



Ministero della Salute

Repliche del Ministro della Salute ai quesiti e temi proposti da Commissari, durante l'audizione del 25.06.2026.

Con riferimento all'audizione del Ministro della Salute, Prof. Orazio Schillaci del 25 giugno 2026, oltre all'ampio contributo da questi offerto in sede di audizione – disponibile nella relativa sezione del sito internet del Senato - si propone di seguito la documentazione che il Ministro ha fornito alla Commissione, in forma di replica a temi e quesiti proposti dai Commissari.

Quesito/tema 1:

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

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.

Replica Ministro:

L'osservazione posta è da intendersi come sicuramente fondata e di seguito si propone il chiarimento essenziale richiesto.

La parte prevalente della sanità integrativa italiana è costituita da fondi nati dalla contrattazione collettiva. I relativi contributi non sono risorse astrattamente disponibili, ma rappresentano una componente del trattamento economico e sociale dei lavoratori, finanziata attraverso il contratto di lavoro dai datori e, in varia misura, dagli stessi lavoratori. Questo dato impone che qualsiasi intervento di riordino sia costruito attraverso un confronto effettivo con le organizzazioni sindacali e datoriali che hanno istituito e sviluppato tali forme di welfare. Non sarebbe corretto ridefinire unilateralmente la destinazione di risorse contrattuali senza coinvolgere coloro che le hanno negoziate e che ne sostengono il costo. Dobbiamo inoltre riconoscere che questi fondi rispondono a un bisogno concreto. In un contesto caratterizzato da retribuzioni non elevate e da difficoltà di accesso tempestivo alle prestazioni pubbliche, essi consentono a molti lavoratori e alle loro famiglie di ottenere prestazioni che altrimenti dovrebbero pagare interamente di tasca propria. Costituiscono quindi una forma di salario sociale e di mutualizzazione del rischio sanitario.

Tuttavia, proprio perché il sistema si è sviluppato anche grazie a benefici fiscali, esso non può essere considerato completamente estraneo alla valutazione pubblica. La contrattazione collettiva determina la nascita e il contenuto dei fondi, ma lo Stato conserva la responsabilità di verificare che la fiscalità di favore sia coerente con l'interesse generale, con l'equità e con la tutela del Servizio sanitario nazionale.

Occorre quindi evitare due errori opposti.

Il primo sarebbe trattare i fondi contrattuali come un problema da eliminare o come una forma indebita di privilegio. Essi sono il risultato di legittime scelte negoziali e svolgono una funzione concreta di protezione dei lavoratori. Il secondo sarebbe considerarli sottratti a qualsiasi indirizzo pubblico, nonostante il costo delle agevolazioni fiscali e il loro impatto sull'accesso alle cure e sulla domanda sanitaria.

Il riordino dovrà pertanto rispettare l'autonomia collettiva, ma costruire un quadro di regole condivise su trasparenza, appropriatezza, rapporto con i LEA, gestione assicurativa e utilizzo delle agevolazioni.

Non si può quindi chiedere ai soli lavoratori coperti dai fondi contrattuali di sostenere, attraverso le proprie risorse negoziali, una funzione solidaristica generale che compete alla collettività. La solidarietà universale deve essere finanziata dalla fiscalità generale. Il costo della garanzia dei LEA, della prevenzione, della non autosufficienza e della tutela delle persone prive di copertura contrattuale non può essere trasferito esclusivamente sui lavoratori di determinati settori.

Ai fondi contrattuali si può chiedere di rispettare principi di mutualità interna, di non discriminare tra gli aderenti, di garantire trasparenza e di orientare una quota delle risorse verso bisogni di particolare rilievo sociale. Non si può però pretendere che essi diventino, a spese dei soli iscritti, strumenti di universalizzazione dell'assistenza sanitaria. Se il legislatore

ritiene opportuno estendere alcune protezioni a pensionati, lavoratori discontinui o categorie oggi escluse, dovrà individuare una compartecipazione più ampia: risorse pubbliche, contributi datoriali, eventuali meccanismi di solidarietà intersettoriale e strumenti fiscali realmente redistributivi. Il punto decisivo è quindi distinguere tra la solidarietà contrattuale, che opera all'interno di una determinata comunità lavorativa, e la solidarietà generale, che riguarda tutti i cittadini ed è responsabilità dello Stato.

Per questa ragione si ritiene necessario aprire un confronto strutturato con le parti sociali prima di definire il riordino. Il Governo e il Parlamento devono fissare gli obiettivi pubblici e le garanzie essenziali; le parti sociali devono partecipare alla definizione delle modalità attraverso le quali i fondi contrattuali possono concorrere a tali obiettivi senza essere snaturati. La riforma non deve trasformare i fondi in un problema. Deve correggerne le disfunzioni, valorizzarne la funzione mutualistica e chiarire quali responsabilità spettino ai fondi e quali debbano invece restare a carico della collettività.

In conclusione, il confronto con le parti sociali non dovrà essere un passaggio meramente consultivo, ma una condizione sostanziale della riforma. Occorre preservare il valore retributivo e mutualistico dei fondi, rafforzarne la trasparenza e l'integrazione con il SSN, evitando però che il costo dell'universalità sia posto soltanto sulle categorie che hanno già destinato una parte della propria retribuzione alla sanità integrativa.

Quesito/tema 2:

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.

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?

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?

Replica Ministro:

La questione posta è da ritenersi certamente fondata e riguarda una scelta essenziale di politica sanitaria e di finanza pubblica. Ogni agevolazione fiscale comporta una rinuncia di gettito e deve quindi essere valutata comparandola con l'impiego alternativo delle medesime risorse nel Servizio sanitario nazionale. Il Servizio sanitario nazionale resta il perno universalistico del nostro sistema di tutela della salute. Per questa ragione, il finanziamento delle sue funzioni essenziali, della prevenzione, dell'assistenza territoriale e della riduzione delle liste di attesa conserva carattere prioritario.

Ciò premesso, si ritiene che il rapporto tra sanità pubblica e sanità integrativa non debba essere impostato come un'alternativa necessariamente assoluta. Infatti, si deve considerare che un finanziamento diretto di 1,6 miliardi di euro al SSN mette a disposizione del sistema pubblico esattamente quella somma. Invece, un'agevolazione fiscale di pari importo concorre a mobilitare ulteriori risorse private provenienti dai lavoratori, dai datori di lavoro e dagli altri aderenti ai fondi.

Questo possibile effetto di leva può costituire una giustificazione dell'incentivo fiscale, ma non può essere semplicemente presunto. Deve essere verificato sulla base di dati oggettivi e di risultati misurabili. Il beneficio pubblico non coincide, infatti, con la semplice crescita della

spesa sanitaria privata. L'incentivo può essere giustificato quando i fondi mutualizzano rischi che altrimenti rimarrebbero interamente a carico delle famiglie, riducono la spesa sanitaria diretta, promuovono una prevenzione appropriata e coprono bisogni che il SSN oggi soddisfa solo parzialmente, come la non autosufficienza, l'assistenza domiciliare, la riabilitazione, la salute mentale e l'assistenza odontoiatrica.

In questi ambiti, la sanità integrativa può contribuire a una più precoce presa in carico delle patologie e può produrre effetti positivi anche per il sistema pubblico, evitando aggravamenti clinici e costi successivi più elevati.

La soluzione che si ritiene più equilibrata non consiste, pertanto, nella estensione generalizzata degli incentivi.

Occorre piuttosto trasformare la fiscalità dei fondi sanitari in uno strumento selettivo di politica sanitaria. Il beneficio fiscale dovrebbe essere riconosciuto e graduato in relazione all'effettiva utilità pubblica prodotta dal fondo. Dovrebbero essere maggiormente incentivati i fondi che finanziano prestazioni realmente integrative rispetto ai LEA, coprono la non autosufficienza e le fragilità, non selezionano i rischi, includono pensionati e lavoratori discontinui, garantiscono la continuità della copertura dopo la cessazione dell'attività lavorativa e assicurano piena trasparenza sui costi e sulle prestazioni erogate.

È, inoltre, necessario rafforzare il monitoraggio, l'integrazione informativa con il SSN e la valutazione periodica del rapporto tra costo fiscale e beneficio collettivo. Qualora non venga dimostrato che l'agevolazione mobilita risorse aggiuntive, riduce le disuguaglianze, copre bisogni non soddisfatti e produce benefici sanitari misurabili, sarebbe più efficiente destinare quelle risorse direttamente al Servizio sanitario nazionale.

La scelta corretta, dunque, è mantenere o rafforzare la quota di fiscalità di vantaggio soltanto quando operi come un investimento pubblico indiretto, rigorosamente condizionato, trasparente e verificabile, coerente con gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.

Sul piano degli strumenti di gestione, occorre intervenire sia sotto il profilo normativo, che sotto il profilo operativo e di monitoraggio per risolvere alcuni problemi esistenti. È importante, infatti, rafforzare gli strumenti di monitoraggio così da rilevare in maniera più puntuale prestazioni, costi e platee di beneficiari, tenendo conto delle specificità operative dei fondi, al fine di consentire una maggiore flessibilità tra dati dichiarati e dati monitorati, salvaguardando i requisiti normativi.

Sarebbe opportuno, inoltre, rendere omogenei i flussi informativi provenienti dai diversi operatori del sistema – anche attraverso la standardizzazione e la confrontabilità dei dati economici, oltre che con l'individuazione di criteri o riferimenti tariffari condivisi – al fine di garantire maggiore trasparenza al sistema di monitoraggio.

In questo contesto, appare fondamentale rafforzare le funzioni di vigilanza e controllo attraverso 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.

Sotto il profilo della Prevenzione, si rappresenta comunque che il Ministero della salute è fortemente impegnato nella promozione di campagne di prevenzione. Ne è una conferma il PNP 2026-2031, adottato con Intesa Stato-Regioni del 21 maggio 2026 come strumento strategico fondamentale per la programmazione, su tutto il territorio nazionale, degli interventi di promozione della salute e prevenzione per i prossimi anni. Il PNP 2026-2031 prevede un rafforzamento delle risorse dedicate alla prevenzione, con ulteriori 50 milioni di euro stanziati per il 2026 a sostegno delle attività preventive territoriali e degli adempimenti previsti dall'Intesa Stato-Regioni.

Il nuovo Piano, confermando l'approccio One Health in continuità con i precedenti piani di prevenzione, punta a rafforzare l'uniformità degli interventi di prevenzione su tutto il territorio nazionale.

Tra le principali novità del nuovo Piano vi è il rafforzamento del coordinamento delle politiche di prevenzione, con un modello organizzativo strutturato a livello nazionale, regionale e locale, pensato per rendere gli interventi più efficaci e integrati. In tale prospettiva è prevista l'istituzione di un Gruppo di coordinamento del Piano, composto da istituzioni sanitarie centrali e regionali impegnate nella prevenzione e promozione della salute, e di un Tavolo interistituzionale, composto da Ministeri ed Enti di vari settori, coinvolti negli obiettivi del Piano nazionale e dei Piani regionali, secondo il modello della "Salute in tutte le politiche". È previsto inoltre l'avvio di una collaborazione con Agenas per la definizione di standard di riferimento dei Dipartimenti di prevenzione per migliorare l'efficienza anche con una adeguata dotazione di personale, nonché di un progetto, nell'ambito del Programma CCM, per la valutazione delle ricadute economiche degli interventi di prevenzione sanitaria e di promozione della salute. (Fonte, sito del Ministero della Salute).

I fondi di sanità integrativa, dunque, possono svolgere un ruolo positivo anche nella prevenzione, ma sempre in una logica complementare e non sostitutiva del Servizio sanitario nazionale.

Quesito/tema 3:

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.

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 richiamavo 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.

Replica Ministro:

L'obiettivo è ricollocare i fondi di sanità integrativa su un binario virtuoso. I dati, come rappresentato, parlano chiaro. C'è uno sviamento da parte dell'utente nell'impiego di questi fondi. La sanità integrativa, come si evince già dalla sua etimologia, nasce al fine di integrare un qualcosa che manca. L'obiettivo non è quello di creare un sistema di monitoraggio e controllo in senso stretto, bensì di rafforzare il sistema di governance istituzionale (attraverso l'Osservatorio e l'Anagrafe istituiti presso il Ministero della Salute) già esistente, al fine di riportare il fenomeno sulla giusta via. Occorre centralizzare e coordinare ulteriormente la funzione di supervisione del Ministero sul fenomeno, per evitare duplicazioni di prestazioni e garantire una programmazione più efficiente delle prestazioni.

Quesito/tema 4:

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 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?

Replica Ministro:

Con riferimento a quanto proposto al primo capoverso, ci si rifa integralmente alle risposte fornite per il Senatore Mazzella.

Conseguentemente, si condivide la premessa offerta al quesito. Se intendiamo attribuire alla sanità integrativa una funzione complementare rispetto al Servizio sanitario nazionale, dobbiamo prendere atto che l'assetto attuale non realizza pienamente questo obiettivo.

I dati mostrano infatti che la quasi totalità dei fondi iscritti all'Anagrafe appartiene alla tipologia degli enti, delle casse e delle società di mutuo soccorso che, in base alla disciplina vigente, possono rimborsare anche prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza. Ne deriva che una parte rilevante delle risorse è oggi impiegata per prestazioni sovrapponibili a quelle che il SSN è tenuto a garantire, spesso consentendo agli iscritti di accedere più rapidamente al circuito privato.

Questa situazione non può essere corretta soltanto attraverso un'attività amministrativa del Ministero. È necessario un intervento legislativo organico, perché l'attuale disciplina distingue formalmente tra fondi realmente integrativi e fondi aventi più ampie finalità assistenziali, ma riconosce benefici fiscali anche a questi ultimi senza collegarli in modo sufficientemente selettivo alla natura delle prestazioni erogate.

Il riordino dovrebbe quindi muoversi lungo alcune linee precise.

In primo luogo, occorre stabilire con chiarezza quali prestazioni possano essere considerate realmente integrative. Dovrebbero rientrare prioritariamente in questo ambito la non autosufficienza, l'assistenza domiciliare, l'odontoiatria non coperta dal servizio pubblico, la riabilitazione, la salute mentale e, più in generale, le prestazioni non comprese nei LEA o solo parzialmente garantite.

In secondo luogo, è necessario distinguere tra ciò che un fondo può legittimamente rimborsare e ciò che lo Stato intende fiscalmente incentivare. Non è indispensabile vietare ai fondi qualsiasi intervento su prestazioni comprese nei LEA; occorre però evitare che la deducibilità fiscale finanzia senza limiti la sostituzione del servizio pubblico. Le agevolazioni dovrebbero quindi essere riconosciute in misura piena soltanto per la componente realmente integrativa, mentre la quota destinata a prestazioni sostitutive dovrebbe essere esclusa dal beneficio fiscale o assoggettata a un regime meno favorevole.

In terzo luogo, non sarebbe sufficiente mantenere l'attuale soglia minima di risorse destinate a determinate prestazioni integrative. Occorrerebbe aumentare progressivamente tale quota e trasformarla in un criterio effettivo di qualificazione del fondo. Il beneficio fiscale dovrebbe essere graduato in relazione alla percentuale delle risorse impiegate per prestazioni extra-LEA, per la non autosufficienza e per le altre finalità di rilevanza sociale.

Dovremo inoltre considerare alcune ipotesi particolari. Il rimborso del ticket, delle prestazioni intramurarie o di una prestazione LEA non erogata dal SSN entro i tempi appropriati non è sempre assimilabile a una pura sostituzione. In questi casi il fondo può intervenire per rimediare a una difficoltà concreta di accesso. Anche tali prestazioni, però, devono essere tracciate separatamente e non possono diventare il nucleo prevalente dell'attività fiscalmente agevolata.

Il secondo versante della riforma riguarda la governance. Il Ministero deve conoscere in modo puntuale quali prestazioni vengono erogate, a quali categorie di beneficiari, presso quali strutture e con quali costi. Oggi questa conoscenza è ancora incompleta e ciò impedisce sia una corretta programmazione sanitaria sia la verifica delle duplicazioni con il SSN.

Per questo motivo occorre rendere effettivamente obbligatori la trasmissione dei dati, l'utilizzo del Cruscotto informativo, la classificazione uniforme delle prestazioni e la separazione contabile tra spesa integrativa e spesa sostitutiva. È inoltre necessario prevedere la pubblicazione dei bilanci, requisiti minimi di professionalità degli organi di amministrazione e controllo, nonché poteri di vigilanza e sanzione adeguati.

L'iscrizione all'Anagrafe non dovrebbe più rappresentare un adempimento prevalentemente formale collegato al vantaggio fiscale, ma l'esito di una verifica sostanziale e periodica. Il fondo che non trasmette i dati, non rispetta le percentuali previste o utilizza prevalentemente le risorse per prestazioni sostitutive dovrebbe perdere, in tutto o in parte, l'agevolazione.

È infine necessario prevedere un regime transitorio, perché molti fondi nascono dalla contrattazione collettiva e hanno assunto impegni pluriennali nei confronti degli iscritti. La riforma dovrà quindi accompagnare progressivamente il sistema verso una funzione più autenticamente integrativa, senza interrompere improvvisamente le coperture esistenti.

In conclusione, non si ritiene che si debba limitare l'azione dei fondi attraverso un divieto generale e immediato. Al contrario che si debba governarla attraverso una definizione più

rigorosa delle prestazioni integrative, una fiscalità selettiva, obblighi informativi completi e una vigilanza effettiva.

La regola dovrebbe essere semplice: i fondi restano liberi di offrire le prestazioni previste dai propri ordinamenti, ma il sostegno fiscale dello Stato deve essere proporzionato alla loro effettiva capacità di integrare il SSN, coprire bisogni non soddisfatti e contribuire all'equità complessiva del sistema. Quanto più un fondo opera come sostituto del servizio pubblico, tanto minore deve essere la giustificazione del beneficio fiscale.

Quesito/tema 5

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.

Preliminarmente si condivide appieno l'impostazione del quesito. Il punto centrale non è soltanto stabilire se i fondi sanitari possano svolgere una funzione utile, ma decidere se e a quali condizioni sia giustificato impiegare risorse pubbliche, sotto forma di agevolazioni fiscali, a beneficio di strumenti che non hanno carattere universale.

Dobbiamo partire da un principio fermo: il Servizio sanitario nazionale resta il principale strumento attraverso il quale la Repubblica garantisce il diritto universale alla salute. Il finanziamento delle prestazioni essenziali, della prevenzione, dell'assistenza territoriale e della riduzione delle disuguaglianze deve pertanto conservare carattere prioritario. Le agevolazioni fiscali ai fondi sanitari non possono essere considerate estranee alla spesa pubblica. La rinuncia al gettito costituisce una forma di impiego indiretto di risorse pubbliche e deve essere sottoposta agli stessi criteri di efficienza, equità e trasparenza che valgono per la spesa diretta.

La selettività dell'agevolazione, quindi, può essere giustificata soltanto se produce un beneficio che trascende quello individuale degli iscritti e contribuisce al miglioramento complessivo del sistema sanitario. Non è sufficiente che il fondo offra prestazioni ai propri aderenti. Occorre dimostrare che esso mobiliti risorse private aggiuntive, mutualizzi rischi sanitari, riduca la spesa direttamente sostenuta dalle famiglie, copra bisogni non adeguatamente soddisfatti e generi effetti positivi anche per il SSN. In altri termini, la fiscalità di vantaggio è compatibile con l'universalità del diritto alla salute soltanto quando sia orientata a rendere più universale la tutela effettiva. Ciò può avvenire, ad esempio, se i fondi intervengono sulla non autosufficienza, sull'assistenza domiciliare, sull'odontoiatria, sulla salute mentale, sulla riabilitazione o su altre prestazioni non pienamente garantite dal sistema pubblico; oppure se estendono la copertura a pensionati, familiari, lavoratori discontinui e persone in condizioni di fragilità.

Per questa ragione, non si ritiene sostenibile un'estensione generalizzata e indifferenziata degli sgravi fiscali. Il legislatore dovrebbe introdurre un sistema selettivo e condizionato, nel quale l'intensità del beneficio sia collegata alla funzione sociale effettivamente svolta dal fondo.

Dovranno essere valutati, in particolare, la quota di risorse destinata a prestazioni extra-LEA e alla non autosufficienza, l'assenza di selezione del rischio, la composizione sociale degli iscritti, la continuità della copertura dopo il pensionamento, l'appropriatezza delle prestazioni e la capacità di ridurre concretamente la spesa sanitaria delle famiglie.

Occorre inoltre garantire piena trasparenza. Il decisore pubblico deve conoscere il costo fiscale di ciascuna agevolazione, le categorie che ne beneficiano, le prestazioni erogate e i risultati prodotti. La prosecuzione del beneficio dovrebbe dipendere da una valutazione periodica del rapporto tra costi e benefici sociali.

Qualora questa valutazione dimostri che le agevolazioni producono soprattutto vantaggi individuali o categoriali, senza ridurre le diseguaglianze né coprire bisogni scoperti, la scelta più coerente con il carattere universale del diritto alla salute sarebbe riallocare quelle risorse al Servizio sanitario nazionale.

La distinzione decisiva, quindi, non è tra spesa pubblica e spesa privata. La vera distinzione è tra un impiego delle risorse pubbliche che rafforza l'universalità del sistema e un impiego che la indebolisce. Il SSN deve rimanere il destinatario prioritario delle risorse pubbliche. La sanità integrativa può ricevere un sostegno fiscale soltanto come strumento complementare, sottoposto alla programmazione e alla vigilanza pubblica e capace di dimostrare un'utilità generale ulteriore rispetto al vantaggio riconosciuto ai singoli iscritti.

Seguito Quesito/tema 5

CAMUSSO (PD – IDP): 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, 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.

Si condivide la precisazione. I fondi sanitari integrativi nascono in larga parte dalla contrattazione collettiva e costituiscono una componente del trattamento economico e sociale del lavoratore. Sono alimentati da risorse dei datori di lavoro e dei lavoratori e rispondono a una logica mutualistica di categoria. Non sono, quindi, universali per natura e non sarebbe realistico né corretto pretendere che assumano la medesima funzione del Servizio sanitario nazionale.

Quando si riporta il tema dell'estensione dell'adesione, non si intende affermare che i fondi debbano diventare il nuovo strumento universale di tutela della salute. L'universalità resta una caratteristica esclusiva e irrinunciabile del SSN, che garantisce le prestazioni essenziali a tutti indipendentemente dal rapporto di lavoro, dal reddito e dall'appartenenza professionale.

Il concetto di secondo pilastro deve essere inteso in senso complementare e non sostitutivo. I fondi possono affiancare il SSN, mobilitando risorse collettive private e garantendo prestazioni ulteriori agli iscritti, ma non possono assumere il compito di garantire il diritto universale alla salute.

La questione che il legislatore deve affrontare è diversa: stabilire se sia giustificato sostenere fiscalmente, con risorse della generalità dei contribuenti, strumenti che per loro natura coprono platee delimitate.

Ad avviso del Governo, questo sostegno è giustificabile soltanto quando l'attività dei fondi produce anche un'utilità generale: quando copre bisogni non adeguatamente soddisfatti dal sistema pubblico, mutualizza rischi rilevanti, riduce la spesa direttamente sostenuta dalle famiglie e orienta risorse verso la prevenzione, la non autosufficienza, l'assistenza domiciliare, la salute mentale o altre prestazioni realmente integrative.

Non si tratta, dunque, di rendere universali i fondi. Si tratta di evitare che la fiscalità pubblica sostenga soltanto vantaggi categoriali senza un beneficio proporzionato per il sistema nel suo complesso.

Quando si parla di ampliamento della platea, si intende inoltre favorire, all'interno delle categorie che già partecipano ai fondi, una maggiore continuità e inclusività: ad esempio, la possibilità di mantenere la copertura dopo il pensionamento, di estenderla ai familiari o di non perderla immediatamente nei passaggi occupazionali. Non significa trasformare i fondi contrattuali in un servizio rivolto indistintamente a tutta la popolazione.

Occorre quindi mantenere distinti i due piani.

Il SSN deve restare universale, finanziato dalla fiscalità generale e responsabile dei LEA. I fondi restano strumenti mutualistici e contrattuali, rivolti a platee determinate. Il sostegno fiscale può essere riconosciuto soltanto in ragione della funzione integrativa e dell'utilità sociale effettivamente prodotta.

In questa prospettiva, il secondo pilastro non è un duplicato del primo e non deve diventarlo. È un sistema complementare, regolato e trasparente, che può rafforzare la protezione di alcuni bisogni senza sostituire il dovere pubblico di garantire universalmente il diritto alla salute.

La formula più corretta, quindi, non è chiedere ai fondi di diventare universali, ma chiedere che il loro sviluppo sia compatibile con l'universalità del SSN e che l'eventuale beneficio fiscale non aumenti le disuguaglianze complessive del sistema.

Seguito 2 Quesito/tema 5:

CAMUSSO (PD – IDP): 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.

Replica Ministro:

L'osservazione posta è molto importante e completa correttamente il quadro che stiamo esaminando.

Una parte rilevante dei fondi sanitari, compresi quelli di origine contrattuale, non gestisce direttamente il rischio e le prestazioni, ma si avvale di imprese di assicurazione, società di mutuo soccorso, intermediari o altri gestori specializzati. L'esternalizzazione può rispondere a esigenze legittime: consente di disporre di competenze attuariali, reti di strutture convenzionate, capacità amministrativa e strumenti per la gestione dei rischi più onerosi.

Il problema nasce quando il fondo, pur rimanendo formalmente titolare del rapporto con gli iscritti, perde nella sostanza la capacità di determinare le prestazioni, controllarne l'appropriatezza e orientare le risorse verso le finalità mutualistiche stabilite dalla contrattazione collettiva.

In questi casi vi è il rischio che non sia più il fondo a definire il bisogno assistenziale della propria platea, ma sia l'impresa assicurativa a predisporre un prodotto standardizzato, costruito prevalentemente secondo criteri commerciali e attuariali. Il fondo finirebbe così per limitarsi a raccogliere i contributi e ad acquistare un pacchetto assicurativo, senza esercitare un'effettiva funzione di indirizzo.

Dobbiamo quindi mantenere una distinzione chiara. Il fondo sanitario svolge una funzione assistenziale e mutualistica; l'impresa di assicurazione esercita un'attività economica fondata sull'assunzione e sulla gestione professionale del rischio. Le due attività possono collaborare, ma non sono sovrapponibili e non devono essere confuse.

La presenza di un'assicurazione non è di per sé negativa. Può anzi garantire stabilità finanziaria, protezione contro eventi di particolare gravità e maggiore efficienza nella gestione. Tuttavia, l'affidamento a un'impresa assicurativa non può sottrarre il fondo ai propri obblighi verso gli iscritti né può giustificare una riduzione della trasparenza.

In una futura disciplina di riordino occorrerà pertanto intervenire anche sui rapporti tra fondi e assicurazioni.

In primo luogo, il fondo dovrà conservare la responsabilità sostanziale della definizione del piano sanitario. Gli organi del fondo, e non il soggetto assicuratore, dovranno individuare le priorità assistenziali, le categorie di prestazioni e gli obiettivi di integrazione con il Servizio sanitario nazionale. L'assicurazione potrà fornire la copertura e gestire operativamente i rimborsi, ma non sostituirsi integralmente al fondo nelle scelte fondamentali.

In secondo luogo, dovrà essere assicurata piena trasparenza sui contratti di assicurazione e di gestione. Gli iscritti e le autorità di vigilanza devono poter conoscere quale parte dei contributi sia destinata alle prestazioni, quale ai costi amministrativi, quale ai premi assicurativi e quale, eventualmente, alla remunerazione degli intermediari e dell'impresa.

È inoltre necessario rendere conoscibili le esclusioni, le franchigie, i massimali, i periodi di carenza, le condizioni di rinnovo e tutti gli altri elementi che incidono sull'effettività della copertura. Non è sufficiente comunicare agli iscritti l'esistenza astratta di un piano sanitario: occorre consentire loro di comprendere quali prestazioni siano realmente garantite e quali limiti derivino dal contratto assicurativo.

Un ulteriore profilo riguarda la selezione del rischio. L'intervento dell'assicurazione non deve introdurre indirettamente discriminazioni che il fondo, in particolare quando beneficia di agevolazioni fiscali, non potrebbe legittimamente adottare. Occorrerà quindi vigilare affinché età, condizioni di salute, cronicità o cessazione del rapporto di lavoro non determinino esclusioni incompatibili con la funzione mutualistica dichiarata.

Dovremo poi chiarire il riparto delle competenze tra Ministero della salute e autorità di vigilanza assicurativa. Il Ministero deve verificare la coerenza delle prestazioni con le finalità assistenziali, l'integrazione con il SSN e il corretto utilizzo delle agevolazioni fiscali. L'IVASS deve continuare a vigilare sulla solidità delle imprese, sulla correttezza dei prodotti assicurativi e sulla tutela degli assicurati. Ma tra questi due ambiti non possono permanere zone prive di controllo.

Per questo ritengo necessario un coordinamento strutturato tra le autorità, accompagnato da obblighi informativi comuni e da una chiara individuazione delle responsabilità. Il fatto che la gestione sia assicurata non può rendere opaco il percorso delle risorse né impedire di stabilire chi abbia deciso il contenuto delle prestazioni e chi risponda in caso di mancata erogazione.

Anche la valutazione delle agevolazioni fiscali dovrà tenere conto di questo aspetto. Il vantaggio fiscale non dovrebbe finanziare indistintamente l'acquisto di prodotti assicurativi commerciali. Deve essere riconosciuto in relazione alla funzione assistenziale e mutualistica effettivamente svolta, alla quota di risorse destinata alle prestazioni e alla capacità del fondo di mantenere un'autonoma funzione di indirizzo e controllo.

Se, al contrario, il fondo si limita ad acquistare un pacchetto predisposto dall'assicurazione, con costi elevati, prestazioni standardizzate e limitata capacità decisionale, diventa più difficile giustificare il trattamento fiscale privilegiato sulla base di una specifica utilità sociale.

Si condivide quindi l'esigenza di non limitare il riordino alla sola anagrafe dei fondi o alla loro classificazione formale. Occorre esaminare l'intera catena organizzativa: chi raccoglie i contributi, chi assume il rischio, chi determina il nomenclatore, chi seleziona le strutture, chi autorizza o nega le prestazioni e quale quota delle risorse arriva effettivamente alle cure.

La riforma dovrà fare emergere questi rapporti e garantire che l'intermediazione assicurativa rimanga uno strumento al servizio del fondo e degli iscritti, e non diventi il soggetto che, senza adeguata trasparenza e responsabilità pubblica, determina in concreto l'offerta sanitaria integrativa.

Quesito/tema 6:

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 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.

Replica Ministro:

La domanda individua uno dei punti più delicati dell'intera discussione.

La crescita delle assicurazioni sanitarie e dei fondi a gestione assicurativa non può essere valutata soltanto come un aumento delle risorse private destinate alla salute. Essa incide anche sulla struttura della domanda, sui comportamenti dei cittadini, sui tempi di accesso alle prestazioni e, in ultima analisi, sull'organizzazione stessa del Servizio sanitario nazionale.

Il primo dato da riconoscere è che una parte crescente dei cittadini ricorre a forme di copertura privata non soltanto per ottenere prestazioni ulteriori rispetto ai livelli essenziali di assistenza, ma anche per accedere più rapidamente a prestazioni comprese nei LEA. Questo fenomeno può dipendere dalla capacità economica del singolo, dalla disponibilità di una copertura contrattuale o aziendale, ma anche dal timore di non ricevere tempestivamente la prestazione dal servizio pubblico.

Da questo punto di vista, la crescita delle assicurazioni costituisce anche un indicatore delle difficoltà percepite nell'accesso al SSN. Non possiamo quindi limitarci a registrarla come un ampliamento dell'offerta: dobbiamo chiederci quale bisogno la determina e quali effetti produce sul sistema.

Si condivide pertanto l'esigenza di sviluppare una valutazione di impatto sia quantitativa sia qualitativa.

Sul piano quantitativo, occorre conoscere con maggiore precisione:

- quanta parte della spesa sanitaria privata sia intermediata da fondi, mutue e assicurazioni;*
- quanta rimanga invece direttamente a carico delle famiglie;*
- quali prestazioni vengano acquistate;*
- quale quota riguardi prestazioni extra-LEA e quale prestazioni ricomprese nei LEA;*
- quali siano le categorie sociali e territoriali maggiormente coperte;*
- quale parte dei contributi sia effettivamente destinata alle prestazioni e quale ai costi amministrativi, assicurativi e di intermediazione.*

Sul piano qualitativo, dobbiamo comprendere perché i cittadini acquistano queste coperture: se per ottenere prestazioni realmente aggiuntive, per proteggersi da rischi rilevanti, per affrontare la non autosufficienza oppure, più semplicemente, per superare tempi di attesa ritenuti incompatibili con il proprio bisogno di salute.

Questa distinzione è essenziale. Se la copertura privata nasce prevalentemente per supplire all'incapacità del sistema pubblico di erogare tempestivamente una prestazione LEA, non siamo più di fronte soltanto a sanità integrativa. Siamo di fronte a una forma di sostituzione di fatto del servizio pubblico.

Il rischio, come osservato dalla senatrice richiedente, è la formazione di un doppio binario: chi dispone di una copertura privata accede più rapidamente alla prestazione; chi non ne dispone resta affidato esclusivamente ai tempi del SSN. Un'evoluzione di questo tipo sarebbe difficilmente conciliabile con il principio universalistico, perché trasformerebbe la posizione lavorativa o la capacità economica in un fattore decisivo per l'accesso effettivo alle cure.

Per questo motivo, il Ministero ritiene necessario governare non soltanto l'offerta dei fondi e delle assicurazioni, ma anche la domanda sanitaria che essi contribuiscono a generare.

Occorre anzitutto una classificazione uniforme delle prestazioni, che consenta di distinguere chiaramente tra: prestazioni extra-LEA; compartecipazioni e ticket; prestazioni LEA acquistate privatamente a causa dei tempi di attesa; prestazioni inappropriate o duplicate; prestazioni di prevenzione, assistenza e presa in carico che possono produrre benefici anche per il sistema pubblico.

Questi dati devono essere trasmessi in forma standardizzata e messi in relazione con i flussi del Servizio sanitario nazionale. Senza questa integrazione informativa non è possibile sapere se le coperture private riducano effettivamente la pressione sul SSN oppure se inducano una maggiore domanda, duplicazioni di esami e consumi non sempre appropriati.

Anche l'intermediazione assicurativa deve entrare pienamente nel perimetro della valutazione. Occorre conoscere chi definisce il piano sanitario, quali criteri orientano la composizione dei pacchetti, quali prestazioni vengono incentivate, quali escluse e quale ruolo abbiano le reti convenzionate. La gestione della domanda non può essere affidata esclusivamente alle logiche commerciali del prodotto assicurativo.

Ciò richiede un coordinamento più stretto tra Ministero della salute, IVASS, Agenzia delle entrate e le altre amministrazioni competenti. Il Ministero deve poter valutare l'impatto sanitario delle coperture; l'IVASS deve vigilare sulla correttezza dei prodotti e sulla tutela degli assicurati; l'amministrazione finanziaria deve verificare che il beneficio fiscale sia coerente con una reale utilità sociale.

Il secondo intervento deve riguardare la disciplina degli incentivi. La fiscalità di favore non può essere identica per tutte le prestazioni. Deve essere maggiormente orientata verso gli ambiti nei quali la sanità integrativa può offrire un contributo autenticamente complementare: non autosufficienza, assistenza domiciliare, odontoiatria, salute mentale, riabilitazione, prevenzione appropriata e prestazioni non comprese nei LEA.

Diversamente, il finanziamento di prestazioni LEA attraverso il canale privato dovrebbe essere monitorato separatamente e non dovrebbe costituire la parte prevalente dell'attività fiscalmente agevolata.

Vi sono certamente casi nei quali l'intervento del fondo o dell'assicurazione su una prestazione LEA risponde a un problema reale, soprattutto quando il SSN non riesce a garantirla entro tempi clinicamente appropriati. Ma questa situazione non può diventare la normalità né la base strutturale del secondo pilastro. Deve piuttosto rappresentare un segnale per il decisore pubblico sulla necessità di rafforzare la capacità di risposta del servizio pubblico.

Colmare il divario richiede quindi due azioni parallele.

Da una parte, dobbiamo rafforzare il SSN, in particolare sulla prevenzione, sulle liste di attesa, sull'assistenza territoriale e sulla presa in carico delle cronicità. Senza questo intervento, la domanda privata continuerà a crescere come risposta difensiva alle difficoltà di accesso.

Dall'altra, dobbiamo regolare la sanità intermediata affinché non alimenti segmentazione, prestazioni inappropriate e duplicazioni. I fondi e le assicurazioni devono operare all'interno di una programmazione pubblica, non al di fuori di essa.

Si condivide quindi la conclusione proposta dalla richiedente: il fenomeno si è sviluppato nei fatti più rapidamente della legislazione. Proprio per questo è necessario un riordino organico che non si limiti alla classificazione formale dei fondi, ma consideri l'intera filiera della sanità privata intermediata, il suo impatto sulla domanda e il suo rapporto con i LEA.

L'obiettivo non deve essere impedire ai cittadini di dotarsi di una copertura ulteriore. Deve essere evitare che tale copertura diventi il presupposto necessario per ottenere tempestivamente prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti. Il principio che deve guidarci è quindi chiaro: le forme integrative possono ampliare la protezione, ma non devono diventare la condizione per rendere effettivo un diritto che resta universale.

Seguito quesito/tema 6:

LORENZIN (PD-IDP): 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. La risposta dovrebbe distinguere nettamente tra apertura dei fondi e universalizzazione della tutela sanitaria. L'apertura può correggere alcune disuguaglianze interne alla sanità integrativa, ma non deve trasformare i fondi in un sistema parallelo al SSN.

Replica Ministro:

Si comprende l'obiezione e si ritiene conseguentemente necessario chiarire il significato che attribuito all'eventuale apertura dei fondi.

Se per fondi aperti intendessimo la costruzione di un sistema sanitario parallelo, al quale ciascun cittadino dovrebbe aderire individualmente per ottenere prestazioni tempestive, la sua preoccupazione sarebbe pienamente fondata. Un modello di questo tipo indebolirebbe il carattere universalistico del Servizio sanitario nazionale e renderebbe la capacità economica individuale un fattore determinante nell'accesso alle cure.

Non è questa la prospettiva ritenuta condivisibile dal Ministero.

Il rafforzamento del SSN deve restare la priorità. I livelli essenziali di assistenza devono essere garantiti a tutti, entro tempi appropriati, indipendentemente dall'adesione a un fondo, dalla condizione lavorativa e dalla capacità di pagare un contributo aggiuntivo.

Il tema dell'apertura dei fondi nasce da un problema diverso. Oggi la sanità integrativa è concentrata soprattutto sui lavoratori dipendenti appartenenti ai settori coperti dalla contrattazione collettiva. Ne restano spesso esclusi pensionati, lavoratori discontinui, autonomi, disoccupati e altre categorie che possono avere bisogni sanitari anche maggiori. Parlare di maggiore apertura significa quindi interrogarsi su come ridurre questa segmentazione interna, non sostituire il SSN con un'adesione individuale generalizzata.

Occorre però evitare un equivoco: rendere formalmente aperto un fondo non significa automaticamente renderlo equo. Se l'adesione dipende esclusivamente dalla capacità del singolo di pagare il contributo, il fondo aperto può accentuare, anziché ridurre, le diseguaglianze. Potrebbero aderire soprattutto i soggetti con redditi più elevati e con maggiore consapevolezza sanitaria, mentre le persone più fragili rimarrebbero escluse.

Per questa ragione, non si considera l'apertura dei fondi un obiettivo in sé. Essa può essere valutata soltanto quando sia accompagnata da condizioni rigorose di mutualità, assenza di selezione del rischio, trasparenza dei costi e orientamento verso prestazioni realmente complementari.

Il fondo aperto non dovrebbe diventare il canale ordinario per accedere alle prestazioni comprese nei LEA. Dovrebbe concentrarsi su ambiti nei quali esiste uno spazio autenticamente integrativo: non autosufficienza, assistenza domiciliare, odontoiatria non coperta dal servizio pubblico, riabilitazione, salute mentale e altre prestazioni ulteriori rispetto alla garanzia universalistica.

Anche il sostegno fiscale dovrebbe seguire questa distinzione. Non sarebbe coerente utilizzare risorse della fiscalità generale per incentivare indiscriminatamente l'acquisto individuale di

coperture che consentano di accedere più rapidamente a prestazioni già dovute dal SSN. In quel caso lo Stato finirebbe per contribuire alla costruzione del doppio binario che lei richiama.

L'agevolazione può essere giustificata, invece, quando il fondo aperto svolge una funzione mutualistica effettiva, non seleziona i soggetti più sani, copre rischi socialmente rilevanti e amplia la protezione in settori non adeguatamente coperti dal sistema pubblico.

Dobbiamo quindi distinguere tre piani.

Il primo è il SSN, che resta universale e responsabile dei LEA.

Il secondo è rappresentato dai fondi contrattuali chiusi, che costituiscono una componente del welfare negoziale e rispondono a platee professionali determinate.

Il terzo può essere costituito da forme aperte e volontarie, ma soltanto per prestazioni complementari e senza che esse diventino necessarie per esercitare concretamente il diritto alla salute.

In conclusione, non si propone di trasformare i fondi aperti in un secondo Servizio sanitario nazionale, ma di valutare se essi possano offrire coperture ulteriori anche a soggetti oggi esclusi dal welfare contrattuale, entro una regolazione pubblica rigorosa.

La linea di confine deve essere chiara: l'apertura può ampliare le opportunità di protezione complementare, ma non può diventare la risposta alle carenze del SSN né la condizione per ottenere prestazioni essenziali. Se ciò accadesse, non avremmo rafforzato il sistema universalistico, ma avremmo consolidato un secondo binario.

Seguito quesito/tema 6

LORENZIN (PD – IDP): 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?

Replica Ministro:

La questione della non autosufficienza è probabilmente uno dei punti nei quali emerge con maggiore evidenza la necessità di distinguere tra responsabilità pubblica e ruolo delle forme integrative.

La non autosufficienza non può essere considerata soltanto un rischio individuale da trasferire al mercato assicurativo. È un rischio sociale crescente, connesso all'invecchiamento della popolazione, alla cronicità e alla trasformazione delle strutture familiari. Per questa ragione si ritiene che debba esistere una responsabilità pubblica primaria nel garantire a ogni persona non

autosufficiente un livello essenziale e uniforme di assistenza, indipendentemente dal reddito, dalla posizione lavorativa e dalla possibilità di sottoscrivere una copertura privata. Il punto di arrivo non può quindi essere un sistema nel quale la qualità dell'assistenza dipenda essenzialmente dall'avere o meno un'assicurazione privata. Allo stesso tempo, dobbiamo riconoscere che la non autosufficienza comporta bisogni molto estesi, prolungati e differenziati, che comprendono assistenza domiciliare, sostegno ai caregiver, adattamento dell'abitazione, servizi residenziali e semiresidenziali e prestazioni sociali ulteriori rispetto a quelle strettamente sanitarie. È difficile immaginare che tutti questi bisogni possano essere coperti in modo illimitato ed esclusivo dalla fiscalità generale.

La prospettiva considerata più equilibrata è pertanto quella di un sistema articolato su più livelli.

Il primo livello deve essere pubblico e universalistico. Lo Stato, insieme alle Regioni e agli enti territoriali, deve garantire i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociali connesse alla non autosufficienza, rafforzando soprattutto l'assistenza domiciliare e la presa in carico integrata della persona.

Il secondo livello può essere mutualistico e collettivo. I fondi sanitari e gli strumenti della contrattazione collettiva possono integrare la copertura pubblica, soprattutto per l'assistenza di lunga durata, purché operino secondo criteri di solidarietà, non selezionino i rischi e garantiscano continuità anche dopo il pensionamento, quando il bisogno tende ad aumentare.

Il terzo livello può essere costituito da coperture assicurative individuali volontarie, destinate a prestazioni ulteriori rispetto alla garanzia pubblica. Anche queste forme, tuttavia, devono essere regolate in modo trasparente, con particolare attenzione alle esclusioni, ai limiti di età, ai periodi di carenza, alla rivalutazione delle prestazioni e alla sostenibilità nel lungo periodo.

Non si ritiene quindi che la scelta debba essere posta in termini alternativi tra assicurazione pubblica e assicurazione privata. Occorre piuttosto stabilire con chiarezza ciò che deve essere garantito a tutti dal sistema pubblico e ciò che può essere integrato attraverso strumenti mutualistici o assicurativi.

Nel prossimo anno, l'obiettivo realistico non può essere la costruzione immediata di un nuovo sistema assicurativo pubblico universale. Possiamo però compiere alcuni passi concreti. Anzitutto, dobbiamo definire con maggiore precisione il perimetro delle prestazioni pubbliche rivolte alla non autosufficienza e rafforzarne il coordinamento con gli interventi sociali, evitando la frammentazione tra sanità, assistenza sociale e sostegno familiare. In secondo luogo, possiamo orientare maggiormente la fiscalità dei fondi sanitari verso la long-term care. Se lo Stato riconosce un vantaggio fiscale, è ragionevole che esso privilegi la copertura di un rischio socialmente rilevante e oggi ancora insufficiente, anziché finanziare prevalentemente prestazioni sanitarie ordinarie già comprese nei LEA.

In terzo luogo, occorre favorire coperture collettive che accompagnino la persona nel tempo. Non è sufficiente che il lavoratore sia coperto durante gli anni di occupazione e perda la tutela proprio quando raggiunge l'età nella quale aumenta il rischio di non autosufficienza. Dovranno essere studiati meccanismi di accantonamento e di portabilità che consentano di mantenere la copertura dopo il pensionamento e nei passaggi tra diversi rapporti di lavoro.

Dobbiamo inoltre definire requisiti minimi comuni per le coperture di long-term care, in modo che l'espressione "copertura per la non autosufficienza" corrisponda a prestazioni effettive, comprensibili e comparabili, e non a prodotti molto diversi tra loro o caratterizzati da esclusioni tali da limitarne l'utilità concreta.

Infine, è necessario costruire un sistema informativo che consenta di conoscere la diffusione delle coperture, le caratteristiche dei beneficiari, le prestazioni erogate e il rapporto tra risorse pubbliche, fondi mutualistici e assicurazioni.

La direzione che si intende perseguire è quindi chiara: una garanzia pubblica di base, universale e uniforme, accompagnata da un secondo livello mutualistico orientato alla solidarietà e da una eventuale copertura assicurativa volontaria per le prestazioni ulteriori.

Il ruolo del pubblico non deve essere quello di ritirarsi e affidare il rischio della non autosufficienza alle sole capacità economiche delle famiglie. Deve essere quello di garantire il nucleo essenziale della tutela e di governare le forme integrative, indirizzandole verso i bisogni che oggi risultano maggiormente scoperti.

Quesito/tema 7:

- 1) 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.

Replica Ministro:

Si condivide l'esigenza di affrontare seriamente il tema della spesa sanitaria direttamente sostenuta dalle famiglie, che ha ormai assunto dimensioni molto rilevanti. Una quota così ampia di spesa out of pocket rappresenta certamente un problema. È una spesa frammentata, sostenuta individualmente, spesso senza capacità negoziale, non sempre accompagnata da una valutazione di appropriatezza e, in alcuni casi, sottratta alla piena tracciabilità fiscale.

Intermediare questa spesa può quindi produrre alcuni benefici. Può consentire di mutualizzare il rischio, evitando che il costo della malattia ricada interamente sul singolo nel momento del bisogno; può aumentare la tracciabilità delle prestazioni; può favorire l'emersione di una quota di spesa sommersa; può permettere una maggiore capacità negoziale nei confronti degli erogatori; e può rendere disponibili dati utili per comprendere meglio i bisogni sanitari della popolazione.

Occorre però chiarire un punto. Le risorse intermedie da un fondo o da un'assicurazione non entrano automaticamente nel finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Restano risorse private, destinate alle prestazioni previste dai relativi piani sanitari e rivolte alle platee coperte.

Perché questa intermediazione produca un vantaggio anche per il SSN, è necessario costruire un collegamento effettivo con la programmazione pubblica. In primo luogo, dobbiamo conoscere la composizione di questa spesa. Non tutti gli oltre 40 miliardi hanno la stessa natura. Una parte riguarda prestazioni extra-LEA; una parte riguarda ticket e compartecipazioni; una parte è destinata a prestazioni comprese nei LEA, acquistate privatamente a causa dei tempi di attesa; un'altra parte può derivare da consumi non sempre appropriati o da prestazioni duplicate. Intermediare indistintamente tutte queste componenti non sarebbe sufficiente. Potrebbe persino consolidare il doppio binario, se servisse soprattutto a finanziare l'accesso privato a prestazioni che il SSN dovrebbe garantire universalmente.

Il primo obiettivo deve quindi essere la tracciabilità. Fondi, assicurazioni, mutue ed erogatori dovrebbero trasmettere dati standardizzati sulle prestazioni, sui costi, sui beneficiari e sulle strutture coinvolte, nel rispetto della disciplina sulla protezione dei dati personali. Solo in questo modo il Ministero può comprendere come si forma la domanda privata e valutarne l'impatto sulla programmazione sanitaria.

Il secondo obiettivo deve essere l'appropriatezza. L'intermediazione non deve tradursi in un aumento automatico del numero delle prestazioni. I soggetti intermediari devono essere responsabilizzati affinché orientino la domanda verso percorsi fondati su criteri clinici, evitando esami ripetuti, prestazioni non necessarie e forme di consumo sanitario indotto.

Il terzo obiettivo riguarda l'integrazione con il servizio pubblico. I fondi potrebbero stipulare accordi anche con strutture pubbliche, acquistando prestazioni aggiuntive rispetto ai volumi già finanziati dal SSN, purché ciò non sottragga personale, capacità produttiva o tempi di cura all'attività istituzionale. In tal caso una parte delle risorse private potrebbe effettivamente concorrere a valorizzare la capacità del sistema pubblico.

È però indispensabile una separazione rigorosa tra attività istituzionale e attività finanziata dai fondi. Non sarebbe accettabile utilizzare le risorse integrative per creare, all'interno delle strutture pubbliche, un canale preferenziale che penalizzi i cittadini privi di copertura.

Un ulteriore beneficio può derivare dall'emersione della spesa sommersa. Il rimborso da parte del fondo o dell'assicurazione richiede normalmente documentazione fiscale e rende quindi più difficile il ricorso a pagamenti irregolari. Questo effetto può migliorare la trasparenza del mercato sanitario e recuperare base imponibile, ma deve essere verificato sulla base dei dati e non soltanto presunto.

Anche le agevolazioni fiscali dovrebbero essere collegate a tali risultati. Lo Stato può incentivare l'intermediazione quando essa riduce la spesa delle famiglie, favorisce la tracciabilità, copre bisogni extra-LEA, promuove prevenzione appropriata e non autosufficienza e mette a disposizione dati utili alla programmazione pubblica. È invece più difficile giustificare il beneficio fiscale quando l'intermediazione si limita a trasformare la spesa individuale in acquisto collettivo di prestazioni LEA nel circuito privato, senza ridurre le diseguaglianze e senza produrre effetti positivi per il SSN.

La prospettiva non deve quindi essere quella di catturare genericamente oltre 40 miliardi di spesa privata e trasferirli ai fondi. Dobbiamo governare quella spesa, distinguendone le diverse componenti e orientando l'intermediazione verso finalità coerenti con l'interesse generale.

In conclusione, l'intermediazione può essere utile, ma non è un fine in sé. È utile se trasforma una spesa frammentata e opaca in una spesa tracciabile, mutualizzata, appropriata e coordinata con il sistema pubblico. Non è utile se si limita a consolidare un mercato parallelo delle prestazioni LEA. L'obiettivo del Ministero deve quindi essere duplice: rafforzare la capacità del SSN di garantire universalmente le prestazioni essenziali e, parallelamente, regolare la spesa privata affinché contribuisca a coprire bisogni ulteriori, senza indebolire l'universalità e l'equità del sistema.

Quesito/ tema 8:

PRESIDENTE ZAFFINI: 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?

Replica Ministro:

Si ritiene che la domanda colga un punto essenziale. A quarantacinque anni dalla nascita del Servizio sanitario nazionale, non possiamo pensare che esso possa affrontare i prossimi decenni limitandosi a riprodurre immutato il modello originario.

Sono profondamente cambiati la struttura demografica del Paese, il peso delle malattie croniche, la domanda di assistenza continuativa, le tecnologie disponibili, l'organizzazione del lavoro e la capacità delle famiglie di sostenere direttamente i costi delle cure. È quindi necessario far evolvere il sistema. Questa evoluzione, tuttavia, non deve mettere in discussione il suo principio fondamentale: la garanzia universale del diritto alla salute. Il carattere pubblico del

SSN e la responsabilità dello Stato nel garantire i livelli essenziali di assistenza devono rimanere il centro del modello.

Quando parliamo di forme miste, dobbiamo quindi chiarire che non intendiamo costruire un sistema nel quale la tutela effettiva dipenda dalla capacità del cittadino di acquistare una copertura privata. Un modello di questo tipo non rafforzerebbe il SSN, ma rischierebbe di consolidare un doppio binario. La prospettiva che considero più equilibrata è quella di un pluralismo regolato.

Il primo pilastro deve restare pubblico, universalistico e finanziato dalla fiscalità generale. Deve garantire i LEA, la prevenzione, la presa in carico delle cronicità, l'assistenza territoriale e la tutela delle persone fragili. Accanto a questo pilastro possono operare forme integrative collettive, mutualistiche e assicurative, ma con una funzione chiaramente complementare. Esse possono mobilitare risorse aggiuntive e intervenire soprattutto nei settori nei quali la copertura pubblica è limitata o destinata a crescere: non autosufficienza, assistenza domiciliare, odontoiatria, riabilitazione, salute mentale e altre prestazioni extra-LEA. Il modello misto, dunque, non deve essere fondato su una ritirata del pubblico, ma su una più chiara divisione delle responsabilità. Lo Stato deve definire ciò che è garantito a tutti; le forme integrative possono offrire prestazioni ulteriori, senza sostituire la garanzia pubblica.

Perché questo modello funzioni, però, occorrono regole nuove.

Dobbiamo superare l'attuale frammentazione normativa, distinguere chiaramente tra prestazioni integrative e sostitutive, rafforzare la vigilanza, rendere trasparenti i rapporti tra fondi e assicurazioni e conoscere in modo puntuale quali prestazioni vengono erogate, a quali costi e a quali categorie di cittadini.

Anche la fiscalità deve essere coerente con questa impostazione. Le agevolazioni non possono essere generalizzate e automatiche. Devono essere riconosciute in relazione all'effettiva utilità sociale: maggiore copertura dei bisogni scoperti, assenza di selezione del rischio, inclusione delle persone fragili, continuità dopo il pensionamento e integrazione informativa con il SSN.

Un'altra direttrice riguarda la collaborazione con gli erogatori pubblici. Le risorse private possono contribuire a valorizzare capacità aggiuntive delle strutture pubbliche, purché ciò non sottragga personale e prestazioni all'attività istituzionale e non crei corsie preferenziali a danno dei cittadini privi di copertura.

Dobbiamo inoltre governare la spesa sanitaria privata, oggi in larga misura sostenuta direttamente dalle famiglie. La sua intermediazione può essere utile se aumenta la tracciabilità, mutualizza i rischi e orienta la domanda verso prestazioni appropriate. Non è invece utile se si limita a finanziare un circuito parallelo per le prestazioni già comprese nei LEA.

La risposta alla sua domanda è quindi sì: il sistema deve evolvere e deve saper integrare in modo più maturo risorse pubbliche, mutualistiche e private.

Ma il modello da perseguire non è quello di una semplice espansione del mercato sanitario. È un modello nel quale la responsabilità pubblica rimane primaria, mentre le forme integrative sono programmate, vigilate e orientate verso obiettivi di interesse generale.

Nel prossimo anno possiamo compiere passi concreti: avviare il riordino normativo dei fondi, rafforzare il sistema informativo e l'Anagrafe, definire meglio il rapporto tra fondi, assicurazioni e LEA, orientare gli incentivi fiscali verso la non autosufficienza e gli altri bisogni realmente integrativi e costruire una sede stabile di coordinamento tra Ministero, Regioni, IVASS e parti sociali.

Dobbiamo quindi preservare il principio universalistico del 1978, ma non immobilizzare la sua organizzazione. Il modo migliore per difendere il Servizio sanitario nazionale non è lasciarlo com'è, bensì adeguarlo ai bisogni nuovi, governando in modo trasparente e solidale il contributo delle forme integrative

Seguito quesito/tema 8:

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

Replica Ministro:

La domanda pone correttamente il problema dell'adeguatezza dell'attuale perimetro dei livelli essenziali di assistenza rispetto all'evoluzione dei bisogni di salute.

Il sistema non può rimanere immutato. I LEA devono essere periodicamente aggiornati alla luce dell'invecchiamento della popolazione, della crescita delle cronicità e delle nuove evidenze scientifiche sulla prevenzione. Prestazioni oggi considerate accessorie possono infatti avere un rilevante valore preventivo, soprattutto per le persone anziane e fragili. L'igiene e la prevenzione odontoiatrica ne costituiscono un esempio significativo, perché possono evitare patologie più gravi, ridurre complicità e limitare costi successivi per il sistema sanitario.

La prima responsabilità del decisore pubblico è quindi verificare quali prestazioni, per efficacia clinica, appropriatezza e impatto sulla salute collettiva, debbano entrare nella garanzia pubblica universale. Quando una prestazione è essenziale, efficace e necessaria per tutelare la salute, non può essere affidata esclusivamente alla possibilità del cittadino di aderire a un fondo.

Ciò non esclude, tuttavia, lo sviluppo di un secondo pilastro. Al contrario, si ritiene che la sanità integrativa possa contribuire a completare la protezione offerta dal SSN, purché ne siano definiti con precisione ruolo e limiti.

Il primo pilastro deve continuare a garantire universalmente i LEA e tutte le prestazioni che il legislatore e la programmazione sanitaria qualificano come essenziali. Il secondo pilastro può intervenire sulle prestazioni ulteriori, sui servizi non integralmente coperti e sulle forme di assistenza che richiedono una protezione più ampia o personalizzata.

La riforma dovrebbe svilupparsi lungo alcune direttrici.

La prima consiste nell'aggiornamento periodico dei LEA. Non dobbiamo considerare immutabile il confine tra prestazioni essenziali ed extra-LEA. Le prestazioni preventive che dimostrano un rapporto favorevole tra costi e benefici sanitari devono poter essere progressivamente incluse nella garanzia pubblica, definendo priorità, platee e modalità di erogazione. La seconda direttrice riguarda la definizione di un perimetro autenticamente integrativo. I fondi dovrebbero essere orientati soprattutto verso l'assistenza odontoiatrica non coperta, la non autosufficienza, la riabilitazione, la salute mentale, l'assistenza domiciliare e altri bisogni che il servizio pubblico soddisfa solo parzialmente. Non dovrebbero invece diventare il canale ordinario per ottenere prestazioni LEA che il SSN non riesce a erogare tempestivamente. La terza direttrice è l'equità. Parlare di prestazioni a disposizione di tutti non significa necessariamente trasformare i fondi in soggetti universalistici, perché essi restano strumenti mutualistici e contrattuali rivolti a platee determinate. Significa però evitare che la copertura dei bisogni più importanti dipenda esclusivamente dalla posizione lavorativa o dalla capacità economica individuale. Per questo motivo, nei settori di maggiore rilevanza sociale, si possono immaginare forme di compartecipazione pubblica mirate, crediti fiscali maggiormente favorevoli ai redditi bassi o strumenti collettivi che includano pensionati, familiari e lavoratori discontinui. L'incentivo fiscale non dovrebbe essere uniforme, ma proporzionato alla capacità del fondo di ampliare concretamente la tutela e ridurre le disuguaglianze. La quarta direttrice riguarda la prevenzione. Non è sufficiente rimborsare singole prestazioni. Occorre costruire programmi coerenti con le strategie pubbliche, individuando destinatari, periodicità degli interventi, criteri di appropriatezza e risultati attesi. Nel caso della prevenzione odontoiatrica per gli ultrasessantenni, ad esempio, si potrebbe valutare un programma rivolto prioritariamente alle persone fragili, ai pazienti cronici e ai cittadini con minore capacità economica, verificandone poi gli effetti sulla salute e sui costi assistenziali. La quinta direttrice è l'integrazione informativa. Le prestazioni erogate dai fondi devono essere conosciute dal sistema pubblico, classificate in modo uniforme e, quando utile, integrate nel Fascicolo sanitario elettronico. Senza dati completi non possiamo verificare se il secondo pilastro copra bisogni reali, produca prevenzione appropriata oppure generi duplicazioni.

Infine, occorre riformare la fiscalità. Il sostegno pubblico deve essere maggiore per i fondi che finanziano prestazioni extra-LEA ad alto valore sociale, non selezionano i rischi, includono categorie fragili e operano in coordinamento con il SSN. Deve essere invece ridotto quando le risorse sono utilizzate prevalentemente per creare un accesso privato alternativo a prestazioni comprese nei LEA.

La risposta alla sua domanda è quindi che il sistema non può restare quello attuale. Dobbiamo rafforzare e aggiornare il primo pilastro, ma anche disciplinare un secondo pilastro realmente complementare. Non si tratta di trasferire ai fondi ciò che il SSN dovrebbe garantire, né di congelare il perimetro dei LEA per lasciare maggiore spazio al mercato. Si tratta di stabilire dinamicamente quali prestazioni debbano essere universalmente garantite e quali possano essere integrate attraverso risorse mutualistiche e private, all'interno di una programmazione pubblica.

Il criterio finale deve essere l'interesse del cittadino: il primo pilastro garantisce il diritto essenziale; il secondo amplia la protezione e colma bisogni ulteriori, senza diventare la condizione necessaria per ottenere cure fondamentali.