



Audizione nell'ambito 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 in materia di Sanità Integrativa

presso

10a Commissione "Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale"

Senato della Repubblica

- 1 marzo 2023 -

Partendo dall'Abstract inviato dalla 10a commissione del Senato il 24 Febbraio u.s. riteniamo opportuno esprimere alcune sintetiche considerazioni, fornire una serie di elementi utili per inquadrare meglio il ruolo del sindacato in tale ambito ed indicare una serie di materie utili al fine della definizione di regole del settore.

Confermando la nostra disponibilità ad approfondire ulteriormente le singole materie e proposte anche in tavoli di confronto specifici.

PREMESSA SUL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il Servizio Sanitario Nazionale da anni subisce sotto-finanziamento e vincoli di spesa che si sono accompagnati al blocco delle assunzioni (causato sia dal mancato *turn over* sia dai tetti di spesa per il personale), portando oggi a una situazione di **grave crisi nella capacità di garantire la tutela della salute pubblica e la sua stessa esistenza**. Tale crisi è aggravata dalla pandemia e dal progressivo invecchiamento della popolazione e richiederebbe una radicale inversione di rotta in termini di spesa pubblica, di valorizzazione, qualificazione e incremento del personale sanitario, di promozione dell'assistenza territoriale e di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria.

Per quanto riguarda il personale, la sola comparazione numerica con i Paesi europei più sviluppati (EU-ante 1995) ci obbliga ad una urgente riflessione. Solamente limitandosi a considerare due macro-aspetti caratterizzanti il contesto attuale, l'urgenza assume i tratti dell'emergenza per la sostenibilità organizzativa e il futuro del SSN pubblico e universale:

- a) le ricadute che l'elevata età di medici e infermieri determineranno sulla sostenibilità del sistema: saranno oltre **50** mila i medici in età pensionabile nei prossimi 10 anni e circa **90** mila le unità infermieristiche;

b) il *gap* salariale (-23% media OCED per gli infermieri) che sta determinando almeno 4 effetti negativi per la tenuta del SSN:

1. Uscita del personale dal SSN verso il sistema privato (esempio più eclatante il c.d. fenomeno dei “medici a gettone” ma che coinvolge anche altre professioni sanitarie e non certo solo i pronto soccorso);
2. Aumento dell’emigrazione: giovani formati dalle nostre università che già per la prima occupazione cercano impiego all’estero;
3. Assenza di immigrazione: scarsa attrattività del nostro Paese per i professionisti sanitari stranieri;
4. Insufficiente interesse dei giovani per le professioni sanitarie. Il 2021 ha registrato 9 mila laureati in scienze infermieristiche, 11mila iscrizioni su circa 17mila posti disponibili. Il dato ci colloca al quart’ultimo posto tra i Paesi OECD-37. Senza misure correttive, questa tendenza diviene premessa certa per l’insuccesso della riforma dell’Assistenza territoriale e con essa viene messa seriamente in discussione la sopravvivenza del SSN.

L’Autonomia differenziata, a maggior ragione in ambito socio-sanitario, rappresenterebbe un ulteriore messa in discussione del Servizio Sanitario Nazionale ed aggiungerebbe ad una situazione già critica ulteriori elementi di disuguaglianze e divari territoriali.

WELFARE “OCCUPAZIONALE” E DIRITTI UNIVERSALI

In primo luogo, riteniamo opportuno precisare che quando si parla di “secondo pilastro” nell’ambito del welfare, esiste una differenza sostanziale tra la previdenza complementare e la sanità integrativa: la pensione è un vero elemento di welfare “occupazionale”, legato cioè all’essere lavoratore e quindi alla contribuzione, mentre il **diritto alla salute deve essere universale.**

A differenza della previdenza complementare, che ha visto prima la definizione di regole a sostegno e poi lo sviluppo dei fondi pensione, la sanità integrativa ha esempi che nascono con la Società di Mutuo Soccorso, per poi arrivare allo svilupparsi di una molteplicità di strumenti e di forme senza alcun tipo di regole.

Riteniamo **necessario definire un quadro complessivo di regole e di vigilanza** a garanzia del corretto funzionamento della sanità integrativa, **a tutela del primo pilastro del SSN** e soprattutto a garanzia del diritto universale alla salute.

Regole inevitabilmente diverse da quelle per la Previdenza complementare poiché funziona con meccanismi a capitalizzazione, mentre la Sanità Integrativa deve avere una logica solidaristica.

E’ necessario che la sanità integrativa sia orientata ad un rapporto più stretto con la rete dei servizi pubblici territoriali, da esercitare in una **dimensione sinergica e integrativa al servizio universale** con una funzione di sostegno al welfare pubblico e quindi solidaristica rispetto alla comunità.

Vanno create le condizioni per favorire **convenzionamenti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le forme di sanità integrativa capaci di sostenere ed aiutare il sistema pubblico, garantendone il ruolo e potenziando la sua capacità di governance**, ad esempio prevedendo il pagamento diretto dei Ticket Sanitari da parte dei fondi o lo sviluppo e l’utilizzo dell’attività intra muraria, nel rispetto delle regole di funzionamento e degli indicatori dei tempi d’attesa.

NUMERI E CONTESTO DELLA SANITA' INTEGRATIVA

Dall'anno 2010 l'Anagrafe del Ministero della Salute registra i fondi sanitari che volontariamente fanno richiesta di iscrizione e che risultano possedere i requisiti richiesti dalla normativa vigente (DM 27/10/2009). Solo tramite questa registrazione volontaria possono ottenere la detraibilità fiscale dal reddito di lavoro dipendente delle quote versate dal datore di lavoro o dal lavoratore per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20.

Con i Decreti Ministeriali del 15 e del 30 settembre 2022, pubblicati in Gazzetta il 31 Gennaio 2023 si istituisce presso il Ministero della Salute l'Osservatorio sui fondi sanitari integrativi e si assegna all'Anagrafe la funzione di monitoraggio delle attività svolte dai fondi sanitari di tipo A e B, utilizzando un apposito cruscotto informatico, che ha la finalità di identificare, in maniera specifica e univoca, le singole prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi iscritti, nonché i costi sostenuti e le varie tipologie di cittadini che ne possono usufruire.

Ad oggi il cruscotto informatico previsto non è ancora operativo a causa di difficoltà tecniche e sarebbe anche utile approfondirne l'utilizzo anche con le parti sociali. Ricordiamo che, stante la normativa attuale, dal 2024 l'invio dei dati del Cruscotto diventa conditio sine qua non per l'iscrizione all'Anagrafe.

Riteniamo necessario condividere alcune definizioni per la cosiddetta "sanità integrativa":

Censiti dal Ministero:

- **Fondi di tipo A:** "Fondi Sanitari integrativi", ai sensi dell'art. 9 D.Lgs 502/92 e successive modificazioni. Sono prevalentemente associazioni non riconosciute (artt. 36 e ss. del Codice Civile) che erogano esclusivamente prestazioni extra LEA, quindi sono solo integrativi al SSN, non prevedono forme di selezione dei rischi per l'adesione al fondo e sono rivolti a tutti i cittadini.
- **Fondi di Tipo B:** "Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali" ai sensi dell'art. 51 TUIR., tra cui tutti i fondi sanitari di origine contrattuale Nazionale e Aziendale. Possono erogare anche prestazioni sanitarie comprese nei LEA, quindi complementari e sostitutive al SSN, sulla base dei rispettivi statuti e regolamenti interni, ma devono essere **senza scopo di lucro e avere finalità solidaristiche.** Tali fondi sanitari, per ricevere l'iscrizione all'Anagrafe, sono tenuti a dedicare almeno il 20% delle risorse per prestazioni, erogate nell'anno fiscale di riferimento, a precisi ambiti di assistenza EXTRA LEA, definita "soglia delle risorse vincolate" (art. 2 comma 2 lettera d) del DM 27 ottobre 2020). Non prevedono forme di selezione dei rischi per l'adesione al fondo.

NB: Si segnala che esiste una normativa specifica per gli ENTI del TERZO TETTORE valida per le Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali.

Ultimi dati messi a disposizione dall'Anagrafe dei Fondi istituita presso il Ministero della Salute

ANNO	FONDI TOTALI	TIPO A	TIPO B	TOTALE ISCRITTI	Di cui		
					Totale Lavoratori	Familiari	Pensionati
2016	305	8	297	9.154.492	6.959.355	2.195.137	
2017	322	9	313	10.616.405	7.754.542	2.160.917	701.388
2018	311	9	302	12.572.906			
2019	313	9	304	14.099.180			
2020	318	12	306	14.715.200			

Dal 2018 il Ministero non ha più indicato i numeri degli iscritti suddivisi per Lavoratori e Familiari.

Sempre più fondi stanno prevenendo l'estensione delle coperture ai familiari, ovviamente tal estensione viene definita dalla contrattazione dentro le valutazioni sui "costi contrattuali".

Ruolo del Sindacato:

- ⇒ Nel 2016 gli iscritti ai fondi aventi come parti istitutive CGIL CISL UIL o le proprie categorie sindacali erano 6.077.119 sui 9.154.492
- ⇒ Nel 2021 gli iscritti ai fondi legati ai CCNL aventi come parti istitutive CGIL CISL UIL o le proprie categorie sindacali sono circa 9.437.240 sui circa 15.000.000 a cui vanno sommati gli iscritti ai fondi ed alle casse di carattere aziendale (Es. banche, grandi gruppi,...), ai fondi territoriali (es. Sani in Veneto per il settore artigiano o il fondo di Bolzano), e gli iscritti ad alcune forme bilaterali che erogano prestazioni sanitarie (es. i circa 515.000 iscritti all'ente bilaterale della somministrazione).

Polizze Sanitarie Assicurative individuali e collettive, sono a scopo di lucro e non sono oggetto di monitoraggio e di registrazione da parte dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero. Ad oggi ci sono solo i numeri dell'ammontare dei premi pagati, ma non del numero di iscritti. Ricordiamo che per accedere a forme assicurative ci sono vincoli di selezione ed esclusione soggettive per patologie preesistenti e per età, oltre alla quale le assicurazioni non intervengono più.

TEMI DA REGOLAMENTARE E PROPOSTE PER LA SANITA' INTEGRATIVA

Ricordando gli obiettivi che intendiamo perseguire, cioè definire un insieme di regole finalizzate a garantire universalmente il diritto alla salute, orientando la sanità integrativa verso una **dimensione sinergica e integrativa al servizio pubblico**, vi riportiamo un insieme di temi e proposte per la definizione di una riforma organica:

1. Stesura di un **Testo Unico** sulla regolamentazione della Sanità integrativa.
2. Creazione di un **Organismo di Vigilanza pubblica** che, vista la natura bilaterale, solidaristica e mutualistica prevalente nella sanità integrativa, non può essere legato al mondo assicurativo e deve avere competenze sanitarie per verificare anche l'appropriatezza delle prestazioni.
3. Stabilire **rapporti strutturali convenzionali a livello centrale con le strutture pubbliche SSN** per pagamento diretto Ticket Sanitari, attività intra moenia, ricoveri, alta diagnostica, terapie avanzate. Aumenterebbe la parte intermediata, nei limiti consentiti dalle norme e senza peggiorare la situazione delle liste d'attesa incrementerebbe l'attività intramuraria portando anche benefici al servizio pubblico.
4. **Per i fondi di tipo B, Aumentare la quota minima di prestazioni EXTRA LEA fino al 40%** per avere diritto alla detrazione Fiscale, attualmente descritte dai D.M. "Turco e Sacconi".
5. **Nomenclatore unico** di riferimento per tutto il settore, che venga aggiornato periodicamente dal Ministero. Lasciando ai singoli fondi facoltà di utilizzarli, di definire franchigie, massimali.
6. **Pacchetti prevenzione con protocolli definiti dal Ministero.** Consentirebbe una prevenzione più efficace e ridurrebbe il rischio di prestazioni inappropriate.

7. Obbligo per tutte le strutture sanitarie che erogano le prestazioni (pubbliche, private, convenzionate) di **alimentare il fascicolo sanitario**. Tali dati devono confluire al Ministero della Sanità oltre che all’Agenzia delle Entrate. Questo consentirebbe l’acquisizione da parte del sistema pubblico di maggiori informazioni utili per la programmazione e la presa in carico.
8. Definizione della natura giuridica dei Fondi con la **definizione della struttura di Governance**, di **regole per la gestione anche amministrativa e finanziaria** che prevedano l’obbligo di qualifiche e **competenze specifiche per chi occupa incarichi** negli organi dei fondi, l’obbligo di **Bilanci pubblici** e l’istituzione di una **funzione attuariale** per la verifica della sostenibilità dei fondi a tutela degli iscritti.
9. Costituire un tavolo di **confronto permanente tra Parti Sociali, Ministero della Salute, del Lavoro e MEF** che abbia la finalità di costruire le sinergie tra il sistema pubblico e la sanità Integrativa utilizzando i dati dell’Anagrafe dei Fondi e dell’Osservatorio Nazionale sui Fondi Sanitari.
10. La condizione di **Non Autosufficienza** deve essere gestita con attenzione e in modo distinto sia in termini di quota da versare, che in termini di rendicontazione da parte degli stessi fondi. Con le quote versate dagli iscritti per quella specifica finalità si **deve prevedere l’erogazione di servizi o rimborsi per essi e non il riconoscimento di sole rendite**. Questo perché i bisogni delle persone possono essere molto diversi e la sanità integrativa deve tenere conto della propria natura solidaristica e non lucrativa. Per cui riteniamo che non si possa immaginare una risposta alla non autosufficienza utilizzando le risorse degli iscritti con meccanismi a capitalizzazione o assicurativo che semplicemente riconoscano rendite uguali per tutti.

WELFARE AZIENDALE

Rispetto all’utilizzo e alla diffusione del welfare aziendale dobbiamo ricordare che non esiste una banca dati pubblica (MEF, INPS, MdL) che abbia reale conoscenza del fenomeno e dell’utilizzo.

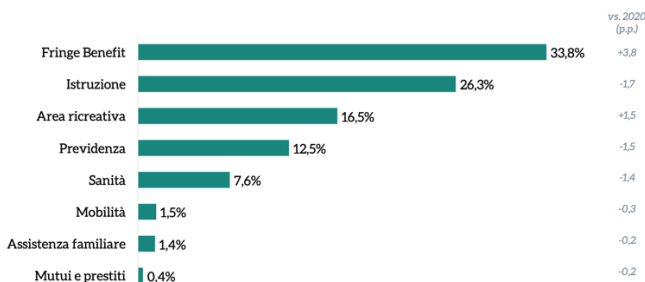
Esiste l’archivio del Ministero del Lavoro che registra solo la parte relativa ai contratti aziendali o territoriali che prevedono il welfare.

Esistono dati forniti dai singoli provider o da ricerche che elaborano i diversi dati parziali disponibili.

Ma non è registrata tutta la parte di welfare aziendale che le aziende riconoscono tramite regolamento unilaterale, quindi senza essere oggetto di contrattazione, o che si limitano a riconoscere i buoni spesa o buoni carburante, definendolo, secondo noi erroneamente “welfare”.

Prendendo però a riferimento solo i dati pubblicati da alcuni provider e rielaborati da The European House – Ambrosetti nel novembre 2022, ne possiamo analizzare che la maggior parte viene riconosciuta in buoni spesa (38,8%), l’altra grande parte in Istruzione (es. borse di studio, rimborso rette o libri) ed Area Ricreativa (Es. palestre, viaggi,...) e che la parte destinata alla sanità integrativa è molto limitata (7,6%) e riguarda prevalentemente il pagamento di pacchetti aggiuntivi per familiari o con maggiori prestazioni dei fondi sanitari contrattuali già previsti a livello nazionale CCNL o aziendale.

Figura 1.28. Macro-categorie di servizi di welfare aziendale (valori percentuali sul totale), 2021. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Edenred, 2022.



Anche per il welfare aziendale, riteniamo che l'obiettivo debba essere quello di garantire alle persone diritti universali della salute e dell'assistenza creando sinergie ed integrazione tra welfare contrattuale e sistema pubblico salvaguardando e rafforzando il welfare pubblico, quindi:

- Vanno **incentivati solo gli elementi di welfare "nobile"**: servizi educativi, assistenziali, pensionistici, sociosanitari **solo se frutto di contrattazione**.
- Vanno ridotte, inoltre, le forme di defiscalizzazione e decontribuzione destinate a prestazioni non propriamente di welfare, considerando al massimo **solo alcune limitate eccezioni determinate dalla contrattazione**, il problema salariale va affrontato con una riforma fiscale progressiva.
- Si deve creare uno strumento pubblico che abbia la possibilità di **raccogliere dati precisi sull'utilizzo delle risorse di welfare** da parte dei lavoratori, sia per quantificarne l'impatto sui conti pubblici, ma anche perché sono indicatori di bisogni delle persone.
- Vanno **incentivati anche per le aziende meccanismi di convenzionamento** tra il sistema dei servizi sociali, educativi, Assistenziali pubblici territoriali e le diverse forme di welfare integrativo (piattaforme/provider o a gestione diretta).
- Il sistema pubblico si deve impegnare ad utilizzare le maggiori risorse derivanti dagli strumenti di welfare integrativo e dai diversi efficientamenti possibili allargando i servizi **in favore dell'utenza priva di welfare integrativo**.