

ALLEGATO 4

Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.**PROGRAMMA****Premessa**

I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale (SSN) sono stati previsti dalla legge al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal medesimo Servizio. Tali fondi, nella *ratio* dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, hanno la finalità di potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Un'altra disposizione rilevante in materia è quella recata dall'articolo 46 della legge istitutiva del SSN (legge 23 dicembre 1978, n. 833), rubricato come « mutualità volontaria ». Tale norma, nel sancire che la mutualità volontaria è libera, prevede il divieto per enti, imprese e aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite, aventi come finalità l'erogazione di prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria erogata dal SSN.

La disciplina introdotta dal predetto articolo 9 del decreto legislativo n. 502 del 1992 prevede che tutti i soggetti, pubblici e privati, che istituiscono fondi integrativi del SSN sono tenuti ad adottare politiche di « non selezione dei rischi ». Le fonti istitutive dei fondi possono essere: contratti e accordi collettivi, anche aziendali; accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi da associazioni o sindacati; regolamenti regionali o territoriali; deliberazioni di organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sa-

nitaria o di società di mutuo soccorso riconosciute o di altri soggetti pubblici e privati.

L'ambito di applicazione dei fondi integrativi è rappresentato da: prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati; prestazioni erogate dal SSN comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (incluse le prestazioni, non a carico del SSN, della medicina non convenzionale, delle cure termali e dell'assistenza odontoiatrica), per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito; prestazioni socio-sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semi-residenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

La vigilanza sui fondi integrativi è esercitata dal Ministero della salute presso il quale sono istituiti l'Osservatorio e l'Anagrafe dei fondi integrativi del SSN, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato sia quelli sottoposti a vigilanza regionale. Successivi decreti ne hanno disciplinato la costituzione e il funzionamento. I fondi integrativi godono di un regime fiscale agevolato (di cui al decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 41).

I fondi sanitari che non hanno i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992 sono generalmente identificati negli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziale (di cui all'articolo 51, comma 2,

lettera a), del d.P.R. n. 917 del 1986) ed erogano anche prestazioni sanitarie « sostitutive » comprese nell'ambito di intervento del SSN. Il decreto ministeriale del 31 agosto 2008, successivamente integrato dal decreto ministeriale del 27 ottobre 2009, ha individuato gli ambiti di intervento dei fondi integrativi del SSN e degli enti e casse aventi esclusivamente finalità assistenziali.

Numerosi dati e ricerche rilevano, inoltre, che dal 2013 al 2015 la spesa sanitaria privata è aumentata del 3,2 per cento (oltre 35 miliardi) e che nell'ultimo anno ben 11 milioni (2 milioni in più rispetto al 2012) di cittadini hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie. Peraltro, i dati OCSE riferiti al 2014 hanno evidenziato che la spesa privata in Italia aveva raggiunto i 33 miliardi di euro (+2 per cento rispetto al 2013), precisando che la differenza sostanziale rispetto ad altri Paesi europei è che l'82 per cento è *out of pocket*, con una spesa pro-capite di oltre 500 euro l'anno. Anche l'Agenas, nella sua relazione sulla compartecipazione alla spesa nelle Regioni per l'anno 2015, rileva che la conseguenza di *ticket* elevati, come già alcune evidenze dimostrano, sono la rinuncia alle prestazioni ovvero la « fuga » dal SSN verso strutture sanitarie private, spesso in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali rispetto ai *ticket*. Il rischio, nel perdurare di tali situazioni, è la scomparsa dei livelli di assistenza previsti ma di fatto superati da incoerenti misure della compartecipazione.

Quello appena descritto è il contesto in cui s'inquadra l'indagine conoscitiva che si propone di svolgere, che trae la propria origine dalla considerazione per cui la sanità integrativa, come concepita dal decreto legislativo n. 502 del 1992, ha l'esclusiva finalità di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrativa rispetto a quelle assicurate dal SSN, finalizzate a coprire solo prestazioni non essenziali e non incluse nei LEA. Pertanto, i cosiddetti fondi integrativi o le polizze assicurative non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di salute che è il SSN, basato sui principi

di universalità, equità e solidarietà, come diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione.

Tuttavia, diverse forme di sanità integrativa si stanno con il tempo rivelando come le uniche forme risolutive del problema dell'inaccessibilità alle cure e all'assistenza e come l'unica forma di superamento delle difficoltà in cui versa il sistema pubblico di tutela della salute.

Finalità dell'indagine conoscitiva e programma delle audizioni

Alla luce delle suddette premesse, l'indagine conoscitiva che si intende avviare si pone i seguenti obiettivi:

approfondire la materia in oggetto, al fine di valutare l'opportunità di un riordino della sanità integrativa, anche nel senso di rendere più cogente il divieto già posto ad enti, imprese e aziende pubbliche, di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento, anche indiretto, di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi la finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal SSN, nonché di eliminare ogni forma di defiscalizzazione per quei fondi integrativi che non hanno i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992;

analizzare se sia opportuno introdurre il divieto esplicito per i fondi sanitari integrativi di erogare prestazioni sanitarie « sostitutive », in quanto ricomprese nell'ambito di intervento del SSN e dei LEA;

indagare sull'opportunità di introdurre, nell'ambito dell'anagrafe dei fondi integrativi del SSN, disposizioni che impongano la trasparenza e la pubblicità in relazione a tutti gli atti statutari e costitutivi correlati ai fondi integrativi nonché disposizioni atte ad eliminare ogni conflitto d'interesse tra i gestori dei Fondi e chi promuove i fondi medesimi;

verificare quale sia l'onere finanziario complessivo riferito alle agevolazioni fiscali legate ai fondi sanitari integrativi.

L'acquisizione degli elementi necessari allo svolgimento dell'indagine presuppone lo svolgimento di una serie di audizioni. In particolare, si intenderebbe audire i seguenti soggetti:

Censis;

Istat;

Corte dei conti;

Agenas;

Agenzia delle entrate;

Istituto di vigilanza sulle assicurazioni (IVASS);

Rappresentanti dei sindacati di categoria (CGIL, CISL, UIL, UGL, Associazione medici dirigenti (ANAAO/ASSOMED), Associazione italiana odontoiatri (AIO), ecc.);

Adiconsum;

Cittadinanza attiva;

Associazione nazionale sanità integrativa e *welfare* (ANSI);

Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria (Fimiv);

Società sanitaria di mutuo soccorso (SSMS);

Società di mutuo soccorso (SMS);

Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (CERGAS);

Fondazione GIMBE;

Coordinamento nazionale Forum diritto alla salute – Dipartimento di neuroscienze IRCCS Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri;

Dott. Andrea Urbani, Direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute, in rappresentanza dell'Anagrafe dei fondi sanitari;

Rappresentanti del Fondo Est (Ente di assistenza sanitaria integrativa per i dipendenti delle aziende del commercio, del turismo e dei servizi);

Rappresentanti del Fondo FASI (Federazione nazionale dei dirigenti aziende industriali);

Rappresentanti del Fondo Faschim (Fondo nazionale di assistenza sanitaria per i lavoratori dell'industria chimica, chimico farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e gpl, minerario e coibenti).

Esperti della materia:

Guerino Massimo Oscar Fares, dell'Università Roma Tre;

Roberto Esposito, dell'Università di Camerino;

Franco Fraioli, dell'Università di Roma La Sapienza;

Alberto Brambilla, Presidente del Centro Studi e ricerche itinerari previdenziali;

Luca Benci, giurista esperto in diritto sanitario;

Massimo Campedelli, Professionista affiliato membro dell'Istituto *Wiss/Dirpolis* (*welfare*, innovazione, servizi, sviluppo) della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa;

Massimo Quezel e Francesco Carraro, autori del libro «Salute Spa. La sanità svenduta alle assicurazioni. Il racconto di due *insider*» (Chiarelettere);

Beppe Scienza, dell'Università di Torino;

Alberto Donzelli, componente del Consiglio direttivo e del Comitato scientifico della Fondazione allineare sanità e salute.

Durata dell'indagine conoscitiva

L'indagine dovrebbe concludersi entro il 30 aprile 2019.