



Senato della Repubblica



Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XVIII LEGISLATURA

RESOCONTO STENOGRAFICO n.

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI CONTROLLO
SULL'ATTIVITA' DEGLI ENTI GESTORI DI FORME
OBBLIGATORIE DI PREVIDENZA E ASSISTENZA
SOCIALE**

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA FUNZIONALITÀ DEL
SISTEMA PREVIDENZIALE OBBLIGATORIO E
COMPLEMENTARE, NONCHÉ DEL SETTORE ASSISTENZIALE,
CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'EFFICIENZA DEL
SERVIZIO, ALLE PRESTAZIONI FORNITE E ALL'EQUILIBRIO
DELLE GESTIONI

40^a seduta: giovedì 7 aprile 2022

Presidenza del presidente NANNICINI

*Commissione parlamentare per il controllo
sull'attività degli enti gestori di forme
obbligatorie di previdenza e assistenza
sociale*

**BOZZE NON
CORRETTE
AD USO INTERNO**

Sulla pubblicità dei lavori

Audizione del Segretario generale dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass)

Segle dei Gruppi parlamentari del Senato della Repubblica: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-ITALIA AL CENTRO (IDEA-CAMBIAMO!, EUROPEISTI, NOI DI CENTRO (Noi Campani)): Misto-IaC (I-C-EU-NdC (NC)); Misto-Italexit per l'Italia-Partito Valore Umano: Misto-IpI-PVU; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-+Europa - Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-PARTITO COMUNISTA: Misto-PC; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

Segle dei Gruppi parlamentari della Camera dei deputati: Movimento 5 Stelle: M5S; Lega - Salvini Premier: Lega; Partito Democratico: PD; Forza Italia - Berlusconi Presidente: FI; Fratelli d'Italia: FDI; Italia Viva: IV; Coraggio Italia: CI; Liberi E Uguali: LEU; Misto-MAIE-PSI-FacciamoEco: M-MAIE-PSI-FE; Misto-Noi Con L'Italia-USEI-Rinascimento ADC: M-NCI-USEI-R-AC; Misto: Misto; Misto-Alternativa: Misto-A; Misto-Azione-+Europa-Radicali Italiani: Misto-A-+E-RI; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Europa Verde-Verdi Europei: Misto-EV-VE; Misto-Manifesta, Potere Al Popolo, Partito Della Rifondazione Comunista-Sinistra Europea: Misto-M-PP-RCSE; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.

Interviene il Segretario generale dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass), dottor De Polis.

I lavori hanno inizio alle ore 13,45.

(Si approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali web-TV e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza del Senato ha preventivamente fatto conoscere il proprio assenso.

Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei nostri lavori.

Avverto inoltre che la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il Resoconto stenografico. Il ricorso a tale forma di

*Commissione parlamentare per il controllo
sull'attività degli enti gestori di forme
obbligatorie di previdenza e assistenza
sociale*

**BOZZE NON
CORRETTE
AD USO INTERNO**

pubblicità è stato autorizzato dal Presidente del Senato, considerato il peculiare rilievo dell'indagine conoscitiva.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del Segretario generale dell'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (Ivass)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulla funzionalità del sistema previdenziale obbligatorio e complementare, nonché del settore assistenziale, con particolare riferimento all'efficienza del servizio, alle prestazioni fornite e all'equilibrio delle gestioni, sospesa nella seduta del 31 marzo scorso.

È oggi in programma l'audizione del segretario generale dell'Ivass, dottor Stefano De Polis, accompagnato dal responsabile dell'ufficio segreteria di presidenza e del consiglio, dottor Roberto Novelli, e dall'avvocato Andrea Venturni, che ringrazio per la loro disponibilità a

partecipare ai lavori della nostra Commissione.

Prima di dare avvio alla procedura informativa, ricordo a tutti i commissari che il programma di audizioni, che riprende in data odierna con i rappresentanti dell'Ivass, proseguirà con l'audizione della Cassa nazionale del notariato il 14 aprile, dei rappresentanti sindacali dei lavoratori e degli enti previdenziali il 21 aprile, della Covip il 5 maggio, del professor Cottarelli il 12 maggio, dei rappresentanti del MEF il 19 maggio (sulla regolamentazione degli investimenti delle casse), del CNEL il prossimo 26 maggio (in materia di sanità integrativa, come nell'audizione odierna). Abbiamo già fissato anche l'audizione di rappresentanti di Enasarco per il 16 giugno; quindi, abbiamo un programma nutrito.

Ciò premesso, do la parola al dottor De Polis che ringrazio di nuovo per la sua relazione.

DE POLIS. Signor Presidente, onorevoli senatori e deputati, a nome dell'Ivass ringrazio questa Commissione parlamentare di controllo per l'invito a partecipare al ciclo di audizioni che state conducendo.

L'incontro è un'occasione preziosa per poter illustrare il ruolo e le competenze del sistema assicurativo e dell'Istituto nell'ampio settore del *welfare*, nelle sue componenti sanitarie, previdenziali e assistenziali.

Il tema della sanità integrativa è di crescente interesse, considerata l'evoluzione del contesto economico-sociale - mi riferisco all'aumento della speranza di vita, al cambiamento degli stili di vita e ai continui progressi della medicina - ma è anche legato all'esigenza di rimodulare il sistema sanitario a seguito della pandemia. È inoltre legato alla progressiva crescita della spesa sanitaria privata in Italia, su cui mi soffermerò.

Il mio intervento, quindi, si aprirà con una rappresentazione della rilevanza economica del settore del *welfare* sanitario nazionale e una sintetica descrizione della sua articolazione; fornirò alcuni dati, in particolare sul ruolo del settore assicurativo nell'ambito delle forme sanitarie integrative, e un'illustrazione del quadro normativo. Mi soffermerò poi sulle principali problematiche attinenti al tema della sanità integrativa che abbiamo raccolto nell'ambito della nostra attività di vigilanza a tutela dei consumatori attraverso la gestione dei reclami e delle segnalazioni telefoniche. Su questo

aspetto vorrei formulare qualche spunto di riflessione per un'azione di riordino normativo. Infine, farò un breve riferimento alla non autosufficienza e, per i profili che ricadono nella competenza dell'Istituto, alla previdenza complementare.

Inizierei con un quadro generale dei *trend* demografici, che sono molto rilevanti in questo settore. La denatalità e l'invecchiamento della popolazione sono due tendenze comuni nei vari Paesi europei. Tuttavia, sia oggi sia nelle proiezioni, l'Italia presenta livelli più elevati per quota di *over 65*, per quota di *over 80* e per rapporto di dipendenza degli anziani *over 65* sulla popolazione in età da lavoro. Questo *ratio* di totale dipendenza, qualora si calcoli in termini totali, cioè includendo al numeratore anche i giovani che, appunto, non sono produttivi, presenta in prospettiva valori più contenuti rispetto sia al dato francese sia al dato tedesco.

Questa tendenza demografica individua l'ampio contesto di riferimento in cui vanno inquadrati le tematiche e gli spunti di riflessione sul tema del *welfare* sanitario nazionale, sul ruolo rivestito dal settore assicurativo e sulle connesse problematiche di qualità e di controllo.

Faccio alcuni rapidi cenni di confronto internazionale. Con riferimento alla spesa sanitaria totale in rapporto al PIL, Italia, Portogallo e Spagna presentano un'incidenza pari a circa il 9 per cento, mentre all'estremo inferiore, in Europa, troviamo la Romania e il Lussemburgo con valori all'incirca pari al 6 per cento del PIL. Al contrario, Germania, Svizzera, Francia e Svezia registrano valori più elevati in cui la spesa sanitaria totale è compresa tra il 10 e l'11,5 per cento del PIL. Sempre rimanendo in Europa, aggregando la spesa sanitaria pubblica e le forme di assicurazione obbligatorie, che talvolta sostituiscono la parte pubblica, si ottengono quote fra il 70 e l'85 per cento del totale della spesa sanitaria.

Gli altri due canali sono, com'è noto, il canale diretto, il cosiddetto *out of pocket*, quindi, il canale sostenuto direttamente dalle famiglie, e le forme integrative volontarie.

Credo valga la pena sottolineare un dato importante, ovvero che la spesa diretta delle famiglie è particolarmente elevata in Italia, circa il 23 per cento del totale; è analogamente elevata in Spagna, Portogallo e Svizzera, mentre ha valori minimi in Germania (il 12,5 per cento), Francia e Olanda.

Nel nostro *dossier* presentiamo anche dei dati in forma tabellare.

Soffermandoci sul nostro Paese, la spesa sanitaria pubblica in Italia negli ultimi diciotto anni ha oscillato tra il 5,9 e il 7,1 per cento del Prodotto interno lordo; nel 2020 ha raggiunto i 123 miliardi di euro, in conseguenza della pandemia Covid, pari al 7,5 per cento del PIL. Agli importi, però, della spesa pubblica, come dicevo prima, vanno aggiunti, con riferimento al 2020, i 4,2 miliardi di spesa sanitaria cosiddetta intermediata, cioè, sostenuti da fondi sanitari, mutue e imprese di assicurazione, e i quasi 34 miliardi di spesa diretta delle famiglie, cosiddetta spesa *out of pocket*.

La spesa sanitaria intermediata e la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie costituiscono la cosiddetta spesa sanitaria privata. Nel complesso, nel 2020, l'intera spesa sanitaria pubblica e privata in Italia ha toccato i 161 miliardi di euro ed è arrivata, quindi, quasi al 10 per cento del Prodotto interno lordo.

I premi del ramo malattia raccolti dalle compagnie italiane evidenziano un *trend* moderatamente crescente in rapporto al complesso della spesa sanitaria intermediaria e ne rappresentano, alla fine del 2020, il

71,9 per cento. Se, però, come potete vedere nella tabella 3, la spesa sanitaria intermediata ammonta a circa lo 0,3 per cento del PIL, di questa percentuale lo 0,2 per cento è riferito a premi raccolti dalle compagnie di assicurazione e lo 0,1 a prestazioni fornite dai fondi sanitari e dalle società di mutuo soccorso. È interessante di nuovo fare un raffronto: a fronte di questo 0,3 per cento della spesa intermediata, la spesa delle famiglie è del 2 per cento.

I fondi sanitari, compagnie di assicurazione, società e casse mutue si dividono la spesa sanitaria intermediata che, nel complesso, nonostante la crescita degli ultimi anni, nel nostro Paese resta contenuta.

Com'è noto, il *welfare* sanitario in Italia ha tre grandi gambe: il Sistema sanitario nazionale (la più importante), i fondi sanitari integrativi, che per legge possono integrare le prestazioni di base del Sistema sanitario nazionale mediante forme di assistenza collettiva, e forme individuali di assistenza sanitaria, perlopiù erogata mediante polizze assicurative.

Presso il Ministero della salute c'è l'anagrafe dei fondi sanitari, un'anagrafe non pubblica, che prevede due distinte sezioni: la prima è data dai fondi sanitari integrativi in senso proprio e, dall'ultimo dato disponibile

pubblicato dal Ministero della salute nel 2018 e riferito al 2017, questi fondi sono nove, mentre enti, casse e società di mutuo soccorso nel 2017 erano 313.

Siamo in stretto contatto con il Ministero della salute per avere il dato aggiornato dei soggetti iscritti all'anagrafe dei fondi sanitari e sappiamo che a breve il Ministero dovrebbe rendere pubblico tale dato.

Quindi, il quadro dei controlli sui fondi integrativi finora non è andato - per essere molto chiaro - molto oltre l'istituzione dell'anagrafe presso il Ministero della salute. Forme di vigilanza sono svolte dal Ministero della salute sui fondi e dal Ministero dello sviluppo economico sulle società di mutuo soccorso.

Vi diamo ora qualche informazione sulle problematiche che emergono, viste dal lato dei cittadini, ovvero dei fruitori di tali servizi prestati dagli intermediari.

Riceviamo circa 20.000 reclami ogni anno dai consumatori, a cui si aggiungono le 24.000 telefonate ricevute dal *contact center* consumatori, che rappresentano, quindi, un importante punto di osservazione. Diamo la

massima attenzione a questi canali di comunicazione con i cittadini al fine di assicurare un'adeguata protezione agli assicurati.

Con riferimento specifico al settore in esame, quello che riscontriamo in primo luogo è che i reclami e le segnalazioni che l'Ivass riceve sono riferiti in maniera indifferenziata a imprese di assicurazione, fondi sanitari e società di mutuo soccorso - questi ultimi due soggetti non sono sottoposti alla vigilanza dell'Ivass - e finanche agli stessi *provider* di servizi sanitari. In sintesi, il primo aspetto che vorremmo sottolineare è che i beneficiari delle prestazioni tendono a non percepire le differenze tra i diversi soggetti responsabili della prestazione e soprattutto fra le diverse discipline e forme di tutela previste dall'ordinamento, talvolta anche per l'utilizzo di terminologie un po' mistificatorie, permettetemi di dichiararle così. Ad esempio, penso all'uso del verbo "assicurare", nei contratti e soprattutto nelle *brochure* di presentazione dei prodotti, anche quando il servizio è solo offerto e garantito nei limiti delle disponibilità del fondo o della società di mutuo soccorso. Questa è una differenza fondamentale, ma talvolta si usano talune terminologie per cui le persone non capiscono e pensano che possono

rivolgersi all'Ivass perché c'è scritto "assicura", quindi ci si rivolge a noi.

Le criticità rilevate sono riconducibili in assoluta prevalenza a condizioni contrattuali poco chiare, carenza nell'informativa precontrattuale che sovente - merita ricordare - è a carico dei datori di lavoro, perché si tratta spesso di accordi collettivi, difficoltà in fase di prestazione e di rimborso. Sarebbe quindi opportuno che le prestazioni sanitarie e idealmente i percorsi di cura definiti dai protocolli sanitari fossero inequivocabilmente identificati e descritti così da evitare false aspettative negli assistiti e pretestuosi dinieghi da parte degli enti. Tale obiettivo si potrebbe conseguire attraverso il ricorso a un nomenclatore unico delle prestazioni specialistiche, cui dovrebbero attenersi tutti gli operatori della sanità integrativa (i fondi, le casse, le società di mutuo soccorso, le imprese di assicurazione), da aggiornare nel tempo e con un duplice beneficio: quello di eliminare la forte discrezionalità ad oggi presente nell'interpretazione, appunto, delle prestazioni oggetto dei piani sanitari e nel contempo di favorire la concreta confrontabilità tra i piani, e quindi anche una concreta possibilità di scelta.

Nell'attuale quadro, per i cittadini che sottoscrivono contratti

assicurativi, ovvero aderiscono a fondi sanitari offerti e garantiti dal settore assicurativo, l'ordinamento prevede controlli sulla solvibilità delle compagnie, di trasparenza informativa e contrattuale e, soprattutto, di correttezza nella distribuzione. Le altre tipologie di soggetti che offrono forme di sanità integrativa hanno regole meno vincolanti in tema di prestazioni e controlli meno stringenti o talvolta anche assenti.

Operatori del settore assicurativo anche di recente - mi riferisco soprattutto al mondo degli agenti - hanno lamentato sconfinamenti da parte di talune società di mutuo soccorso dalla finalità assistenziale prevista dalla legge a un'attività di fatto assicurativa. In definitiva, riteniamo che vada valorizzato il ruolo della sanità integrativa, procedendo a un riordino organico della materia, migliorando la protezione dei cittadini aderenti in forme singole o collettive e definendo nuove e più chiare forme di cooperazione tra pubblico e privato.

Interventi dovrebbero poi coerentemente interessare, secondo attenti criteri di proporzionalità, ma anche di tutela sostanziale degli aderenti, le regole di funzionamento, di collocamento dei prodotti, di solidità tecnico-

patrimoniale e il regime dei controlli dei diversi operatori della sanità integrativa.

In questa sede desideriamo rinnovare la nostra piena disponibilità a lavorare in tal senso, al fine ultimo, come dicevo, di aumentare la tutela del paziente/consumatore, indipendentemente dallo strumento prescelto per tutelare le proprie necessità.

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico si ripercuote inevitabilmente sull'universo dei bisogni di cura conseguenti alla perdita dell'autosufficienza nell'età avanzata. La spesa pubblica per la cosiddetta *long term care*, rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti include tre componenti: la componente sanitaria, la spesa per indennità di accompagnamento, la spesa per altre prestazioni.

Da una proiezione condotta dalla Ragioneria generale dello Stato, emerge che il rapporto fra spesa *long term care* e PIL passerà dall'1,9 per cento del 2020 al 2,6 per cento del 2070. A queste spese vanno aggiunte quelle private non facilmente quantificabili, ma molto ingenti. Le statistiche parlano di oltre tre milioni di disabili, mezzo milione di ricoverati in

residenze sanitarie e oltre un milione in assistenza domiciliare.

La difficoltà di far fronte ai bisogni attuali e futuri delle persone anziane non autosufficienti stimola, quindi, la necessità di risposte anche dal mondo assicurativo. Al momento, va detto che la copertura dei rischi *long term care*, con l'erogazione di una rendita assicurativa a favore del soggetto non autosufficiente, è molto poco diffusa in Italia. Anche per lo sviluppo di questo ambito si possono ipotizzare formule che prevedano modalità di cooperazione pubblico-privato con l'auspicabile coinvolgimento del terzo settore per definire i livelli di copertura economicamente sostenibili e, soprattutto, concretamente attenti anche alla qualità relazionale dei servizi offerti.

Si tratta di pensare a un nuovo *welfare* in grado di sostenere, anche con risorse private che originano da una base universale, solidaristica o comunque molto estesa, le imprese di assicurazioni o altri organismi specializzati in grado di erogare prestazioni economiche e/o direttamente servizi alle persone prive di autosufficienza. Questo è un altro aspetto che si sta sviluppando nel settore assicurativo: non c'è soltanto la prestazione o il

risarcimento, ma anche la prestazione diretta di servizi, anche nel lungo termine.

Vado a concludere, soffermandomi sul tema della previdenza complementare e il ruolo del settore assicurativo.

Le assicurazioni partecipano al sistema della previdenza complementare, al cosiddetto secondo e terzo pilastro, in diverse modalità: i fondi pensione negoziali costituiscono il secondo pilastro del sistema previdenziale e sono istituiti in virtù di accordi collettivi di lavoro; le imprese di assicurazione autorizzate ai rami vita possono concorrere, insieme ad altri soggetti intermediari finanziari, come le banche, alla gestione delle risorse di questi fondi pensione.

Nell'ambito, invece, del terzo pilastro operano i fondi pensione aperti, costituiti da banche o anche da assicurazioni o da società di intermediazione mobiliare e, sempre nell'ambito del terzo pilastro, accanto ai fondi pensioni aperti, sono stati disciplinati i Piani individuali pensionistici, cosiddetti PIP, ad adesione individuale che possono essere proposti solo dalle compagnie di assicurazione; quindi, sono prodotti esclusivi delle compagnie di

assicurazione.

È importante ricordare che le imprese di assicurazione svolgono un ruolo molto rilevante nel sistema della previdenza integrativa, perché sono i soggetti deputati eventualmente all'erogazione delle prestazioni in rendita al termine della fase di accumulo, poiché in genere i fondi accumulano e, poi, nel momento in cui l'ammontare del fondo viene versato a una compagnia, quest'ultima, sulla base della somma accumulata, paga al beneficiario che ne ha fatto richiesta una rendita perpetua.

Agli strumenti di previdenza complementare delineati dall'ordinamento italiano si è aggiunto recentemente un nuovo prodotto pensionistico ad adesione sempre individuale, il Pan-european personal pension product (PEPP).

Nelle intenzioni della Commissione UE che li ha promossi, i PEPP sono destinati a favorire la creazione e lo sviluppo nel mercato unico europeo delle forme di previdenza complementare ad adesione individuale, affiancando, senza sostituirli, i prodotti pensionistici già presenti negli altri Stati.

I compiti di controllo sull'intero settore della previdenza complementare, con riferimento alla trasparenza e alla correttezza dei comportamenti e al buon funzionamento del sistema di previdenza complementare, sono attribuiti alla Covip, alla quale si affiancano le competenze di vigilanza prudenziale delle autorità di controllo (in particolare dell'Ivass nel caso delle assicurazioni, della Banca d'Italia per le banche e gli altri intermediari vigilati) sui soggetti gestori vigilati.

Con riguardo ai criteri di investimento del risparmio previdenziale, ci sono regole diverse. In particolare, diverse sono le regole per i fondi pensione aperti e per le polizze previdenziali, anche se stiamo lavorando, con una proposta attualmente in pubblica consultazione, per andare ad allineare sostanzialmente le regole di investimento dei prodotti di investimento previdenziale dei PIP alle altre tipologie di fondi pensione, quindi, con l'obiettivo di avere le stesse modalità e soprattutto gli stessi criteri di investimento.

A differenza della sanità integrativa, la previdenza complementare, a nostro avviso, poggia su un quadro normativo più definito, soprattutto nei

confini tra pubblico e privato, nei ruoli e nelle forme di controllo dei diversi soggetti privati che vi operano; come per il settore sanitario, riteniamo che vi siano spazi, comunque, per una sua ulteriore valorizzazione.

Per quanto nelle nostre competenze, manifestiamo piena disponibilità a contribuire con le altre autorità di settore e le altre istituzioni a vario titolo coinvolte, a una riflessione strategica su possibili evoluzioni della previdenza complementare.

Mi fermerei qui, signor Presidente, onorevoli senatori e deputati, e ribadiamo che manifestiamo tutta la nostra disponibilità a fornire ulteriori approfondimenti e a partecipare a confronti su tutti i temi trattati da questa Commissione.

CANTÙ (*LSP-PSd'Az*). Dottor De Polis, come mai, secondo lei, i soggetti elettivamente vigilati da Ivass, direttamente in qualità di garanti dell'offerta sanitaria di fondi, sono così refrattari ad aderire alle richieste, da più parti avanzate, dei controlli sui fondi integrativi, relativamente ai costi e ai benefici generati dopo oltre dieci anni di messa a regime?

Se vuole, entro più nello specifico: valutare i costi complessivi degli sgravi fiscali ottenuti dai sottoscrittori, comparati con le prestazioni effettivamente rese in punto di appropriatezza e al di fuori dei LEA.

PUGLIA (M5S). Ringrazio il segretario generale dell'Ivass per essere qui oggi e per averci fornito un quadro generale delle due tematiche che volevamo approfondire.

In riferimento alla sanità integrativa, anche nella relazione si comprende - in realtà, era un qualcosa di già noto - che in pratica i controlli sui fondi integrativi oggi, come si diceva, non sono andati molto oltre l'istituzione dell'anagrafe presso il Ministero della salute. Forse - e questa è una mia osservazione, non c'è nell'indicazione dell'Ivass - il Ministero non ha né gli strumenti né la giusta formazione per poter controllare i fondi sanitari integrativi. Allora, vengo alla domanda.

Il vostro Istituto in realtà già cura il controllo di alcune forme sanitarie, con l'accezione di cui la collega ci ha reso partecipi; quindi, visto che avete la giusta formazione, sareste in grado di accogliere anche quest'altro carico

di lavoro, ovvero la verifica, il controllo sui fondi sanitari integrativi, in questo caso negoziali?

In merito alla previdenza complementare, dalla relazione abbiamo un quadro generale del funzionamento, però vorrei entrare un po' più nel particolare, pur rendendomi conto che in questo momento, in questa sede, un'eventuale risposta non potrà certamente soddisfare pienamente la mia domanda, perché occorrono i dati.

Abbiamo la possibilità di comprendere i costi che ci sono all'interno delle varie polizze? Mi è giunta notizia che quando si stipula un fondo di previdenza del terzo pilastro, da parte del consumatore non c'è - come è normale che sia - una formazione, e molto spesso nei prospetti informativi non è indicato in maniera particolare quali sono i costi di gestione di quel determinato piano, sia di ingresso sia di gestione annuale, ma anche all'atto dell'erogazione della prestazione. Ecco, le chiedo se il vostro Istituto abbia questi dati per comprendere i costi di ingresso, i costi di gestione e quelli finali, quando si eroga la prestazione. Vorrei insomma ben comprendere se alla fine convenga realmente al consumatore adottare queste formule, perché

sarebbe forse auspicabile, anche con un atto regolamentare, obbligare in maniera puntuale, trasparente e particolare, all'inserimento dei costi nelle note informative, soprattutto in quelle sintetiche, che normalmente sono quelle lette dal consumatore, in modo tale che si possa fare una valutazione puntuale.

In merito alla sanità integrativa, ci sono arrivate diverse segnalazioni sulla durata annuale delle polizze sanitarie. Ebbene, sembrerebbe che tali polizze siano di durata annuale e oggetto di rinnovo/prolungamento anno per anno. Questo ci fa intendere che tali contratti dovrebbero essere in realtà di durata quantomeno quinquennale, proprio per evitare problemi su base annua e definire un piano pluriennale unico e non oggetto di rinegoziazione anno per anno. Avete avuto segnalazioni in tal senso? Avete ulteriori informazioni? Cosa pensate dell'eventuale proposta di allargare i piani, con una durata certamente non annuale che eviti una continua rinegoziazione?

PRESIDENTE. Aggiungo poche domande a quelle dei colleghi.

Dalla vostra ricostruzione dell'anagrafe presso il Ministero della salute

mi è venuta una semplice curiosità sul perché della mancanza di pubblicità e della difficoltà nella mappatura, ovvero se si tratti di una strozzatura normativa o amministrativa. Pur con tutti i limiti del sistema di vigilanza e di regolamentazione unitaria, mi sembra che un requisito abbastanza semplice da soddisfare, in attesa di un riordino complessivo del settore, sia la completa trasparenza, unita a un aggiornamento in tempo reale degli operatori del settore, pur in un quadro poco regolato.

In questa asimmetria che avete riportato nei dati già nota, fra sanità intermediata e spese dirette *out of pocket*, chiedo, oltre alle strozzature regolamentari che avete evidenziato, quale sia il peso dell'educazione finanziaria e assicurativa e quanto si possa anche accompagnare a una maggiore trasparenza e a un riordino del settore con strumenti volti a favorire la domanda attraverso azioni di educazione finanziaria e assicurativa.

Vengo all'ultimo quesito sul tema enorme della non autosufficienza; ci avete ricordato i dati. In attesa anche lì di interventi di politiche pubbliche di sistema, se qualcuno a un certo punto volesse pensare anche a forme di parziale contribuzione obbligatoria rispetto alla copertura del rischio, anche

in uno schema pubblico-privato, quanto dalla vostra angolatura il mercato, o meglio l'offerta in generale è pronta ad assorbire interventi di questo tipo?

DE POLIS. Signor Presidente, parto proprio da quest'ultima domanda, cercando di rispondere a tutte le altre.

In merito alla durata annuale dei contratti, è vero, come è vero che adesso ce ne sono alcuni sul mercato che durano una vita intera, cioè con un premio magari rivedibile, ma va già definito, a vita intera. Ad ogni modo, sicuramente è un tema, perché dietro la durata annuale c'è il fatto che, in caso di malattia, in corsa, durante l'anno, si corre il rischio che non venga rinnovato il contratto oppure che venga rinnovato a condizioni molto più onerose. Quindi, siamo assolutamente favorevoli, come abbiamo già detto altre volte, a prevedere, come in tutta la parte pubblicitica, che gli approcci tendenzialmente garantiscano una copertura pluriennale, se non a vita intera, perché questo dà alle persone una garanzia effettiva. Logicamente questo sarà tema di discussione e di confronto perché in Italia vige un principio anche di libertà contrattuale da entrambe le parti, ma è sicuramente una

questione che va affrontata e in altri casi è stata affrontata e disciplinata in maniera opportuna.

Per rispondere ad altre domande, il problema che troviamo in particolare nel settore della sanità integrativa, proprio per la frammentazione dei compiti e delle responsabilità, è che mancano i dati. La stessa anagrafe ci dà l'elenco, i nomi e i cognomi; negli ultimi dati pubblicati per il 2017 ci fornisce alcuni dati essenziali, ma in realtà, per fare delle analisi, come quelle che suggeriva lei all'inizio, occorrerebbe avere dati molto dettagliati sulla composizione di tutti i contributi: dei premi da parte delle assicurazioni e dei contributi che i cittadini versano alle altre forme previdenziali. Questi dati non ci sono, quindi diventa estremamente difficile fare analisi e su queste basare soluzioni che partano almeno da dati reali. Questo è il tema più rilevante che riscontriamo. Il discorso vale in parte anche per il mondo assicurativo, perché, ad esempio, noi non abbiamo il dettaglio della contribuzione, delle facilitazioni fiscali che stanno dietro a un contratto assicurativo; lo si può avere in via teorica, ma non si ha il dato concreto di ogni singolo contribuente; è un dato non disponibile.

Sicuramente dedichiamo molta attenzione a tutto il settore assicurativo e alle coperture che le compagnie di assicurazione forniscono anche alle altre forme di intermediazione sanitaria, perché molti fondi pensione e molte società di mutuo soccorso a loro volta si coprono con una compagnia di assicurazione. Come dicevo, quei due terzi circa di sanità intermediata che fa capo alle compagnie in realtà non sono solo polizze di terzo livello delle compagnie, ma sono anche coperture offerte dalle compagnie ai fondi sanitari; anzi, molte compagnie, per essere chiari, hanno propri fondi sanitari e, attraverso questi, offrono le prestazioni. Sono prestazioni che devono andarsi a raccordare - questo è un altro tema generale - con le previsioni, connesse all'iscrizione nell'anagrafe, che prevedono, soprattutto per i fondi di categoria B, quella più numerosa, i 330, che almeno il 20 per cento delle prestazioni venga destinato a quelle attività non coperte dal Servizio sanitario nazionale. Penso, per esempio, all'odontoiatria, alla *long term care*, ma anche a tutto ciò che attiene al settore della convalescenza a seguito delle malattie, perché sono prestazioni che non sono coperte dal Servizio sanitario nazionale, ma possono essere coperte da questi fondi integrativi. Tuttavia,

anche questo tipo di controllo non è facile da effettuare e, nel caso specifico, ad esempio, non spetta all'Ivass perché noi vigiliamo le compagnie, ma non i fondi, quindi sui fondi non abbiamo dati.

Ora, che possa essere l'Ivass o un altro soggetto - dirò il mio personale punto di vista, permetta di dirla così - poco importa; ciò che sarebbe effettivamente utile è avere una visione d'insieme, qualcuno che tenga sotto controllo e soprattutto riesca ad avere conoscenza approfondita di questo importante fenomeno, che riteniamo possa crescere anche in futuro.

La nostra è un tipo di vigilanza che tradizionalmente ha due cappelli: uno è più squisitamente prudenziale, quindi in realtà legato alla capacità dei soggetti che offrono un servizio o una prestazione di farvi fronte con regolarità, quindi di avere la robustezza. Ovviamente, questo funziona se chi offre il servizio è organizzato in maniera tale da poter garantire questa robustezza patrimoniale, di organizzazione.

Una parte, come dicevo, della sanità intermediata, invece, non ha questa logica, perché va a ripartizione; cioè, non garantisce, non assicura la prestazione; si impegna a dare una prestazione finché l'organismo può, in

base ai contributi che riceve, alle disponibilità presenti, e così via. Chiaramente questo cambia in parte la filosofia, perché, nel momento in cui si dovessero introdurre logiche più assicurative nel settore, queste realtà dovrebbero rafforzarsi dal punto di vista patrimoniale, organizzativo, insomma, con tutta una serie di attività, forse anche aggregarsi - mi permetto di dire - per diventare più robuste.

L'altra attività di vigilanza che facciamo, che pure è molto importante, è quella di condotta del mercato, quindi, tutela del consumatore in termini di comprensibilità, trasparenza, correttezza dei prodotti che gli vengono proposti. Ecco, questo è un aspetto che meriterebbe sicuramente di andare a equiparare tutto ciò che viene distribuito attraverso il mondo assicurativo, ma anche di altri settori, il mondo bancario, e quello, ad esempio, degli altri soggetti della sanità intermediata. Mi riferisco alle società di mutuo soccorso, agli stessi fondi quando collocano direttamente, perché oggi le regole sostanzialmente sono molto più scarse. Soprattutto - noi facciamo anche la supervisione e non solo la regolamentazione - le regole sono importanti, ma se non vengono sistematicamente controllate o comunque non si rischia nulla

a non rispettarle, nel lungo periodo vanno in desuetudine, per essere chiari.

Ad esempio, nel settore della distribuzione degli intermediari sanitari, ci sono le regole ma sostanzialmente non ci sono soggetti che le fanno rispettare o che sono tenuti a farle rispettare, quindi è un auto-rispetto della regola.

Per venire all'altra domanda, se c'è utilità di andare a migliorare le regole, in particolare in termini di costi complessivi, sicuramente le regole ci sono. Oggi i prospetti informativi anche dei fondi pensione, dei contratti assicurativi, sono piuttosto chiari su quelli che sono i costi e anche su quelli che possono essere - mi riferisco soprattutto alla parte previdenziale - i rendimenti attesi. Ovviamente sono stime, con tutto quello che possono valere, ma volevo assicurarle che le regole ci sono, ma c'è una grande attenzione a migliorarle sempre di più. Ad esempio, in sede europea si è fatto un lavoro importante per quanto riguarda i PEPP, i nuovi prodotti, proprio perché, sulla scorta dell'esperienza finora maturata, sono state introdotte regole particolari. Ne voglio ricordare una interessante: nel cosiddetto PEPP base, cioè la versione *standard*, c'è addirittura un limite, un tetto, per cui i

costi annuali non possono essere superiori all'uno per cento del premio. È una novità di un certo rilievo rispetto a quanto avvenuto finora.

Ho sentito prima il Presidente dire che a giugno ci sarà la Covip in audizione. Ebbene, loro sicuramente seguono in maniera più stabile proprio il tema della distribuzione dei prodotti pensionistici; tra l'altro, anche sul sito Covip è pubblicata una pagina con tutti i fondi pensione e i relativi costi (quelli contenuti nei prospetti informativi).

Le difficoltà dell'anagrafe non saprei dirle, Presidente. Anche noi saremmo i primi interessati ad avere dati quanto più aggiornati e anche, se possibile, più di dettaglio. Tuttavia, l'ultimo dato pubblicato è riferito al 2017 e prossimamente dovrebbero essere pubblicati altri dati; non so se cambieranno la modalità o se sarà un semplice aggiornamento del numero e dei nomi dei soggetti iscritti.

Sulla non autosufficienza, il mercato è pronto? Direi che il mercato è interessato, questo lo posso dire. Questo perché oggi si stanno sviluppando anche tante forme, come dicevo, di servizio; cioè, l'idea di molte compagnie è quella di offrire, al di là di una rendita, che pure è sempre possibile, servizi

stabili alle persone non autosufficienti, anche avvalendosi degli sviluppi del mondo digitale. Quindi, servizi del terzo settore per le prestazioni che vanno fatte *in loco* e servizi dello sviluppo della tecnologia digitale per quelle prestazioni che possono essere fornite anche da remoto. Mi riferisco, ad esempio, a tutti i servizi sanitari di monitoraggio delle persone non autosufficienti a distanza. Qui c'è grande interesse delle compagnie e anche in questo caso ritorna il tema - nel cercare di sviluppare questi progetti - di una sinergia di collaborazione tra pubblico e privato, perché ovviamente se i servizi sono solo a carico del cittadino, la fruizione risente di un problema di educazione finanziaria, ma anche - permettetemi di dirlo con estrema chiarezza - di disponibilità finanziaria, perché non tutti, ahimè, possono permetterselo.

Soprattutto, in tema di cultura finanziaria e assicurativa, quello che serve è iniziare ad affrontare queste situazioni, come, ad esempio, la non autosufficienza, fin da quando si è giovani. Questo è un po' il tema, perché una polizza *long term care* che copre un evento che ci si augura possa avvenire nella parte finale della vita, ma in cui un capitale si accumula sin da

quando si è giovani, ha un costo sicuramente molto più affrontabile; è impensabile ipotizzare che questo capitale venga costituito a partire dal sessantesimo anno di età, perché non sarebbe sostenibile. Quindi, anche in questo caso, se fosse possibile, dovrebbero essere messe in atto politiche che facilitino e diano altre motivazioni, oltre a quelle culturali che sono fondamentali.

Le persone devono capire che, effettivamente, ricorrere a formule assicurative private o pubbliche - poco importa - in cui si rinuncia periodicamente a una parte modesta del reddito per avere un possibile beneficio all'occorrenza in una determinata fase della vita, è un modo (anche questo) di gestire razionalmente la propria finanza. È un po' la logica della spesa *out of pocket* che si distribuisce perlopiù sulle spalle di chi sta male e, nell'approccio assicurativo, i sani contribuiscono a pagare una parte delle spese di chi invece è più sfortunato e incorre in una malattia. La filosofia è questa. Dobbiamo cercare di abbracciare questa cultura assicurativa, che è una cultura di mutualità e in parte anche di solidarietà.

*Commissione parlamentare per il controllo
sull'attività degli enti gestori di forme
obbligatorie di previdenza e assistenza
sociale*

**BOZZE NON
CORRETTE
AD USO INTERNO**

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor De Polis e i rappresentanti dell'Ivass per il contributo fornito ai nostri lavori e dichiaro conclusa l'odierna procedura informativa.

La seduta termina alle 14.35.