PROPOSTA DI RISOLUZIONE AUTONOMA IN COMMISSIONE

ZAFFINI

La 10ª Commissione,

considerate le risultanze 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;

considerato, in particolare, quanto emerso dalla predetta indagine conoscitiva in riferimento al tema dell'assistenza sanitaria integrativa:

solo il 24 per cento della popolazione è coperto da sanità integrativa, una percentuale fortemente distante dalla media dell'Unione Europea, che si attesta al 75 per cento; il contributo medio per beneficiario in Italia si aggira peraltro intorno ai 190 euro, contro i 260 euro della media europea;

a beneficiare della sanità integrativa sono soprattutto lavoratori dipendenti, categorie protette dalla contrattazione collettiva e contribuenti con reddito medio-alto, mentre le categorie più fragili - pensionati, disoccupati, lavoratori precari - ne usufruiscono in misura molto minore;

quanto in particolare alla categoria dei pensionati, essi rappresentano solo il 3 per cento degli iscritti ai fondi di sanità integrativa, nonostante siano la fascia di popolazione che esprime il maggior bisogno di cure;

la spesa sanitaria privata - pari alla somma del c.d. "*out of pocket*" e della spesa c.d. "intermediata" - nel 2022 ha superato i livelli pre-COVID 19 ed ha raggiunto il valore più alto della serie storica, pari a 41,5 Mld/€ (in aumento del +0,8% rispetto al 2021); considerando anche i circa 25 Mld/€ annui di spesa destinati a prestazioni socioassistenziali, complessivamente la spesa effettivamente tracciata sostenuta dai cittadini "di tasca propria" si aggirerebbe intorno ai 70 Mld/€, di cui solo 5 di spesa intermediata (a livello collettivo o attraverso polizze individuali);

considerato inoltre che:

l'aumento della spesa intermediata, per sua natura tracciabile, contribuirà anche alla riduzione di fenomeni elusivi ed evasivi in ambito di spese sanitarie private;

i Fondi Sanitari potrebbero dare un importante contributo al perseguimento dell'obiettivo di salute dei cittadini, implementando servizi e prestazioni soprattutto in ambito di prevenzione e di *Long Terme Care* (LTC)

impegna il Governo a:

1) adoperarsi per una riforma della sanità integrativa, finalizzata ad accrescere l'intermediazione collettiva della spesa privata, che dovrà essere meglio programmata, regolata, organizzata e vigilata;
2) congegnare la riforma anzidetta in maniera tale che la sanità integrativa sia effettivamente uno strumento di integrazione "con e del" Servizio sanitario nazionale

(SSN), senza mettere in discussione i principi fondamentali di questo, primo fra tutti quello di universalità;

3) potenziare, in particolare, le forme di assistenza sanitaria complementare in una logica di sussidiarietà e di "integrazione di sistema", in funzione di un affiancamento e rafforzamento del SSN;
4) valorizzare massimamente, in tale ambito, il principio di sussidiarietà, quale strumento per soddisfare il diritto del cittadino ad un sistema di protezione sociale sostenibile, equo e soprattutto rispondente ai nuovi bisogni, che sposti sempre di più l'asse di riferimento dalla cura medica alla prevenzione ed al benessere della persona;
5) estendere ai fini predetti il c.d. secondo pilastro, nella prospettiva di un raddoppio degli utenti coperti da fondi complementari (tendenzialmente da 15 a 30 milioni circa), con le seguenti modalità: a) contrasto dell'elusione contributiva per aumentare la platea dei beneficiari (oggi solo il 55% dei lavoratori privati, a causa di imprese che non versano ai fondi quanto stabilito nei rispettivi CCNL di riferimento) prevedendo l'introduzione di una contitolarità dei fondi stessi sul recupero dei contributi omessi e consentendo così ad essi di ricorrere, anche in collaborazione con gli Ispettorati del lavoro, ad azioni di recupero coattivo delle omissioni contributive; b) incentivazione dell'estensione dei Piani Sanitari contrattuali ai nuclei familiari dei lavoratori iscritti ai fondi e previsione di mantenimento dell'iscrizione a tali fondi anche durante il periodo di quiescenza (almeno nelle forme di accesso al *network*), con un finanziamento volontario da parte del quiescente, secondo logiche collettive e mutualistiche; c) sviluppo adeguato delle forme di copertura sanitaria anche per il pubblico impiego;
6) effettuare una revisione regolatoria del modello dei fondi, al fine di: a) introdurre misure regolatorie omogenee e più stringenti per accrescere trasparenza, competenza, efficienza e rendicontazione, anche attraverso un testo unico che ricomponga in maniera organica una regolazione oggi troppo frammentaria e lacunosa; b) rafforzare gli strumenti di monitoraggio (Osservatorio) e vigilanza (Anagrafe) sul settore istituiti presso il Ministero della Salute, nonché al contempo prevedere forme più organiche di coordinamento tra le attività del Ministero vigilante e quelle di altre autorità, *in primis* IVASS e Agenas; c) individuare presso il Ministero della Salute luoghi e forme di confronto strutturato anche con i soggetti economici del settore, nello spirito del Codice Europeo di Condotta Partenariale; d) rimodulare gli ambiti di operatività e uniformare le tipologie di fondi, così che le prestazioni extra-LEA possano trovare maggior spazio nei Piani sanitari, accrescendo quindi l'integrazione tra primo e secondo pilastro, nel presupposto che il secondo pilastro sanitario garantisca la propria copertura prevalentemente in ambito integrativo e complementare del SSN;
7) accompagnare la predisposizione della riforma con una valutazione dell'impatto della stessa sul piano della "convenienza sociale": il Parlamento dovrebbe infatti disporre di elementi di conoscenza in ordine alla questione se le risorse pubbliche da impiegare per la sanità integrativa, in termini di vantaggi fiscali agli aderenti, producano benefici superiori rispetto a quelli che si potrebbero ottenere mantenendo le stesse risorse nella fiscalità generale, tenuto conto della qualità e quantità delle prestazioni erogate dai Fondi.