



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 24

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

10^a COMMISSIONE PERMANENTE (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE FORME INTEGRATIVE DI PREVIDENZA E DI ASSISTENZA SANITARIA NEL QUADRO DELL'EFFICACIA COMPLESSIVA DEI SISTEMI DI WELFARE E DI TUTELA DELLA SALUTE

422^a seduta (1^a antimeridiana): giovedì 25 giugno 2026

Presidenza del presidente ZAFFINI

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

I N D I C E

Audizione del Ministro della salute

PRESIDENTE
CAMUSSO (PD-IDP)
FURLAN (IV-CR)
LORENZIN (PD-IDP)
MAGNI (Misto-AVS)
MAZZELLA (M5S)
SATTA (FdI)
SCHILLACI, ministro della salute
ZAMBITO (PD-IDP)

Sigle dei Gruppi parlamentari: Civici d'Italia-UDC-Noi Moderati (Noi con l'Italia, Coraggio Italia, Italia al Centro)-MAIE-Centro Popolare: Cd'I-UDC-NM (NcI, CI, IaC)-MAIE-CP; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-Casa Riformista: IV-CR; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-PATT, Campobase): Aut (SVP-PATT, Cb); Misto: Misto; Misto-ALLEANZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS; Misto-Azione-Renew Europe: Misto-Az-RE.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il ministro della salute Schillaci.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Gemmato.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali web e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto inoltre che, previa autorizzazione del Presidente del Senato, la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il Resoconto stenografico.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del Ministro della salute

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di *welfare* e di tutela della salute, sospesa nella seduta del 26 novembre 2024.

È oggi prevista l'audizione del ministro della salute Schillaci, che ringrazio per la presenza. Con questa audizione si chiude l'indagine conoscitiva che ha visto impegnati i colleghi per buona parte della prima metà della legislatura. Oggi abbiamo tutti gli elementi per procedere alla redazione del documento finale, che sottoporremo all'esame in Commissione in una delle prossime sedute; in quella sede decideremo insieme come procedere con l'atto.

Do la parola al ministro Orazio Schillaci.

SCHILLACI, *ministro della salute*. Presidente, onorevoli senatori, vengo oggi in audizione sulle forme di sanità integrativa. Come sapete, l'articolo 32 della Costituzione, comma 1, recita che: «La Repubblica tutela la salute

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti». Il diritto alla salute rappresenta quindi un diritto fondamentale dell'individuo, l'unico diritto a essere qualificato come inviolabile dalla Costituzione. Questo si sostanzia nel diritto all'integrità fisica e psichica, sia nel senso di poter avere trattamenti medici di prevenzione e cura, sia nel senso di poter godere di un ambiente di vita e lavoro salubre.

Tuttavia, da esso non deriva il diritto a cure gratuite per tutti, essendo queste garantite solo per gli indigenti.

Con la legge n. 833 del 1978 viene istituito il Servizio sanitario nazionale, che dà piena attuazione al disposto dell'articolo 32 della Costituzione. Nasce quindi un sistema pubblico di carattere universalistico, tipico di uno Stato sociale, che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini e finanziato dallo Stato stesso, attraverso la fiscalità generale, le entrate dirette, *ticket* sanitari e prestazioni. È costituito sostanzialmente da vari servizi sanitari regionali, dagli enti, dalle istituzioni di rilievo nazionale e dallo Stato.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

In base al principio di sussidiarietà, il Servizio sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo. A livello centrale opera lo Stato, che ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute attraverso i livelli essenziali di assistenza (LEA). Vi sono poi le Regioni, che hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute statale. Esse hanno competenza esclusiva nella regolamentazione e nell'organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie, nel rispetto dei principi generali fissati dalla legge dello Stato.

Infine, vi sono le strutture private, che operano per conto del Servizio sanitario nazionale, secondo il sistema delle tre A: autorizzazione, accreditamento e accordo. Il riferimento è agli articoli 8 e seguenti del decreto legislativo n. 502 del 1992.

In Italia l'offerta sanitaria si articola su tre pilastri. Il primo è un Sistema sanitario nazionale diretto a garantire l'assistenza sanitaria di base a

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

tutti i cittadini e, principalmente, prestazioni sanitarie adeguate, i LEA, alle fasce economicamente più deboli della popolazione, gestito dallo Stato e dalle Regioni, secondo criteri di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle cure.

Il secondo pilastro è un sistema di sanità integrativa, gestito da enti di sanità integrativa, fondi sanitari, società generali di mutuo soccorso, casse di assistenza sanitaria, con un progressivo inserimento nei contratti nazionali di lavoro dello strumento conosciuto come welfare aziendale. Il terzo pilastro è un sistema di sanità privata, gestito dalle compagnie assicurative e finalizzato ad assicurare una copertura sanitaria integrativa, che si aggiunge a quella offerta della sanità di base, ma che può anche sommarsi alle prestazioni aggiuntive dei fondi sanitari.

La sanità integrativa, quindi, rappresenta uno strumento complementare al Servizio sanitario nazionale e si configura come un elemento fondamentale per sostenere e implementare il nostro sistema di *welfare*, garantendo una copertura sanitaria sempre più completa per tutti i cittadini.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

Facciamo una breve introduzione e vediamo il contesto storico.

L'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992, rubricato «Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale», al comma 1, così recita: «Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi».

L'ambito di attuazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da: prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditate; prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale, comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione di servizi alberghieri, su richiesta dell'assistito; prestazioni

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

Fra le prestazioni di cui sopra sono comprese le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate; le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale; l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

La vigilanza sulle attività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è disciplinata dall'articolo 122 del decreto legislativo del 31 marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della salute, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti l'Anagrafe dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato, sia quelli sottoposti a vigilanza regionale, e l'Osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

La sanità integrativa, dunque, è nata come risposta alla necessità di integrare il Servizio sanitario nazionale con forme di assistenza sanitaria aggiuntive, alla luce delle sfide economiche dei vincoli imposti dalla finanza pubblica, specialmente in seguito all'adozione dei parametri europei di Maastricht.

Le misure per il finanziamento della sanità integrativa e della previdenza complementare sono state introdotte per stimolare l'afflusso di risorse private al sostegno delle principali voci di spesa del *welfare* nazionale, ossia sanità e pensioni. Fin dall'inizio il settore è stato legato a politiche fiscali di incentivazione, come nel caso delle agevolazioni fiscali per chi aderisce a fondi sanitari complementari.

Tuttavia, sebbene il settore abbia visto una crescita costante, la sanità integrativa in Italia è ancora molto sottodimensionata rispetto alla media e al contesto europeo. Secondo i dati più recenti, in Italia il 24 per cento della popolazione è coperto da sanità integrativa, rispetto al 75 per cento della media dell'Unione europea, con un contributo medio per beneficiario di circa 190 euro, inferiore rispetto ai 260 euro medi dell'Europa. Questi numeri evidenziano un ampio margine di crescita e di miglioramento, che dovrebbe

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

essere colmato con politiche mirate a rafforzare il settore e delinearlo con i migliori standard europei. In più, in Italia la spesa sanitaria privata, che viene stimata in circa 40 miliardi di euro, risulta intermediata in misura molto inferiore rispetto alla media dei Paesi europei.

Passiamo ora ad esaminare lo stato attuale della sanità integrativa, con numeri, dati e criticità. Oggi la sanità integrativa in Italia si articola in due principali tipologie di fondi. La tipologia A sono i fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, *ex* articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992, che erogano esclusivamente prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA, per un totale che rappresenta circa il 4 per cento dei fondi iscritti all'anagrafe. Tali fondi, oltre a non prevedere selezione del rischio, beneficiano della piena deducibilità fiscale per i contribuenti.

La tipologia B è rappresentata da enti, casse e società di mutuo soccorso, *ex* decreto ministeriale 31 marzo 2008, decreto ministeriale 29 ottobre 2009 e decreto del Presidente della Repubblica n. 917 del 1986. Questi sono fondi che, pur essendo principalmente destinati ai lavoratori dipendenti di specifici comparti, offrono anche prestazioni che possono integrare o sostituire quelle fornite dal Servizio sanitario nazionale. Questi

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

fondi costituiscono circa il 96 per cento dei fondi registrati e sono spesso legati a contratti collettivi nazionali di lavoro.

Il numero dei fondi integrativi è cresciuto negli ultimi anni in maniera costante: da 276 unità censite nel 2013, se ne contano 324 nel 2023, con una erogazione complessiva nell'anno di 3,2 miliardi di euro per 16,2 milioni di iscritti. Quasi un quarto della popolazione italiana quindi risulta iscritto a un fondo sanitario. Tuttavia, nonostante questa crescita i fondi sanitari integrativi hanno intermediato appena l'8 per cento della spesa privata per la sanità, confermando il ruolo ancora relativamente marginale nel finanziamento del Sistema sanitario.

In particolare, la crescita della spesa intermediata è guidata dall'aumento delle prestazioni sostitutive, cioè sovrapponibili ai LEA. Nel 2022 i fondi di tipo A con finalità esclusivamente integrative hanno finanziato prestazioni per appena 1,2 milioni di euro e rappresentano oggi una categoria di fatto trascurabile. Nel 2023 i fondi di tipo A, vincolati a fornire esclusivamente prestazioni extra LEA, erano appena 13 (come abbiamo detto prima, solo il 4 per cento di tutti i fondi censiti), comprendevano meno dell'1 per cento degli iscritti ed erogavano prestazioni

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

per solo 1,163 milioni. Dall'analisi dei dati abbiamo poi rilevato che enti, casse e società di mutuo soccorso negli ultimi due anni hanno speso più di 3 miliardi di euro complessivi per l'assistenza sanitaria, di cui un terzo dedicati alle prestazioni integrative di LEA.

Inoltre, sempre negli stessi anni di riferimento, sono aumentati i volumi di spesa per le prestazioni sostitutive al Servizio sanitario nazionale e, parallelamente, è aumentato il numero degli iscritti. I dati anagrafici indicano che i fondi di tipo A hanno remunerato quasi esclusivamente prestazioni odontoiatriche, le uniche di fatto escluse dal perimetro dei LEA.

I fondi tipo B, stante la loro maggiore flessibilità di impiego, hanno indirizzato in media il 33 per cento delle risorse verso prestazioni integrative ai LEA. Di questa parte, il 67 per cento è stato utilizzato per assistenza odontoiatrica, che nell'anno 2021 è aumentata di circa 50 milioni di euro rispetto al 2020 e nell'anno 2022 di poco più di 40 milioni rispetto all'anno precedente.

Si rileva poi che i fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale negli anni 2021, 2022 e 2023 hanno registrato una singolare

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

variazione dei costi sostenuti. In generale, tale tipologia di fondi ha utilizzato un volume di risorse nettamente inferiore a quelli di tipologia B.

Per quanto riguarda gli iscritti, si segnala la netta prevalenza dei lavoratori dipendenti e autonomi, che da 11,9 milioni nel 2020 sono passati a 13,4 nel 2022 (l'83 per cento degli iscritti). Di questi, circa 8 milioni sono lavoratori dipendenti e assimilati (per esempio soci di cooperative), che fruiscono di misure di *welfare* aziendale. Al momento i pensionati rappresentano solo il 3 per cento degli iscritti, nonostante si tratti della fascia di popolazione che esprime il maggior bisogno di cure. Questa fascia è però destinata a crescere in termini relativi, a causa sia dell'aumento dell'aspettativa di vita che della modesta natalità, e con essa, ovviamente, la spesa dei fondi.

La letteratura economica rileva peraltro che lo sfavore verso le categorie che avrebbero bisogno di maggiore assistenza si osserva in riferimento a tutte le forme di assicurazione sanitaria privata. Alcuni autori hanno evidenziato come, all'interno dei Paesi OCSE, le famiglie più ricche ed istruite abbiano una maggiore probabilità di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria. Inoltre, contrariamente a ciò che si potrebbe

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

pensare, non c'è alcuna evidenza che un'assicurazione sanitaria riduca la spesa diretta *out of pocket* del nucleo familiare assicurato. I fondi di tipo A rappresentano un tentativo di intermediare la spesa privata verso i servizi sanitari non coperti dal Servizio sanitario nazionale, al fianco delle assicurazioni mediche volontarie. Un sistema della sanità privata intermediato da assicurazioni potrebbe permettere una gestione della domanda di salute dei cittadini sicuramente più efficiente rispetto a quella che è la spesa *out of pocket*.

Per esempio, se i fondi rendono fruibili agli iscritti controlli medici e altre prestazioni di prevenzione più rapidamente di quanto riesca a fare il sistema pubblico, questo potrebbe contribuire a diagnosticare precocemente malattie più gravi, con notevoli vantaggi per l'assistito e per la collettività che ne sostiene le cure. I fondi inoltre, tramite la contrattazione con i produttori di servizi sanitari finalizzata a ottenere convenzioni competitive per gli iscritti, potrebbero indirizzare le risorse verso le strutture più produttive. L'intermediazione dei fondi sanitari contribuisce, inoltre, all'emersione della spesa *out of pocket* sommersa, poiché il rimborso delle

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

prestazioni agli iscritti avviene dietro presentazione della documentazione di spesa.

Tuttavia, nel 2023 i fondi di tipo A vincolati a fornire esclusivamente prestazioni extra LEA erano appena 13, comprendevano meno dell'1 per cento degli iscritti, erogavano prestazioni - come abbiamo detto - per solo 1,163 milioni. Quindi questa sostanziale irrilevanza della tipologia A, unita al fatto che secondo l'ultima rilevazione circa due terzi della spesa erogata da tutti i fondi era indirizzata a prestazioni LEA, è la conferma del ruolo prevalentemente sostitutivo dei fondi integrativi rispetto alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale.

Al fine di censire i soggetti operanti come organismi di sanità integrativa e per valutare tutti i possibili elementi di connessione tra l'azione della sanità integrativa e il Servizio sanitario nazionale, nonché per verificare il rispetto della soglia delle risorse vincolate da parte di enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, che sono previsti dall'articolo 51, comma 2, lettera *a*), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, con decreto del Ministero della salute del 31 marzo 2008 è stata istituita presso questo Ministero l'Anagrafe dei

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

fondi sanitari. Il successivo decreto del Ministero della salute del 27 ottobre 2009 ha definito le procedure e le modalità del suo funzionamento.

All'Anagrafe si iscrivono fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale di tipo A (istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni) e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, che sono quelli di tipo B. Nel 2023, secondo i dati più recenti a nostra disposizione, i fondi sanitari iscritti all'Anagrafe erano 329, con un incremento rispetto agli anni precedenti. Tuttavia l'iscrizione non è obbligatoria, ma legata all'accesso ai benefici fiscali; esiste pertanto un numero non quantificabile di fondi non iscritti. I fondi nel complesso hanno destinato circa 3,2 miliardi di euro a prestazioni sanitarie; una parte consistente, circa un terzo, è stata impiegata per prestazioni non ricomprese nei LEA.

Con decreto del Ministero della salute del 30 settembre 2022, per dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992, è stata assegnata all'Anagrafe dei fondi la funzione di monitoraggio delle attività svolte dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

nazionale, nonché degli enti, delle casse e delle società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali. L'attività di monitoraggio viene realizzata attraverso l'utilizzo di un apposito cruscotto istituito con il medesimo decreto ministeriale e inserito nella piattaforma Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), che ha la finalità di identificare in maniera specifica e univoca le singole prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai fondi integrativi attestati dall'Anagrafe dei fondi sanitari del Ministero della salute, nonché i costi sostenuti e le varie tipologie di cittadini che ne possono usufruire.

Con decreto del Ministero della salute del 15 settembre 2022 è stato istituito l'Osservatorio dei fondi sanitari integrativi, con funzioni di studio e ricerca sul complesso delle attività delle forme di assistenza complementare e sulle relative modalità di funzionamento, ai fini dell'implementazione della *governance* istituzionale del settore, nonché dell'aggiornamento periodico della normativa, nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle prestazioni dei servizi sanitari, nonché della centralità della persona e della globalità della copertura assistenziale.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

Nonostante questa laboriosa macchina operativa, ci sono alcuni ostacoli, primo fra tutti la scarsa integrazione dei fondi del secondo pilastro con il Servizio sanitario nazionale. Il Ministero della salute non ha una conoscenza completa delle prestazioni che i fondi sanitari integrativi erogano e delle persone a cui li erogano e questo rende più difficoltosa, o comunque almeno incompleta, la programmazione sanitaria nazionale. Manca poi, inoltre, un effettivo coordinamento informativo.

Il Servizio sanitario nazionale non dispone di dati completi sulle prestazioni erogate dai fondi, né sull'adesione dei cittadini; questo genera inefficienze, duplicazioni e impossibilità di valorizzare prestazioni già effettuate anche presso strutture pubbliche o convenzionate. Sebbene siano stati introdotti i citati strumenti di monitoraggio, l'assenza di una normativa chiara e unitaria rende difficile l'omogeneizzazione del sistema.

Vediamo ora il rapporto tra fondi sanitari ed equità. Una questione centrale relativa alla disciplina dei fondi sanitari attiene a quale debba essere il ruolo dell'incentivazione fiscale. È giusto dare vantaggi fiscali alle contribuzioni dei privati a questi fondi? La domanda è importante, perché ogni incentivazione fiscale che favorisce l'impiego di risorse private per i

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

fondi sanitari comporta un gettito complessivo minore e quindi minori risorse per il sostegno al Servizio sanitario nazionale che - come sapete - ha una vocazione universalistica.

Attualmente la situazione nazionale è caratterizzata da una marginalità - come abbiamo visto - dei fondi di tipo A, quelli davvero integrativi; la gran parte del sistema è composta da fondi di tipo B, spesso collegati al *welfare* aziendale, che possono finanziare anche prestazioni sovrapponibili a quelle del Servizio sanitario nazionale. Due terzi della spesa sono orientati verso prestazioni LEA. Il sistema assicurativo cresce anche grazie alle leggi che prevedono agevolazioni fiscali.

Per i fondi sanitari, ad esempio, il datore di lavoro, anziché versare i contributi previdenziali ordinari del 23,8 per cento, paga solo il 10 per cento; gli importi sono integralmente deducibili ai fini IRES e IRAP, come i costi del personale. Per i lavoratori, i costi della polizza a proprio carico non concorrono a formare reddito fino a 3.615,20 euro l'anno.

Secondo l'Ufficio parlamentare di bilancio, l'insieme di questi vantaggi fiscali e contributivi vale 1,7 miliardi di euro l'anno, 1,1 miliardi di tasse minori e 600 milioni di minori contributi previdenziali. In più, le spese

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

non rimborsate sono detratte al 19 per cento e per le polizze individuali la stessa detrazione vale anche per le spese rimborsate. Questo significa che parte della spesa privata viene di fatto sostenuta dallo Stato.

Per capire meglio le dimensioni del fenomeno, c'è in aiuto un'indagine sugli aspetti della vita quotidiana dell'Istat realizzata annualmente con lo scopo di studiare molteplici aspetti di abitudini e stili di vita degli italiani. L'indagine restituisce la modalità di pagamento di due prestazioni traccianti, visite specialistiche ed esami diagnostici.

Nel 2021, sia per le visite specialistiche che per gli accertamenti diagnostici, si osservava un rilevante spostamento tra prestazioni pubbliche finanziate attraverso il pagamento di un *ticket* e prestazioni totalmente a carico dell'utente. Per le visite specialistiche, le percentuali di servizi con finanziamenti a carico del cittadino raggiungeva il 50 per cento: prestazioni direttamente a carico il 44 per cento, prestazioni intermedie da un fondo o un'assicurazione il 6 per cento.

Il 2023 conferma come questo spostamento verso un maggior peso del privato nel *mix* di consumo delle prestazioni sia un fenomeno destinato a rimanere almeno nel breve periodo. A fronte dei consumi che ritornano verso

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

livelli fisiologici, la percentuale di visite specialistiche e accertamenti diagnostici pagati ricorrendo a risorse private si attesta su valori superiori a quelli pre-pandemici. Per le visite nel 2023, il 51 per cento delle prestazioni sono state pagate ricorrendo a risorse *out of pocket* o intermedie, con una riduzione delle prestazioni pubbliche dietro pagamento del *ticket*. Per gli accertamenti diagnostici si registra un aumento delle prestazioni finanziate con risorse private, con più del 35 per cento di prestazioni finanziate con una spesa *out of pocket* o intermedia rispetto al 33 per cento del 2021 e 2022.

Cito brevemente un'audizione della Banca d'Italia del 26 giugno 2023, che ha affrontato le potenzialità dell'impiego della leva fiscale in sanità e la promozione della sanità integrativa con incentivi fiscali. Questa audizione dà una valutazione equilibrata della sanità integrativa e degli incentivi fiscali e i fondi sanitari. La Banca d'Italia non mette in discussione l'utilità della sanità integrativa, che può contribuire ad affrontare l'aumento della domanda di cura, l'invecchiamento della popolazione e la crescita delle spese sanitarie. Sottolinea, però, che la sua espansione deve essere coerente con gli obiettivi del Servizio sanitario nazionale e giustificata da un effettivo beneficio collettivo. La riflessione si concentra sul fatto che incentivi fiscali

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

e fondi rappresentano una rilevante forma di spesa indiretta, e da qui nasce una questione centrale, ossia se queste risorse poi producano benefici superiori rispetto a quelli che si potrebbero ottenere destinandoli inizialmente al Servizio sanitario nazionale.

Ci sono delle criticità. C'è un problema di equità distributiva: gli incentivi fiscali tendono a favorire soprattutto lavoratori dipendenti, categorie protette dalla contrattazione collettiva e contribuenti con reddito medio-alto, mentre pensionati, disoccupati, lavoratori precari e soggetti economicamente più deboli ne beneficiano in misura minore. Questo rischia di allontanare il sistema della logica universalistica del nostro Servizio sanitario nazionale, che redistribuisce le risorse secondo il bisogno di salute.

C'è poi un problema di efficienza allocativa. Pur essendo noto il costo delle agevolazioni fiscali, manca anche una rigorosa verifica della loro effettiva convenienza sociale. C'è poi necessità di una più forte *governance* pubblica del settore. La crescita della sanità integrativa dovrebbe essere accompagnata da strumenti di monitoraggio, trasparenza e interoperabilità dei dati, in coordinamento con la programmazione sanitaria nazionale.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

I fondi possono svolgere un ruolo positivo soprattutto nella prevenzione (un argomento sul quale, come sapete, questo Governo e il Ministero stanno puntando molto), nella non autosufficienza, nell'assistenza odontoiatrica, nella copertura dei bisogni non inclusi nei LEA, sempre in una logica complementare e non sostitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Quindi la sanità integrativa rappresenta una risorsa per il sistema sanitario nazionale italiano. Bisogna valutare con attenzione, sotto il profilo dell'equità, gli incentivi fiscali e, inoltre, dobbiamo pensare a una finalità che sia veramente di integrazione con il Servizio sanitario nazionale, accompagnata da una vigilanza più efficace e con al centro sempre la dimostrazione di un effettivo beneficio collettivo.

L'attuale disciplina degli incentivi fiscali e la sanità integrativa, come abbiamo detto, favoriscono soprattutto alcune categorie di lavoratori. Questo poi è affermato anche da diversi elementi convergenti. Dal punto di vista della finanza pubblica, le deduzioni e le detrazioni fiscali non sono assenza di spesa, ma sono forme di spesa pubblica indirette. Dal punto di vista del decisore pubblico, la domanda inevitabile è se queste risorse potrebbero

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

produrre un beneficio collettivo superiore rispetto a un'allocazione diretta sul Servizio sanitario nazionale.

Come dicevamo, attualmente i principali beneficiari della sanità integrativa incentivata sono i dipendenti coperti da contrattazione collettiva. Questo significa che il vantaggio fiscale non è oggi universalistico; dal punto di vista redistributivo, questa logica va sempre messa in confronto con quella che è la base del Servizio sanitario nazionale.

Il regime delle incentivazioni fiscali attuali va verso prestazioni sostitutive dei LEA. Questo è forse il dato più importante. I dati dimostrano che i fondi integrativi sono marginali e la grande maggioranza delle risorse private finanzia prestazioni sostitutive. Il problema quindi non è la sanità integrativa in sé, ma la configurazione della fiscalità di vantaggio.

Occorre però fare una precisazione importante: non sarebbe corretto sostenere che qualsiasi incentivo ai fondi sia incompatibile con l'articolo 32 della Costituzione. Questa tesi sarebbe ingiustificata. La Corte costituzionale ha sempre ammesso modelli misti e strumenti integrativi purché non compromettano il nucleo universalistico del Servizio sanitario nazionale, non creino discriminazioni irragionevoli, non svuotino il diritto universale

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

alla salute. Il vero nodo è quindi quello di avere un decisore pubblico che voglia mantenere la supremazia del Servizio sanitario nazionale universalistico.

Alla luce dei dati disponibili è sostenibile affermare che l'attuale sistema di incentivi fiscali deve essere valutato con attenzione e che una prevalente funzione sostitutiva assunta da molti fondi potrebbe indebolire la giustificazione pubblicistica degli incentivi. Per questo motivo, però, la soluzione più coerente non è certo l'abolizione della sanità integrativa, ma una sua revisione con una selettività di incentivi e anche con una riduzione, eventualmente, per prestazioni che siano solo sostitutive dei LEA.

Ci vuole un rafforzamento del collegamento con gli obiettivi pubblici di universalità, con la prevenzione e presa in carico della fragilità, la predisposizione di vincoli normativi di destinazione delle risorse raccolte dai fondi e spesso erogati dal Servizio sanitario nazionale.

Alla luce di queste criticità, che sono quelle che ci devono spingere ad avere una visione sempre centrale del Servizio sanitario nazionale, bisogna consentire alla sanità integrativa di svolgere una vera funzione complementare e solidaristica rispetto al Servizio sanitario nazionale e,

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

soprattutto, con un principio guida che dovrebbe essere il seguente: maggiore è l'utilità pubblica e solidaristica del fondo, più questo dovrebbe essere incentivato. Da questo principio derivano alcune direttive di riforma e soprattutto con dei benefici fiscali che dovrebbero essere sempre proporzionati all'interesse pubblico prodotto; e questa è una riforma sicuramente importante.

Per quanto riguarda la condizione solidaristica degli incentivi, l'accesso ai benefici fiscali dovrebbe essere attribuito a soggetti collettivi caratterizzati da requisiti sostanziali di mutualità e solidarietà. In particolare, si dovrebbero affermare limitazioni di discriminazioni anagrafiche, inclusione di pensionati, possibilità di adesioni per lavoratori discontinui autonomi, meccanismi redistributivi interni, obblighi minimi di continuità assistenziale.

La logica e il beneficio dovrebbero remunerare anche le funzioni sociali, non semplicemente il consumo sanitario che viene intermediato. Si dovrebbe costruire una fiscalità orientata anche a ridurre le diseguaglianze. Una disciplina equa dovrebbe evitare che i vantaggi fiscali crescano proporzionalmente al reddito. Si potrebbero quindi introdurre crediti di

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

imposta uguali per tutti, sistemi di incentivi maggiormente favorevoli ai redditi bassi, meccanismi compensativi per pensionati e categorie fragili.

È obbligatoria un'integrazione con il Servizio sanitario nazionale e questo richiede un'interoperabilità informativa, una trasmissione dei dati all'NSIS, un'integrazione con il fascicolo sanitario elettronico, una tracciabilità delle prestazioni, una collaborazione programmatoria con il Servizio sanitario nazionale. Il decisore pubblico deve poter sapere quali prestazioni vengono erogati, a chi, con quali costi, con quali effetti sostitutivi e complementari. Bisogna poi fare una valutazione periodica dei costi e benefici, con una revisione periodica obbligatoria. Ogni tre-cinque anni dovrebbe essere verificata la riduzione dell'*out of pocket*, l'impatto redistributivo, gli effetti sulle liste di attesa, l'appropriatezza, la copertura della fragilità, la riduzione e l'aumento delle disuguaglianze. Questo ovviamente dovrebbe poi portare ad eventuali modifiche successive, e darebbe una vera *accountability* della spesa fiscale e sanitaria.

Ci deve essere poi soprattutto una *governance* della sanità integrativa, con la necessità di avere un sistema coeso. Un aspetto centrale riguarda proprio la *governance*. Ad oggi, il sistema dei fondi sanitari integrativi è

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

gestito da un mosaico di soggetti diversi: ci sono fondi integrativi DOC del Servizio sanitario nazionale, casse professionali, società di mutuo soccorso. Ogni tipo di ente segue regolamentazioni proprie, senza un quadro normativo uniforme. Il Ministero della salute ha svolto un ruolo cruciale nel definire strumenti di controllo e monitoraggio, ma è evidente che il settore richiede una maggiore coesione.

Nel quadro di una riforma complessiva urgente, le politiche di vigilanza e indirizzo dovrebbero essere rafforzate per garantire che i fondi sanitari rispettino le disposizioni legislative e che vi sia una reale sinergia tra pubblico e privato, a totale beneficio delle prestazioni erogate al cittadino. A tal fine, la funzione di supervisione dovrebbe essere ulteriormente centralizzata e coordinata dal Ministero, evitando duplicazioni di prestazioni e garantendo una programmazione più efficiente.

Per affrontare le criticità emerse e per potenziare il ruolo della sanità integrativa in Italia, si rende necessario agire sulle seguenti linee di intervento: in primo luogo, estensione dell'adesione ai fondi. È fondamentale estendere i benefici della sanità integrativa a tutti i cittadini, con particolare attenzione ai nuclei familiari e ai pensionati, con una compartecipazione al

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

costo e modalità agevolate, garantendo parità di trattamento fiscale per le forme realmente mutualistiche e sostenibili nel tempo. Inoltre vanno incentivate forme di adesione post-cessazione dell'attività lavorativa, con gli accantonamenti effettuati, per permettere ai pensionati di continuare a usufruire delle prestazioni integrative proprio quando, con l'età che avanza, queste risultano più necessarie ed urgenti.

In secondo luogo, ampliamento delle prestazioni erogate: i fondi sanitari dovrebbero essere incentivati ad ampliare le prestazioni erogate, in particolari quell'extra LEA, come l'assistenza odontoiatrica, le prestazioni per la non autosufficienza, la riabilitazione, l'assistenza psicologica. In questa direzione è fondamentale riparametrare i LEA per includere nuove prestazioni legate al cambiamento delle necessità di cura della popolazione. In terzo luogo, introduzione dell'assistenza *long term care*.

Una crescente domanda di assistenza per le persone non autosufficienti richiede, infatti, un intervento urgente e i fondi sanitari dovrebbero essere incentivati a dedicare risorse per l'assistenza a lungo termine, garantendo una copertura adeguata a chi ha bisogno di supporto costante nella vita quotidiana. La deducibilità fiscale dovrebbe essere estesa,

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

con l'obiettivo di incentivare una maggiore adesione al sistema da parte dei cittadini.

Rafforzamento della *governance* a livello istituzionale: è necessario che vi sia un sistema di *governance* maggiormente coeso, che preveda un monitoraggio costante dei fondi, un'integrazione più stretta tra il sistema sanitario nazionale e i fondi sanitari, nonché una definizione chiara delle competenze tra i vari soggetti coinvolti.

La sanità integrativa rappresenta quindi una risorsa fondamentale per garantire un accesso equo ed universale alla salute in Italia, alla luce dei principi costituzionali di cui agli articoli 3 e 32 della Costituzione. Tuttavia, per esprimere pienamente il proprio potenziale senza intaccare i meccanismi di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, è necessario intervenire in modo sistemico su alcuni nodi ancora irrisolti, sia sotto il profilo normativo, sia sotto quello operativo e di monitoraggio.

In primo luogo, emerge l'esigenza di un rafforzamento degli strumenti di monitoraggio, anche attraverso il pieno sviluppo del cruscotto sanitario nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), quale strumento in grado di rilevare in maniera puntuale prestazioni, costi e platee

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

di beneficiari. In questo ambito appare necessario chiarire e distinguere i principi dichiarativi di competenza rispetto a quelli di rendicontazione di cassa, per evitare disallineamenti che possano compromettere la sostenibilità del sistema e la corretta applicazione delle agevolazioni fiscali.

Occorre poi tener conto delle specificità operative dei fondi, per i quali l'andamento dei sinistri non consente, nel caso di quelli a gestione assicurativa, una perfetta coincidenza tra previsioni e dati consuntivi. In questo contesto, risulta opportuno consentire una maggiore flessibilità tra dati dichiarati e dati monitorati, salvaguardando i requisiti normativi.

Un ulteriore elemento strategico riguarda la standardizzazione e la confrontabilità dei dati economici, con l'individuazione di criteri o riferimenti tariffari condivisi, per rendere omogenei i flussi informativi provenienti da operatori diversi e garantire maggiore trasparenza al sistema.

Parallelamente, appare fondamentale rafforzare le funzioni di vigilanza e controllo con il potenziamento del ruolo dell'Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi, al quale dovrebbe essere attribuita anche una funzione specifica di monitoraggio del corretto versamento dei contributi da parte dei datori di lavoro. In questa prospettiva,

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

valuto positivo l'obbligo di pubblicazione dei bilanci, recentemente introdotto con un emendamento presentato all'articolo 29 del decreto-legge 19 febbraio 2026, n. 19.

Inoltre, è auspicabile l'introduzione di obblighi di comunicazione annuale sui contributi dovuti e non versati, unitamente alla possibilità per i fondi di agire per il recupero delle contribuzioni omesse; strumenti che sono essenziali per contrastare fenomeni di inadempienze e tutela dei diritti dei cittadini, lavoratori e pensionati.

Infine, risulta imprescindibile un intervento di coordinamento normativo volto a chiarire in maniera univoca l'ambito di operatività rispetto ai LEA, anche alla luce dell'evoluzione introdotta dal DPCM 2017, che è oggi in corso di aggiornamento per garantire una coerenza tra difformi fonti regolatorie. In tale prospettiva, si ritiene necessario sviluppare un insieme organico di interventi di sistema finalizzati a: creare sinergie strutturate tra Servizio sanitario nazionale e sanità integrativa, anche mediante integrazione informativa e operativa; implementare e valorizzare il fascicolo sanitario elettronico, anche per monitorare le prescrizioni e le prestazioni per ridurre sprechi, duplicazioni, fenomeni distorsivi; istituire un registro unico dei

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

soggetti che erogano o rimborsano prestazioni sanitarie, indipendentemente dal regime fiscale di loro appartenenza; definire poi dei contenuti minimi obbligatori degli statuti dei fondi e dei requisiti di competenza degli organi di amministrazione e controllo.

In conclusione, il rafforzamento della *governance*, la maggiore chiarezza delle regole, l'efficienza dei sistemi informativi e il contrasto alle irregolarità contributive costituiscono le leve principali per consolidare il ruolo della sanità integrativa quale secondo pilastro complementare del Servizio sanitario nazionale, in grado di rispondere in modo efficace alle esigenze presenti e future dei cittadini, in un panorama che, come sapete, in relazione soprattutto all'attuale demografia, sta cambiando in maniera molto rapida.

PRESIDENTE. Avverto che il documento presentato dal Ministro è a disposizione attraverso gli uffici.

MAGNI (*Misto-AVS*). Presidente, intanto ringrazio il Ministro per la relazione dettagliata, che però necessita di essere approfondita e letta.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

Faccio la seguente osservazione. Io credo che, prima che tra di noi, questa discussione andrebbe fatta tra le parti sociali, perché, secondo la relazione presentata dal Ministro, se ho ben capito, il grosso della sanità integrativa è data dai fondi contrattuali, che rappresentano un risparmio economico per i lavoratori. È chiaro che le disfunzioni che il Ministro ha sottolineato esistono tutte. In una situazione di bassa remunerazione diretta si è introdotto un sistema indiretto che può ridurre le liste d'attesa, perché chi ha questa possibilità, paga e ha un rimborso. Questo è ciò che funziona nei rapporti con i fondi integrativi.

La seconda osservazione è che è chiaro che tutto il resto decade. Se a me, che sono un lavoratore metalmeccanico, si chiede di fare questa cosa in termini solidaristici, io non mi sottraggo, perché la solidarietà è generale, ma non posso pagare solo io: è una discussione che riguarda tutti coloro che contribuiscono. Questo è il punto. Forse bisognava discutere prima con chi li ha pensati e contrattati questi fondi, perché altrimenti diventano un problema.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

MAZZELLA (M5S). Presidente, signor Ministro, vorrei fare una premessa metodologica. Questo documento è veramente molto importante e io credo che le cose che ha detto il signor Ministro debbano essere oggetto della riflessione della nostra Commissione. Quindi, chiedo al Ministro, ovviamente con l'accordo di tutta la Commissione, la possibilità di recuperare il documento, leggerlo e riflettere con attenzione.

Quindi, non improvvisare una domanda qui, in questo momento, sulla base di una reazione istintiva alla relazione, ma formulare anche solo una domanda per Gruppo al Ministro e il Ministro ci risponderà. Noi così ricomporemmo, magari coordinando le domande, una narrazione della Commissione. Ovviamente, se la Commissione conviene e se il signor Ministro è d'accordo.

Detto questo, a me sembra che la posizione assunta dal signor Ministro sia in qualche modo molto più avanti rispetto a quanto potessimo pensare, in quanto egli ha sostenuto che la sanità integrativa è un costo per il sistema, ma è un costo anche per i contribuenti; costo che viene ridistribuito attraverso la fiscalità.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

La premessa iniziale è che il nostro sistema, essendo universalistico, essendo basato sulla fiscalità generale e dando agli indigenti cure di tipo gratuito, ha bisogno di una gradualità di innesto nella finanza pubblica da un punto di vista fiscale.

Fatta questa premessa, io credo che la domanda cui dovremmo rispondere sia cosa offra in più la sanità integrativa rispetto alla sanità pubblica e se non sia meglio, invece, investire di più nella sanità pubblica rispetto alla sanità integrativa per lo Stato.

Il signor Ministro ha capito perfettamente quello che voglio dire. E lo dico anche nella chiave in cui il signor Ministro ha presentato un tema che credo sia cruciale e sul quale tutti siamo d'accordo, cioè la prevenzione. I fondi integrativi puntano molto poco sulla prevenzione.

Quindi, io sarei d'accordo ad analizzare un fondo integrativo, che possa essere però utile a tutti, anche a chi non se lo può permettere: che senso ha disporre di un fondo integrativo, se c'è poi un lavoratore che non se lo può permettere perché non ha quella possibilità economica e soprattutto se il fondo integrativo non punta sulla prevenzione?

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

La domanda è questa. Da parte dello Stato, serve fare ulteriori sgravi fiscali, estendere la sanità integrativa rispetto ad un investimento maggiore che lo Stato farebbe nella sanità pubblica? Se già oggi spendiamo 1,6 miliardi per sgravi fiscali nella sanità integrativa, non è meglio mettere invece quegli 1,6 miliardi nella sanità pubblica e in particolare nella prevenzione?

FURLAN (IV-CR). Signor Ministro, ovviamente anch'io mi riservo di leggere la sua relazione e di approfondirla bene.

Lei afferma che i fondi integrativi tutti, a partire da quelli contrattuali, in realtà sono un costo per il sistema sanitario e per l'erario italiano. Io le ricordo, signor Ministro, che i fondi contrattuali sono costituiti attraverso i soldi dei lavoratori e delle imprese e che suppliscono a disguidi, ritardi, *performance* non adeguate del sistema sanitario pubblico.

Il fatto che i fondi siano utilizzati in termini non meramente integrativi, ma anche sostitutivi, per cose anche molto banali, avviene perché il sistema sanitario ha tempi, ritmi e modi che non sempre sono confacenti con il diritto alla salute dei cittadini e delle cittadine.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

Faccio questa piccola premessa, perché il suo assunto iniziale non lo condivido. Lei dà un'impostazione per cui i fondi integrativi contrattuali rappresentano, per i cittadini e le cittadine, solo un aggravio. Non è così. Semmai, essi aiutano il Sistema sanitario nazionale rispetto a carenze esistenti. Quindi, io riposizionerei il ragionamento, perché così come Lei l'ha posto non mi sembra corrisponda alla realtà.

Bisogna capire l'obiettivo di questo suo ragionamento. L'obiettivo è quello di creare un sistema di monitoraggio e di controllo, che garantisca trasparenza al cittadino e alla cittadina che hanno aderito a un fondo integrativo o è qualcosa di diverso?

Se io penso, ad esempio, alla previdenza, c'è un sistema, pubblico ovviamente, di controllo e di monitoraggio, a tutela di chi aderisce al fondo previdenziale. È questo il tipo di ragionamento o è altro? Se è questo, ha poco a che spartire con la premessa che richiama prima.

Quindi, io mi riservo ovviamente di leggere bene la sua relazione e di fare tutti gli approfondimenti del caso, ma credo che debba essere chiaro per tutti perché Lei si pone questo tema con questo tipo di soluzione.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

PRESIDENTE. Colleghi, chiarisco che l'audizione del Ministro l'abbiamo chiesta a chiusura di un'indagine conoscitiva. Il Ministro ha esposto lo stato dell'arte e ha prefigurato delle linee di riforma, ma non ha anticipato una riforma.

Così come noi abbiamo chiesto, egli ha esposto lo stato dell'arte e ha prefigurato le soluzioni rispetto a un problema che ha ben evidenziato, cioè la sottovalutazione del sistema della sanità integrativa rispetto al panorama europeo.

ZAMBITO (PD-IDP). Presidente, io condivido alcune delle riflessioni che ha fatto il Ministro, soprattutto la domanda delle domande: queste risorse, che lo Stato comunque spende, producono vantaggi rispetto a metterle sul Sistema sanitario nazionale? Era questa un po' anche la domanda del collega Mazzella.

Faccio ora una domanda più precisa e puntuale. Dal momento che il Ministro ha più volte sottolineato, punto che io condivido, che questi fondi dovrebbero erogare dei servizi complementari e che non sono sostituti dei

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

LEA, come facciamo a realizzare questo obiettivo, tenendo conto dei numeri che egli ci ha dato?

In questo momento, io sono convinta che tutta questa platea di fondi debba essere riorganizzata, perché ce ne sono di tutti i tipi e non riesce a monitorarli. Quindi, va certamente fatta una legge di riordino, anche della *governance*. Come pensa, signor Ministro, di limitare l'azione di questi fondi, visto che i numeri che ci ha dato dicono che essi erogano servizi ricompresi nei LEA?

CAMUSSO (*PD-IDP*). Signor Ministro, questo è un quadro chiaramente di riferimento. La questione che Lei ci ha proposto, visto che qui siamo in veste di legislatori, è assolutamente essenziale. Si tratta dell'uso delle risorse pubbliche, di dove è più conveniente utilizzarle e se è conveniente un uso selezionato di esse, nel momento in cui siamo di fronte a diritti universali.

Detto ciò, io ho un'altra domanda. Nel suo ragionamento, Lei dice che l'adesione ai fondi va estesa. I fondi attualmente sono costi contrattuali: si mettono in salario quote dentro un risparmio previdenziale o dentro i fondi sanitari. Va tutto bene, la solidarietà è fondamentale nel mondo sindacale,

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

ma stiamo parlando di quello, non stiamo parlando di un'altra cosa. Quindi, se si valuta che i fondi sanitari integrativi debbano diventare il secondo pilastro del sistema, non si può però chiedere ai fondi sanitari integrativi di diventare universali, perché non lo sono per definizione, a ragione e, a mio avviso, non lo devono essere.

Trovo che qui manchi un pezzo, che si tira sempre fuori da questi ragionamenti, che è tutto il pezzo assicurativo, compreso il fatto che gli stessi fondi contrattuali sono in gran parte intermediati poi dalle assicurazioni, con modalità tali per cui non sono i fondi che determinano le effettive prestazioni, ma sono le assicurazioni che vendono i pacchetti. Io capisco che sia sempre più facile parlare di ciò che è organizzato contrattualmente, ma bisognerebbe discutere seriamente delle assicurazioni.

Da ultimo, approfitto per ricordare al Presidente che noi volevamo audirla, signor Ministro, anche per parlare di medici, di medicina generale e di Aifa: temi poco attinenti alla sanità integrativa, forse, ma essenziali per ragionare di servizio sanitario.

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

LORENZIN (*PD-IDP*). Signor Ministro, nel ringraziarla, anch'io mi riservo di leggere questa relazione, così importante ed anche articolata, ma ne ho colto alcuni dei punti più essenziali.

La prima questione che io le pongo, ripetendo l'impostazione data dalla collega Camusso, riguarda il tema assicurazioni, perché noi sappiamo benissimo che la parte gestita dai fondi, soprattutto contrattuali, ricopre tutta una serie di prestazioni che sono negoziate con i contratti di lavoro.

Le assicurazioni, però, stanno prendendo sempre più piede nel nostro Paese e gestiscono non servizi extra LEA, ma servizi LEA, costruendo di fatto un doppio binario: per chi ha l'assicurazione e accede a prestazioni LEA, anche saltando liste d'attesa, e chi, invece, l'assicurazione non ce l'ha.

In un contesto di questo genere, la prima domanda è se state facendo delle valutazioni di impatto qualitative e quantitative su come sta cambiando, non l'attitudine, ma la propensione degli italiani, considerando che chi sottoscrive un'assicurazione, lo fa: o perché può farla o perché ha paura di rimanere senza prestazioni.

Come pensate di colmare questo *gap*? Se noi vogliamo andare verso un sistema universalistico e garantirlo, abbiamo necessità di governare anche

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

il processo della domanda, soprattutto dell'*out of pocket*, intermediato o non intermediato, che fa parte, alla fine, di una platea di circa 46 miliardi. Questo è un grande tema: quanto è intermediato? Come? Qual è l'impatto sulla domanda? La domanda è gestita? E poi: extra LEA o LEA?

Questa, infatti, è la grande questione. Il modello che noi abbiamo portato avanti negli anni è un modello extra LEA. Se gli extra LEA diventano LEA, ciò crea un doppio binario di accesso e scombina tutta l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale. È quello che sta avvenendo fuori dalla legislazione, che sta avvenendo nei fatti.

Quanto alla questione fondi aperti fondi chiusi, questo è il tema dell'estensione ed è un po' in contraddizione. Se noi riteniamo di dover rafforzare il Servizio sanitario nazionale, pensare a fondi aperti crea una sorta di secondo binario.

Signor Ministro, avremmo tante cose da chiederle, ma già soltanto queste due linee richiedono un approfondimento. Ad esempio, sulla non autosufficienza: assicurazioni pubbliche? Assicurazioni private? Verso cosa tendiamo e a cosa Lei vuole tendere nel prossimo anno?

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

SATTA (*FdI*). Signor Ministro, la ringrazio per questa sua esauriente relazione. Sarà molto interessante leggerla.

Alcune delle mie domande sono state anticipate dai colleghi, ma la vera domanda, secondo me, è come intermediare questa spesa *out of pocket*, che ammonta ad oltre 40 miliardi. Sono soldi non intermediati, che a volte sono bianchi, ma preciso che una parte è anche sommersa. Quindi, sarà molto utile intermediarli, per dare la possibilità di introdurre questi soldi all'interno del Sistema sanitario nazionale.

Questa credo che sia la vera domanda cui cerchiamo di dare una risposta in questa nostra attività di approfondimento sul Sistema sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Signor Ministro, a 45 anni dalla sua progettazione, il sistema, che tutti vogliamo, ovviamente, preservare, può, a suo avviso, continuare per altri 45 anni così com'è, senza cioè sviluppare forme miste, quali tutti gli altri Paesi al mondo ormai hanno adottato?

Nei LEA ci sono la diagnostica e la specialistica ambulatoriale, ma nei LEA non ci sono altre prestazioni che, in tema di prevenzione, sono

BOZZE NON CORRETTE
(Versione solo per Internet)

Resoconto stenografico n. 24

10ª Commissione permanente Seduta n. 422 del 25 06 2026 (1ª ant)

Sede IC 1153

indispensabili. Pensate alla pulizia e all'igiene dentale delle persone ultrasessantenni. Il sistema va dunque riformato, aprendo a un secondo pilastro che integri il primo pilastro e completi la disponibilità di prestazioni sanitarie a disposizione di tutti i cittadini? E secondo quali direttrici? Oppure, semplicemente, il sistema resta questo?

Considerato che il Ministro deve produrre le risposte, valuteremo insieme a lui l'opportunità di audirlo nuovamente per proseguire il dibattito oppure di inviarci le risposte per proseguire il dibattito al nostro interno. Ricordo che le riforme le fa il Parlamento, non il Governo, o comunque le fa il Parlamento insieme al Governo. Continuo anche a dire che una riforma di questo tipo, per la sua dimensione e per la sua importanza, deve essere una riforma di iniziativa parlamentare.

Nel ringraziare ancora il signor Ministro, rinvio il seguito dell'audizione e dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,40.