

COMMISSIONE PARLAMENTARE

di controllo sull'attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale

S O M M A R I O

Sui lavori della Commissione	101
Sulla pubblicità dei lavori	101
PROCEDURE INFORMATIVE:	
Seguito dell'indagine conoscitiva sulla funzionalità del sistema previdenziale obbligatorio e complementare, nonché del settore assistenziale, con particolare riferimento all'efficienza del servizio, alle prestazioni fornite e all'equilibrio delle gestioni.	
Audizione del Segretario generale dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass)	101

Giovedì 7 aprile 2022. – Presidenza del presidente NANNICINI.

La seduta comincia alle 13.45.

Sui lavori della Commissione.

Il PRESIDENTE ricorda a tutti i Commissari il programma di audizioni, che riprende in data odierna con i rappresentanti dell'Ivass e proseguirà con l'audizione della Cassa nazionale del notariato il prossimo 14 aprile, dei rappresentanti sindacali dei lavoratori degli enti previdenziali privati, il 21 aprile, della COVIP, il 5 maggio, del Professor Cottarelli, il prossimo 12 maggio, dei rappresentanti del MEF il 19 maggio, sulla regolamentazione degli investimenti delle casse, del CNEL, in materia di sanità integrativa, il prossimo 26 maggio e dei rappresentanti di ENASARCO il prossimo 16 giugno. Rappresenta inoltre che sono in corso di definizione ulteriori incontri con UNISALUTE, INPS ed ENPAF.

Sulla pubblicità dei lavori.

I lavori della Commissione, che saranno oggetto di registrazione, potranno essere

quindi seguiti – dall'esterno – sulla *web TV* della Camera.

Non essendovi osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'indagine conoscitiva sulla funzionalità del sistema previdenziale obbligatorio e complementare, nonché del settore assistenziale, con particolare riferimento all'efficienza del servizio, alle prestazioni fornite e all'equilibrio delle gestioni.

Audizione del Segretario generale dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass).

Prosegue l'indagine conoscitiva, sospesa nella seduta del 31 marzo 2022.

Il PRESIDENTE introduce l'audizione del dottor De Polis, Segretario generale dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass).

Il dottor DE POLIS ringrazia la Commissione per l'invito a partecipare ai lavori e introduce alcuni *trend* demografici, sottolineando che i fenomeni di denatalità e invecchiamento assumono in Italia una intensità maggiore rispetto a Francia e Germania, individuando il contesto di riferimento in cui vanno inquadrati le tematiche e gli spunti di riflessione sul sistema di *welfare* sanitario nazionale, sul ruolo rivestito dal settore assicurativo e sulle connesse problematiche di vigilanza. Ricorda che la spesa sanitaria totale in Italia sfiora il 10 per cento del PIL e che aggregando la spesa sanitaria pubblica e le forme di assicurazione obbligatoria si ottengono quote tra il 70 e l'85 per cento del totale. Fa presente che, con riferimento al 2020, la spesa sanitaria intermediata da fondi, mutue e imprese di assicurazione è risultata pari a 4,2 miliardi di euro mentre la spesa diretta delle famiglie (cosiddetta spesa *out-of-pocket*) è risultata di quasi 34 miliardi di euro. Sottolinea che queste due voci costituiscono la cosiddetta spesa sanitaria privata, che risulta particolarmente elevata in Italia rispetto agli altri Paesi europei. Rappresenta che i premi del ramo malattia raccolti dalle compagnie italiane evidenziano un *trend* moderatamente crescente in rapporto al complesso della spesa sanitaria intermediata e ne costituiscono a fine 2020 il 71,9 per cento. Sottolinea che fondi sanitari, compagnie di assicurazione, società e casse mutue si dividono la spesa sanitaria intermediata, che nel complesso, nonostante la crescita degli ultimi anni, resta contenuta. Presenta i dati relativi all'Anagrafe Fondi sanitari e sottolinea le principali differenze tra fondi sanitari integrativi e polizze assicurative nel ramo malattia, che costituiscono le forme individuali di assistenza sanitaria. Rappresenta che il quadro dei controlli sui fondi sanitari integrativi non è andato molto oltre l'istituzione dell'anagrafe presso il Ministero della salute. Sottolinea i dati sui 20.000 reclami inviati ogni anno dai consumatori all'IVASS, i quali sono riferiti in maniera indifferenziata a imprese di assicurazione, a fondi sanitari e società di mutuo soccorso, pur essendo questi ultimi due non assog-

gettati alla vigilanza dell'Istituto. Sottolinea che i beneficiari delle prestazioni tendono a non percepire le differenze tra i diversi soggetti responsabili della prestazione e soprattutto tra le diverse discipline e forme di tutela previste dall'ordinamento. Fa presente che le criticità rilevate sono riconducibili in assoluta prevalenza a condizioni contrattuali poco chiare, carenze nell'informativa precontrattuale, sovente a carico dei datori di lavoro, difficoltà in fase di prestazione e di rimborso. Riterrebbe opportuno che le prestazioni sanitarie fossero inequivocabilmente identificate e descritte così da evitare false aspettative negli assistiti e pretestuosi dinieghi da parte degli enti cui gli stessi si sono affidati, attraverso il ricorso ad un nomenclatore unico delle prestazioni specialistiche, cui dovrebbero attenersi tutti gli operatori della sanità integrativa. Ritiene che vada valorizzato il ruolo della sanità integrativa, procedendo ad un riordino organico della materia, migliorando la protezione dei cittadini aderenti in forme singole e collettive, e definendo nuove e più chiare forme di cooperazione tra pubblico e privato; il presupposto dovrebbe essere un riordino complessivo del comparto sanitario, oggi considerato necessario a seguito della pandemia, con regole unitarie e realistiche in termini di prestazioni integrative e sussidiarie dei livelli essenziali di assistenza (LEA) del sistema sanitario nazionale (SSN) e con la tutela di una effettiva facoltà di scelta dei cittadini. Ritiene che gli interventi dovrebbero poi coerentemente interessare le regole di funzionamento, di collocamento dei prodotti, la solidità tecnico-patrimoniale e il regime dei controlli dei diversi operatori della sanità integrativa; ciò potrebbe richiedere anche un ripensamento dei benefici fiscali relativi all'iscrizione e adesione a forme sanitarie integrative al fine di ridurre discriminazioni ed effetti distorsivi. Rappresenta poi il tema della spesa per *Long Term Care* (LTC), che viene stimata in crescita nei prossimi anni. Sottolinea che la difficoltà di far fronte ai bisogni attuali e futuri delle persone anziane non autosufficienti stimola la necessità di risposte anche dal mondo assicura-

tivo, adottando soluzioni a partire dalle giovani generazioni. Evidenzia che al momento, la copertura di rischi LTC, con l'erogazione di una rendita assicurativa a favore del soggetto non autosufficiente, è molto poco diffusa. Ritiene che per lo sviluppo di questo ambito sia possibile ipotizzare formule che prevedano modalità di cooperazione pubblico-privato con l'auspicabile coinvolgimento del terzo settore per definire livelli di copertura economicamente sostenibili e concretamente attenti anche alla qualità relazionale dei servizi. Analizza poi il ruolo delle assicurazioni nel settore della previdenza complementare, sottolineando che a differenza della sanità integrativa, la previdenza complementare poggia su un quadro normativo definito: nei confini tra pubblico e privato, nei ruoli e nelle forme di controllo dei diversi soggetti privati che vi operano. Come per il settore sanitario, ritiene che vi siano spazi per una sua ulteriore valorizzazione. Manifesta piena disponibilità a contribuire, con le altre autorità di settore e le altre istituzioni a vario titolo coinvolte a una riflessione strategica su possibili evoluzioni della previdenza complementare per garantirne una migliore rispondenza alle finalità che il legislatore ha inteso attribuirle. In conclusione, auspica una complessiva riforma dell'assistenza sanitaria integrativa che risolva gli equivoci sul novero delle prestazioni previste; la frammentazione e l'eterogeneità dell'offerta; la disparità nelle condizioni di esercizio e nelle regole di distribuzione; la mancanza della necessaria attenzione ai temi della cronicità e dell'autosufficienza

La senatrice CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*) chiede quali siano le ragioni secondo l'Ivass per cui i soggetti elettivamente vigilati dall'Istituto sono così refrattari ad aderire alle richieste da più parti avanzate dei controlli sui fondi integrativi, relativamente ai costi e benefici generati dopo oltre dieci anni dimessa a regime.

Il senatore PUGLIA (*M5S*), premettendo che probabilmente il Ministero della salute potrebbe non essere il soggetto dotato delle

caratteristiche adeguate a esercitare la vigilanza sui fondi sanitari integrativi, chiede all'Ivass se l'Istituto sarebbe pronto a farsi carico di tali competenze. Chiede un chiarimento sul fatto che i contratti di assicurazione risultano rinnovati anno per anno mentre potrebbero essere quinquennali a beneficio dei consumatori. Chiede inoltre, con riferimento al comparto della previdenza complementare, se sia possibile una maggiore chiarezza sui costi connessi alle relative polizze, in particolare con riferimento ai costi di sottoscrizione, a quelli di gestione e ai costi connessi all'erogazione delle prestazioni.

Il PRESIDENTE chiede perché vi siano così rilevanti difficoltà per la completa trasparenza dell'Anagrafe, chiede quale sia il peso dell'educazione finanziaria e assicurativa nello squilibrio fra spesa diretta e intermediata, chiede se in tema di non autosufficienza il mercato sarebbe pronto ad assorbire eventuali interventi volti a prevedere forme di anche parziale contribuzione obbligatoria.

Il dottor DE POLIS sottolinea che dietro il tema della durata annuale dei contratti c'è una criticità relativa al fatto che gli stessi potrebbero non essere rinnovati in caso di malattie gravi rilevate nel corso dell'anno. Ritiene che la copertura pluriennale, se non a vita intera, costituirebbe una forte garanzia per i consumatori e rappresenta un tema che, nel rispetto della libertà contrattuale, sia necessario affrontare. Con riferimento alle analisi sull'operatività dei fondi integrativi rileva l'assenza dei dati, che rende difficile analizzare il sistema, controllarlo e prevedere soluzioni alle criticità esistenti, a prescindere dall'incompleta trasparenza sull'anagrafe. Ritiene che sarebbe utile avere un soggetto che conoscesse e potesse vigilare su tale importante fenomeno. Sul comparto previdenziale ritiene che siano state introdotte delle regole significative, anche a livello europeo, e rinvia per un maggior dettaglio sulla tematica dei costi all'audizione della Covip. Ritiene che il mercato sarebbe pronto a realizzare un'offerta più consistente di servizi stabili

con riferimento alla non autosufficienza, mentre sul lato della domanda sarebbe necessaria una educazione finanziaria e assicurativa, oltre a forme di sostegno alle scelte razionali di mutualità e solidarietà. Sottolinea che lo squilibrio fra spesa diretta e intermediata presenta anche un tema di mutualità e solidarietà, poiché la spesa diretta viene sostenuta esclusivamente da chi ha la sfortuna di ammalarsi,

mentre con la spesa intermediata la stessa viene ripartita fra l'insieme degli assicurati che sostengono con l'insieme dei premi pagati le spese dei malati.

Il PRESIDENTE ringrazia l'audito e dichiara conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 14.35.