle famiglie, rispetto al totale della spesa sanitaria, presenta valori molto alti per Bulgaria (48,0%); Cipro (44,9%); Grecia (34,3%).

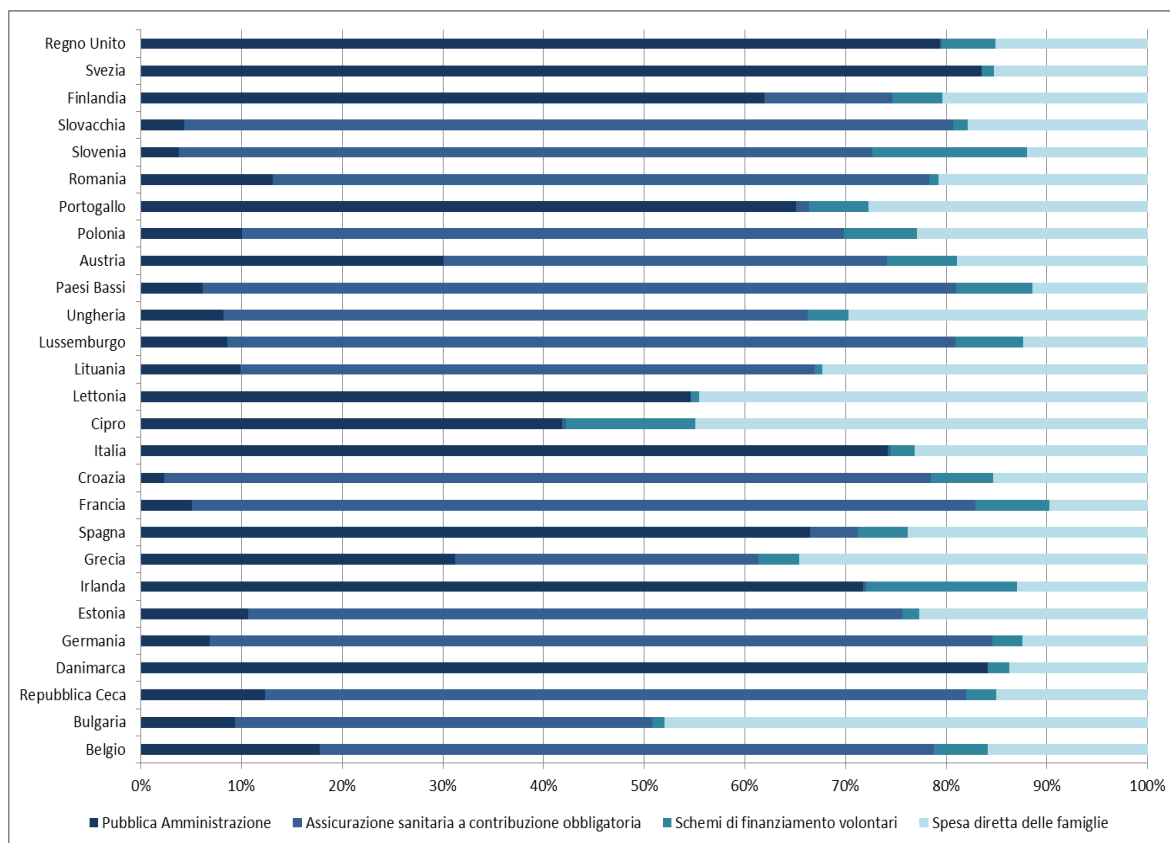
L'Italia, con un valore pari al 23,1%, si colloca leggermente al di sotto della Spagna (23,8%), ma molto al di sopra degli altri maggiori paesi dell'Unione Europea (Francia 9,8%, Germania 12,4%⁸, Regno Unito 15,1%).

⁷ In Francia vige ancora il principio che anche per la copertura sanitaria di base è previsto l'anticipo delle spese da parte dell'assistito.

⁸ In Germania dai dati 2017 disponibili si rileva che l'11% dei cittadini, sfruttando il meccanismo dell'*opting out*, richiede le funzioni primarie della sanità di base, grazie alla stipula di coperture assicurative obbligatorie.

Spesa sanitaria per regime di finanziamento UE

(valori percentuali)



Dati EUROSTAT 2016



18STC0055120