



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

47^a seduta: mercoledì 15 giugno 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**

INDICE

Sulla pubblicità dei lavori

Audizione del Presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL)

Sigle dei Gruppi parlamentari del Senato della Repubblica: C.A.L. (Costituzione, Ambiente, Lavoro)-Alternativa-P.C.-I.d.V.: CAL-Alt-PC-IdV; 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-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-+Europa - Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

Sigle 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-MAIEPSI-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..

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

**BOZZE NON
CORRETTE
AD USO INTERNO**

*Intervengono il Presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del
lavoro (CNEL), professor Tiziano Treu e il consigliere Michele Faioli.*

I lavori hanno inizio alle ore 13,45.

(Si approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori

PRESIDENTE. Avverto che della seduta odierna verranno redatti il resoconto sommario e il resoconto stenografico e che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo, per la quale la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso.

I lavori della Commissione potranno essere quindi seguiti dall'esterno sulla *web-TV* della Camera.

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

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: audizione del Presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL)

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 7 giugno.

È oggi in programma l'audizione del Presidente del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro (CNEL). Ringrazio il presidente Treu, il dottor Noli segretario generale, il consigliere professor Fraioli, per la loro disponibilità a partecipare ai lavori della Commissione nell'ambito dell'indagine conoscitiva che la Commissione sta conducendo sulla funzionalità del sistema previdenziale obbligatorio e complementare, nonché del settore assistenziale. Proprio per questo oggi intendiamo acquisire il contributo del Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro in merito al tema dell'efficacia dell'attuale quadro normativo relativo ai fondi sanitari

integrativi. Con riferimento al settore previdenziale, la Commissione ovviamente accoglierà con favore eventuali riflessioni complessive, con particolare riferimento al sistema della previdenza complementare.

Prima di dare la parola agli auditi, ne approfitto per ringraziare le colleghe e i colleghi della Commissione per il ritmo serrato con cui stiamo conducendo questo ciclo di audizioni e ne approfitto anche per spiegare il senso del lavoro che stiamo facendo, che ovviamente non sfugge ai componenti di questa Commissione, ma apparentemente sfugge un po' a chi ci osserva da fuori. Ovviamente questa Commissione non ha compiti di vigilanza diretta, che spettano al Ministero del lavoro e alla COVIP come Autorità indipendente. Non spettano a noi interventi legislativi di riordino del settore che spettano all'iniziativa legislativa del Governo e delle Commissioni di merito. Il nostro ruolo, che abbiamo svolto da inizio legislatura sotto la Presidenza del collega Puglia, adesso sotto quella del sottoscritto, è di portare avanti indagini conoscitive e atti di indirizzo rivolti agli altri soggetti per segnalare problemi e possibili soluzioni. Per produrre questi atti, ovviamente, ci avvaliamo di una serie di audizioni che in questo

periodo sono particolarmente fitte, è nostro interesse ascoltare tutti i punti di vista, tutti le voci che hanno da offrire qualcosa alla nostra conoscenza del sistema previdenziale e questo è il nostro metodo di lavoro. Per questo, ho trovato un po' curioso che il Presidente di una cassa previdenziale, in un convegno pubblico, abbia deciso di dire chi questa Commissione debba e non debba audire, e che audire i sindacati delle lavoratrici e dei lavoratori delle casse previdenziali significa uscire dal perimetro del nostro mandato. Ripeto che questo è il nostro mandato: ascoltare tutti i punti di vista, anche quelli dei singoli iscritti che segnalano problemi. Dopodiché, per noi non parlano le audizioni, per noi parlano gli atti di indirizzo che approviamo come membri della Commissione. Questa è la nostra funzione come la funzione del Presidente delle casse dovrebbe essere di preoccuparsi dei crediti contributivi o dei problemi delle iscritte e degli iscritti e non dettare l'agenda di una Commissione parlamentare di controllo. Se qualcuno pensa che la nostra funzione sia partecipare a dei convegni per dire che va tutto bene, forse non ha messo bene a fuoco la nostra funzione. Ci tenevo a fare questa precisazione anche per salvaguardare il ruolo di tutti i componenti di

questa Commissione.

Ciò premesso, do la parola al presidente Treu.

TREU. La ringrazio, signor Presidente. Come di consueto, lasceremo agli atti una memoria scritta. Sono oggi coadiuvato anche dalla dottoressa Larissa Venturi che è, appunto, dirigente del settore, che è stata grande parte di questo lavoro e come avete detto, vi sarà anche il contributo del professor Faioli, che è pure coinvolto in questo tema.

Vorrei fare una premessa. Il CNEL ha più volte seguito il sistema previdenziale, con particolare riferimento ai fondi pensione, poi si dovrà vedere la parte specifica, prima citata, che riguarda le casse, i loro fatti e misfatti, come si suol dire. In questo caso, però, vogliamo concentrarci, come richiesto, in particolare sulla sanità integrativa o complementare, che dir si voglia. Il motivo è non solo contingente, perché abbiamo già detto molte cose sulla previdenza complementare e pensionistica, quindi è giusto anche dedicare attenzione a questo, ma perché nonostante questo settore abbia avuto un grandissimo sviluppo e vanti una notevole dimensione - abbiamo

addirittura 300 fondi iscritti all'anagrafe e un numero imprecisato, ma superiore ai 10 milioni di persone, che sono lavoratori, ma anche familiari, che beneficiano di queste casse - l'attenzione e la regolazione su questo enorme settore è scarsa ed inadeguata, quindi, è bene che ci concentriamo su questo. Ringrazio anche per questo la Commissione.

Farò qualche osservazione di carattere generale che però qui è specificata, come vi ho detto, nel testo scritto e poi il professor Faioli o la dottoressa Venturi, ovviamente se credono o se ci sono poi domande, possono aggiungere delle integrazioni.

Parlavo prima del grande sviluppo di questo particolare settore, che rientra in quello che si chiama il secondo *welfare*, che è sostanzialmente di origine negoziale: si stimano oltre 10 milioni di persone, compresi i familiari, che sono sempre più una parte integrante di questo *welfare*. I motivi sono diversi e ben specificati nel documento scritto. Per un verso, si dice che questi sistemi integrativi sono il riflesso della crisi del sistema pubblico e, in questo caso, del Servizio sanitario nazionale, ma questa è solo una parte della verità. È vero che il sistema pubblico è affaticato perché c'è un crescente

peso della richiesta di sanità e assistenza - tra l'altro questa è una complicazione del settore, perché siamo a cavallo tra sanità e assistenza - in quanto siamo un popolo con alta progressione dell'invecchiamento, quindi i bisogni sono cresciuti e continuano a crescere, anche a prescindere dalla pandemia, ma il fatto è che questa parte del *welfare* integrativo, come anche quella sulla previdenza pensionistica - e forse di più - è sviluppata perché ci sono bisogni che si sono accumulati e diversificati negli ultimi tempi - ripeto, con la pandemia, ma anche prima - e che non sono previsti e difficilmente possono essere previsti dal sistema nazionale, che ha a che fare con i bisogni *standard*, i livelli minimi, i servizi essenziali. Questo è un settore integrativo, poi in realtà non è così nei fatti, ed è uno dei punti critici che sottolineiamo. Lo si vede dalla spesa privata delle famiglie - *out of pocket*, come si dice - che addirittura si è impennata nell'ultimo periodo che in molti casi cresce senza controlli. Questo è un punto critico e vi è anche il dubbio sul perché questa crescita avvenga così a macchia di leopardo, come si dice nel testo scritto, cioè risentendo della differenza della geografia delle imprese e del lavoro, riguardando soprattutto le piccole imprese poco protette ed il Sud.

Questo andamento riflette per certi versi delle diseguaglianze che sono proprie anche di altri settori. Sta di fatto che c'è una crescita notevole e non abbastanza controllata - dirò perché - di questi bisogni non previsti e che quindi finiscono per scaricarsi sul sistema privato individuale o, come in questo caso, collettivo, perché i fondi sono degli strumenti collettivi e largamente compartecipati dalle parti. Anzi, la cosa interessante che viene indicata nel documento è che questi fondi, come anche nella previdenza pensionistica, sono fondi che vengono dal passato, da una fase in cui questa era espressione della munificenza di grandi aziende, ma poi questi fondi si sono evoluti, sono appunto quasi tutti non solo di origine contrattuale e amministrati quindi bilateralmente, ma in realtà hanno una tipologia che viene definita originariamente a livello aziendale, ma sempre di più è presa in carico dai contratti nazionali. Come ricorderà anche il presidente Nannicini, perché era coinvolto direttamente, a un certo punto i benefici fiscali, che hanno alimentato molto queste forme integrative, sono stati indirizzati anche quando la fonte era il contratto nazionale, che non era ovvio, abbastanza in linea col sistema. Questo ha permesso di dare un

protagonismo al contratto nazionale e, in parte, può servire a coprire le divaricazioni che, se fossero lasciate solo alla contrattazione aziendale, sarebbe più difficile colmare. Giova notare che, come il CNEL ha sottolineato in molte altre occasioni, la contrattazione aziendale non va oltre certe percentuali nel panorama delle imprese, quindi ci sarebbe grande bisogno di trovare delle forme di contrattazione territoriale, soprattutto per questo settore, perché intercetta poi le competenze degli enti locali e naturalmente delle Regioni, quindi quello del territorio è, più ancora che la previdenza pensionistica, un luogo di elezione. Questa è la *ratio* di questa crescita, che naturalmente è favorita anche da qualcosa che di solito non si dice, ma che voglio ricordare, ovvero che questo è un tipo di assistenza-previdenza che, a differenza di quella pensionistica, ha una visibilità immediata, cioè si versano i contributi, si ha la tutela e se ci si ammala, sempre sperando che non accada, si vede subito il risultato, mentre la pensione è spostata nel tempo, tra l'altro ha degli effetti molto comprensibilmente negativi sul fatto che per esempio i giovani non ci sono, o ci sono poco, nella previdenza pensionistica. In questa previdenza invece

il consumo è immediato. È quindi una previdenza molto visibile e molto appetita e negli ultimi tempi, con favore normativo e soprattutto fiscale, estesa ai grandi contratti. Addirittura, se volete vedere il rovescio della medaglia - questo non è scritto, ma lo dico io - questa moneta *welfare*, rappresentata sia dai contributi per avere la pensione integrativa, sia da questi per avere la sanità integrativa, pesa di più, per via degli incentivi fiscali, della moneta *cash* e quindi spesso si interpolano gli aumenti salariali *cash* dei contratti collettivi nazionali con questo, anche perché il *cash* è scarso in questi ultimi tempi e quindi si compensa. Se tutto funziona, va bene, ma il problema è - questo è uno dei primi punti critici - quali sono i bisogni che effettivamente meritano questi incentivi. È un problema che abbiamo discusso altre volte, anche per la previdenza pensionistica, ma che qui sono pure presenti.

Una nota generale che noi facciamo in premessa, che vale per tutto, poi dirò dei punti specifici, è che, a differenza del sistema pensionistico complementare, questo è cresciuto con interventi normativi successivi - nel documento c'è un dettaglio molto preciso - ma poco coordinati; più che mai

questa è un'area in cui la normativa è, come si dice, alluvionale e non fa sistema, quindi restano molti dubbi sull'efficacia regolativa; tant'è vero che CNEL alla fine richiama la necessità - questo è un appello che viene da tutte le parti - di mettere in ordine l'insieme di questa normativa. La premessa che sottolineo subito - dirò poi delle criticità in particolare - è che prima di fare un intervento bisognerebbe avere, in primo luogo, una mappa precisa delle prestazioni degli enti, che non abbiamo, e questo è uno degli effetti della disorganicità della normativa e degli enti che se ne occupano, che sotto questo aspetto sono uno peggiore dell'altro. Manca dunque una mappatura precisa e rispetto a questo magari la Commissione, checché ne dicano le casse, può fare qualcosa, sarebbe sicuramente importante, perché si tratta di una previdenza poco regolata, cresciuta in modo alluvionale, di cui conosciamo solo in modo approssimativo la quantità e la qualità, ovvero il tipo di erogazioni (convenzione assicurativa, prestazione diretta). La proposta che quindi avanziamo alla fine del documento è proprio questo riordino.

Vengo ai punti critici che sono rilevati nella relazione. Quello più

importante è che è cresciuto il numero delle prestazioni integrative, ma in realtà in molti casi anche sostitutive, di grande presenza nella vita delle persone, ma con poco controllo e vigilanza sia sulla qualità dei servizi - che è già molto difficile - ma anche sulla sostenibilità finanziaria. È vero che la sostenibilità finanziaria è un problema maggiore nei fondi pensione, perché lì si hanno grandi fondi accumulati che devono essere gestiti in venti, trent'anni, ma qui è lo stesso perché, anche se il sistema è più esiguo, parliamo di decine, centinaia di milioni. Personalmente, ho avuto un'esperienza di presenza in una cassa integrativa enorme, con oltre 200.000 persone, e l'amministratore di questa cassa, che era bravissimo, toccava ferro tutte le volte che parlava dicendo che doveva decidere su investimenti di grande dimensione senza nessuna *guide line*, neppure una contraddittoria, che sarebbe stato il male minore. Procedeva, quindi, con la diligenza del buon padre di famiglia. Questa è sicuramente l'esigenza maggiore. È chiaro che questa esigenza presuppone che ci sia in qualche modo un'unificazione, cioè non si può avere un sistema efficiente di vigilanza e controllo, tanto più sulla qualità se ci sono diversi interlocutori. Tutto questo è reso più difficile,

in questo settore più che in quello della previdenza pensionistica, dal fatto che qui ci sono competenze concorrenti delle Regioni. Queste macchie di leopardo sono spesso legate alle posizioni regionali.

Il secondo punto critico, altrettanto importante, riguarda la *policy* e nello specifico come si possa rendere chiaro, anche se flessibile, il vero rapporto tra prestazioni del Servizio sanitario nazionale e queste prestazioni ulteriori, anche socioassistenziali, ai livelli essenziali, magari solo per la quota a carico. Questo è regolato in modo ancora poco efficace e spesso ambiguo, nel senso che è una regolazione con scarso livello di effettività. C'è, come anche in altri casi, questa moltiplicazione dei fondi, con la distinzione tra fondi doc o non doc. In sostanza, quindi, il nodo è il rapporto tra le prestazioni di questa galassia e le prestazioni del settore pubblico.

Questa crescita delle prestazioni oltre è destinata ad essere aumentata probabilmente dai grandi investimenti del PNRR sul sistema sociosanitario, anzi bisognerebbe a maggior ragione chiarire cosa fa uno e cosa fanno gli altri.

Il terzo punto critico è più specifico: come bilanciamo le diverse forme

di erogazione, se in forma diretta, che è sempre più frequente, come risulta dal testo, oppure in altri modi. Questo è un punto più specifico, ma pur sempre importante per la vita delle persone.

Il quarto punto critico ci riporta a quello che si diceva prima. Poiché il fisco appone delle condizionalità significative per questo tipo di prestazioni, sia perché dà degli incentivi notevoli, sia perché li condiziona a certe percentuali (20 per cento o quello che è) che devono essere destinate a prestazioni specifiche, si pone il problema da cui accennavo all'inizio: come avviene la selezione dei bisogni di salute? C'è un'esplosione dei consumi di salute, come i consumi alimentari in realtà, che fa male alle persone, fa male all'ambiente, fa male all'economia e ormai la dimensione di risorse sottratte al fisco e riversate su questo come nei fondi pensionistici è tale che occorre veramente porre una chiara scelta delle priorità nei bisogni di salute.

Dagli ultimi dati, che comunque cambiano ogni giorno, risulta che ci sono 300 fondi, il numero è lentamente calato, ma ci si domanda se sia proprio necessario averne così tanti. Questo problema della aggregazione vale anche in questo e in molti altri casi.

Come dicevo prima, a bisogni nuovi corrispondono anche utenti nuovi, ad esempio per quanto riguarda la famiglia e gli anziani c'è tutta un'area di bisogni ulteriori che sono diventati particolarmente significativi negli ultimi anni, addirittura quasi con priorità rispetto a quelli tradizionali, a cominciare dalle malattie croniche, per continuare con la *long term care* (si contano oltre due milioni di non autosufficienti più o meno totali). Ci sono poi le cure odontoiatriche - croce e delizia - e la prevenzione che, come abbiamo detto tutti, è un compito essenziale per il pubblico, ma anche per questi fondi e che non è mai stata tra gli obiettivi e invece lo dovrebbe essere.

Come vedete, ci sono cinque o sei punti di criticità che chiedono una forte razionalizzazione, che va fatta con una presa di posizione complessiva. Le leggi che qui vengono elencate nel testo - ogni cinque o sei anni ce n'è una - intervenivano in modo frammentario, correggendo qualche dettaglio, ma ormai il sistema ha più di vent'anni e ha questa dimensione imponente, è destinato a crescere su frontiere assolutamente critiche, quindi è bene che ci sia uno sforzo di regolazione. È chiaro che né il CNEL, né voi avete il potere regolamentare diretto, ma buoni consigli li possiamo dare. La proposta più

importante, alla fine, che avanziamo, è che occorre un'autorità unitaria o interdisciplinare che sia nazionale e che affronti questi compiti fondamentali che adesso sono più carenti. È chiaro che arrivare a questa proposta presuppone che dietro vi sia una regolazione anche di tipo sostantivo, ma devono esserci entrambe le condizioni, perché norme sostantive fatte meglio ma senza un'autorità di controllo o con autorità che si sovrappongono non funzionerebbero. In questo senso, la proposta che noi avanziamo in modo anche articolato è decisiva.

Vi ringrazio per l'attenzione e ovviamente sono disponibile a rispondere alle vostre domande, ma prima il professor Faioli vorrebbe aggiungere qualcosa, se possibile, Presidente.

PRESIDENTE. Do con piacere la parola al professor Faioli.

FAIOLI. Signor Presidente, proverò, in maniera molto sintetica, a puntualizzare qualche elemento già introdotto dal presidente Treu, in particolare mi concentro sui fondi sanitari integrativi di matrice collettiva,

che sono una parte del tutto, e sono quelli che osserviamo con maggiore attenzione al CNEL, anche perché vi è una forma, di *accountability* sociale derivante dal fatto che sono le organizzazioni sindacali e datoriali a istituirle e a gestirle pariteticamente.

Darò rapidamente cinque *input* da cui potrebbero anche derivare delle valutazioni di *policy* da introdurre, in considerazione della luce della nuova ristrutturazione che la sanità pubblica avrà alla luce del PNRR. Vorrei quindi mettere insieme delle sollecitazioni che derivano da più parti, pensando che la sanità è certamente pubblica, ma va ben integrata anche con questo pilastro privato-sociale collettivo. È forse questo il momento per farlo e dunque non so se sono in linea con le indicazioni iniziali del presidente Nannicini, ma è un modo per riflettere in questa fase molto delicata di ripensamento, alla luce del PNRR ed anche della sanità italiana, di che cosa possono fare i fondi sanitari integrativi di matrice collettiva per il bene del Paese.

Le cinque tendenze richiamano molti dei punti già sottolineati dal presidente Treu. La prima è che le prestazioni di sanità integrativa erogate dai fondi sanitari integrativi sono ormai parte piena dei diritti retributivi dei

lavoratori, perché i grandi fondi hanno introdotto un meccanismo indiretto di sollecitazione all'adempimento contributivo, dando a ciascun lavoratore la possibilità di chiedere al datore di lavoro, in caso di inadempimento contributivo nei confronti del fondo sanitario, la prestazione equivalente a cui si avrebbe diritto se il datore di lavoro decidesse di aderire e adempiere l'obbligazione contributiva. Questo punto è davvero interessante, perché ha spinto in avanti il numero delle adesioni da parte dei datori di lavoro e dunque anche la copertura dei lavoratori assoggettati ai fondi. I grandi fondi del terziario, della meccanica, dell'artigianato, della cooperazione coprono quasi tutta la popolazione attiva italiana. Questo è interessante, perché in questo modo, come diceva il presidente Treu, queste prestazioni di sanità integrativa diventano parte del *welfare* contrattuale, confermato anche dalla legge n. 50 del 2017, e ciò ha determinato un effetto interessante ai fini delle *policy* possibili, perché i grandi fondi hanno spostato la propria operatività dalla gestione indiretta - cioè polizze collettive assicurative con le grandi case di assicurazione - alla gestione diretta, attuando *call center*, creando meccanismi di rete, di cliniche private e così via e dunque in qualche modo

si apre la possibilità verso aspetti critici, ma anche positivi.

Le criticità maggiori sono la sostenibilità nel medio-lungo periodo rispetto a queste prestazioni, perché alcuni fondi potrebbero avere una richiesta non programmabile di sanità privata, soprattutto in alcune aree del Paese o per alcune tipologie di patologie, e vi è anche un rapporto sempre più critico con le assicurazioni private, le quali - per l'appunto - non riescono più a “vendere” il pacchetto di prestazioni che fino a ieri vendevano, con conseguenze che si possono immaginare anche rispetto al “prezzo” di questi servizi all'interno del mercato. Vi è una serie di conseguenze non facilmente gestibili a cui quasi tutti i grandi fondi sono in questo momento esposti e rispetto a cui non vi è norma di legge che determini come e che cosa fare.

La seconda tendenza è l'ampliamento della platea. Come diceva il presidente Treu, effettivamente i grandi fondi hanno esteso la platea, normalmente i componenti dei nuclei familiari, chiedendo una contribuzione minima in alcuni casi, in altri nessuna contribuzione; molti fondi hanno anche la formula cosiddetta *open*, in modo tale da permettere anche ai piccoli imprenditori, lavoratori autonomi, di farne parte, quindi di beneficiare di

quelle prestazioni. Ma anche qui ci sono delle criticità, perché maggiore è la platea, maggiore è l'*overconsumption*, maggiore è la richiesta di prestazione sanitaria integrativa e maggiore è il rischio di squilibrio, anche qui in assenza di norme su *risk management* o cose simili.

La terza tendenza è l'investimento finanziario. Oggi non esiste alcuna normativa che imponga ai fondi sanitari garanzie su come e dove investire, di far riferimento alla banca depositaria, di avere una direzione generale neutra, cioè tutto quello che noi conosciamo per i fondi pensione, in particolare Solvency 1 e 2. Questo pone molti problemi, tutti intuibili, che è fondamentali affrontare per mettere mano alla materia. Manca un'*Authority* seria che intervenga su questi temi. Questa potrebbe essere probabilmente la COVIP, ma forse bisognerebbe integrare i poteri di verifica della COVIP anche con altre *Authority*.

Una quarta tendenza è che tutti questi fondi stanno integrando le proprie prestazioni con il *long term care*, come diceva il Presidente. Qui però c'è un grave problema di combinazione con i fondi pensione, perché i fondi pensione introducono il *long term care post pensione* e i fondi sanitari

introducono - o tendono a introdurre - prestazioni di *long term care* con riferimento a situazioni patologiche durante la vita professionale. Questo fenomeno, che può essere facilmente leggibile, nella prassi è abbastanza complesso da gestire, perché vi sono delle forme anche di concorrenza, spesso non ben gestite, che invece se fossero gestite bene, potrebbero dare grande risultato rispetto a un bisogno oggettivo odierno, ma soprattutto delle generazioni future, di assistenza delle fasi di patologia cronica.

L'ultima tendenza, che è la più rilevante dal mio punto di vista, è che manca ad oggi ancora un'integrazione vera tra i livelli essenziali (LEA) e ciò che è *extra* LEA. Questa materia è complicatissima e non è ben gestita dal legislatore; ovviamente i fondi sanitari in alcune parti del Paese fanno fronte alle disuguaglianze derivanti da una sanità regionale non ben gestita, ma questo crea effetti perversi, ben evidenziati da un rapporto recente di Gimbe e da uno studio cui anch'io ho partecipato con la Fondazione Brodolini e la scuola Sant'Anna, perché non si capisce ciò che può essere integrato e ciò che può essere sostituito; queste invasioni di campo creano effettivamente ulteriori disuguaglianze e quindi questa materia va gestita. Quanto a come

gestirla, mi permetto di dare qualche sollecitazione. I fondi sanitari di matrice collettiva dovrebbero avere un ruolo fondamentale nella prevenzione delle malattie collegate al settore industriale di riferimento: un conto è fare il meccanico, un altro è lavorare nel terziario, nei pubblici esercizi o nell'edilizia (per fare un'esemplificazione estrema). Questo potrebbe consentire di fare una prevenzione e, quindi, una riduzione a cascata dei costi della sanità nel pubblico. Soprattutto, dal mio punto di vista - tema a cui sono molto legato, come sanno il presidente Nannicini e il presidente Treu - se proprio si dovesse partire oggi con una riforma immediata e facile da attuare, i fondi sanitari dovrebbero essere parte di quel *network* che incide sul fascicolo sanitario elettronico del lavoratore, perché la richiesta di sanità passa in ogni caso dal medico di famiglia e se il medico di famiglia fosse capace di intervenire con una lettura integrata dei dati all'interno del fascicolo sanitario elettronico del cittadino, su cui sappiamo che sta lavorando il ministro Colao, questo in qualche modo sarebbe una prima attività di razionalizzazione dell'integrazione tra pubblico e privato mediante i fondi sanitari e, dunque, una buona scelta in qualche modo delle prestazioni

LEA ed *extra* LEA.

PUGLIA (M5S). Desidero innanzitutto ringraziare il presidente Treu e il direttore, professor Faioli, della loro presenza.

L'approfondimento che ci è stato fornito è molto interessante. Questa Commissione aveva individuato delle criticità che oggi sono ulteriormente confermate attraverso le varie osservazioni che rileviamo da questa audizione. Tra queste, mi volevo soffermare su una in particolare, che è l'esigenza, che avevamo comunque rilevato in questa Commissione, di creare un'apposita *Authority* che riesca a controllare in maniera puntuale questo segmento che ha bisogno di ulteriori controlli e di un'ordinata sistemazione. Si è fatto riferimento alla COVIP e, d'altra parte, nella relazione rilevo che si parla di un'Autorità con determinati compiti e si fa riferimento al fatto che la COVIP ha determinate funzioni, ma riferite ovviamente a un settore completamente diverso, in cui si ha bisogno - faccio riferimento ai fondi pensioni e agli enti di previdenza - di andare a fare degli approfondimenti, soprattutto per quanto riguarda le modalità di investimento.

Per quanto riguarda i fondi sanitari, ritengo che sia un settore diverso, con delle competenze che oggi la COVIP non ha; certamente, c'è bisogno di un'Autorità con gli stessi poteri che la COVIP ha nel suo settore e, quindi, ci vorrebbe un'Autorità che in questo settore abbia quella determinata esperienza e funzionalità. Se si volesse utilizzare un'Autorità già presente e magari che abbia esperienza - certamente non parlo dei fondi sanitari integrativi di costituzione contrattuale, ma quantomeno di quelli riferiti alle compagnie assicurative - un ente che già oggi svolge un'attività di questo tipo è l'IVASS e volevo sapere se a vostro parere - ovviamente allargandone le competenze - questa potesse essere un'Authority comunque già immediatamente operativa rispetto alla COVIP.

PRESIDENTE. Mi limito ad aggiungere alcune considerazioni veloci e poi a porre due domande. Vi ringrazio molto perché l'approccio molto ampio e strutturale che avete dato ai vostri contributi è molto utile per la nostra indagine; ci avete aiutato a mettere in fila i problemi di un intervento legislativo che probabilmente è ormai richiesto dopo anni di crescita

disordinata e frammentata del settore, ponendo il *focus* non solo sul tema della *governance* degli enti della vigilanza, degli strumenti fiscali e di adesione, ma anche sulla forte integrazione con la sanità pubblica e sulla riforma del Sistema sanitario nazionale. Sono tutti elementi che ci aiutano ad allargare il perimetro della nostra indagine.

La prima domanda che vorrei porre a margine è sul tema che introduceva il presidente Treu del conoscere per deliberare, ovvero partire da una mappatura puntuale e precisa della frammentazione del sistema e quindi mi chiedevo se potevate aggiungere qualche considerazione su questo, su chi e come potrebbe svolgere questa mappatura precisa per poi basare una riforma più puntuale sui risultati di questa indagine.

La seconda è sul tema *long term care*, che avete toccato entrambi. Il presidente Treu diceva che la copertura del fondo sanitario e dei fondi pensione è diversa, perché in un caso c'è una prestazione per la quale, ovviamente, stante una probabilità attesa di avere certi eventi, si può ricevere subito e nell'altro caso, invece, c'è una prestazione differita e possono esserci fenomeni di miopia che spingono anche il legislatore a trovare degli

strumenti di incentivazione fiscale non solo all'adesione a forme di risparmio previdenziale complementari. Tutto questo per chiedere se il tema del *long term care*, all'interno della riforma dei fondi sanitari, non potrebbe avere anche uno specifico in cui si ragiona su eventuali strumenti che possano favorire l'adesione a fondi o coperture di *long term care*. C'è anche il tema molto interessante, che citava il professor Faioli, di come fondi pensione e fondi sanitari coprano lo stesso rischio in maniera diversa. Dal momento che si procede alla razionalizzare di questi strumenti si può cogliere l'occasione per fare una regolamentazione *ad hoc* della copertura integrativa sul tema *long term care*. Questo parallelismo tocca anche il tema della vigilanza, se siamo più vicini a COVIP o IVASS, ma su questo è intervenuto il collega Puglia e, quindi, aspetto anch'io di conoscere le vostre riflessioni.

TREU. Credo che possiamo rispondere sia io che il professor Faioli, perché si tratta di questioni delicate, sulle quali possiamo dare sfumature diverse.

Per quanto riguarda ciò che facciamo, siamo d'accordo che occorra qualcosa di dedicato, ma come realizzarlo? Io ho una lunga storia e posso

parlare anche sulla scorta di questa esperienza. Nel corso di vent'anni, dalla sua nascita, ci sono stati molti tentativi di eliminare la COVIP, altre volte di far intervenire l'ISVAP o la Banca d'Italia, ma alla fine questo istituto è sopravvissuto, nonostante i dubbi che c'erano e ha sviluppato delle *expertise*. A mio parere, dunque, più che discutere se ci vuole un nuovo recipiente o se usiamo il recipiente che c'è e lo dividiamo in due sotto-settori, che è una scelta assolutamente banale, il vero problema è che comunque in questo ambito il mestiere di vigilare è diverso, proprio per il tipo di investimenti e di prospettiva temporale. Occorrerebbe comunque sviluppare un settore di competenze interdisciplinari distinto, che poi lo inseriamo nello stesso contenitore, che sarebbe la scelta più facile, oppure creiamo un contenitore diverso, è irrilevante. Personalmente, sono per non moltiplicare gli enti senza necessità, come diceva quel tale, quindi forse è meglio mantenere il recipiente esistente, ma riempiendolo di competenze diverse.

Per quanto riguarda la mappatura, si tratta di un problema che l'Italia ha sempre disconosciuto, noi non sappiamo dove mettiamo i piedi. Negli ultimi tempi, però, mi pare di notare che, anche per le insistenze della

Commissione europea e per le applicazioni del Piano nazionale, vi sia un fervido tentativo di fare dei monitoraggi informati, quindi di avere dei dati su cui lavorare e questo è utile. Nel caso specifico, è un compito molto complicato, perché per non so quanti anni nessuno ha messo mano a questo arcipelago molto complesso che è cresciuto in questo modo. La Mefop (società per lo sviluppo del mercato dei fondi pensione) ha fatto qualcosa in merito, infatti anche il CNEL ha lavorato insieme a questa società, ma credo che la cosa più saggia sarebbe cominciare, proprio in riferimento al PNRR, dove ci sono problemi di coordinamento non da poco, ad usare queste attenzioni nuove da parte del MEF, oltre che del Ministero della sanità, su questo aspetto e cominciare una mappatura dando un incarico ad una commissione *ad hoc*, puntuale, senza inventare altro.

Infine, su come favorire l'adesione al *long term care*, non ho le idee chiare e spero che ce le abbia il professor Faioli. In realtà, dobbiamo decidere anche come finanziarlo, perché in Germania da tanti anni esiste una tassa di scopo che copre questo particolare settore, perché si pensava che fosse proprio specifico. In quell'ambito poi si può fare anche la valutazione dei

vantaggi, ma noi non ce l'abbiamo. Ho l'impressione che in questo momento sia difficile far passare una nuova tassa, dato l'isterismo che c'è in materia. Magari il professor Faioli ha qualche idea migliore.

FAIOLI. Mi rifaccio a quello che diceva il presidente Treu, aggiungendo pochi elementi.

Credo che COVIP, come *Authority* sarebbe più che sufficiente, anche alla luce del fatto che COVIP appartiene al sistema europeo EIOPA (European Insurance and Occupational Pensions Authority), che raggruppa tutte le COVIP europee, le quali tendono man mano ad allargare le proprie competenze su tutto ciò che è previdenza, nel senso più ampio possibile, integrativa o sostitutiva a favore dei lavoratori. In questo senso si potrebbe immaginare una COVIP più strutturata anche per queste funzioni, in collaborazione con il Ministero della salute e con il Ministero del lavoro, pensando anche a una riduzione nel tempo di questi fondi sanitari, qualora non dimostrino di avere determinati requisiti di qualità gestoria e di qualità prestazionale. Questo è molto importante, perché se c'è un numero ridotto di

fondi, si riesce a fare una vigilanza seria, ma se c'è un numero indeterminato di fondi doc o non doc, costituibili secondo la legge di metà degli anni Novanta, da chiunque ne abbia voglia, vigilare diventa complicato. A mio parere, potrebbe essere una sola *Authority* collegata al sistema europeo EIOPA, pensando che viviamo all'interno di una macroregione che evidentemente vede nella mobilità geografica dei lavoratori anche questi aspetti di *welfare* contrattuale, con poteri di vigilanza seri su ciò che attiene agli investimenti, alla trasparenza, alla *corporate governance*, alla solvibilità, ai rischi biometrici e così via.

Con riferimento alla mappatura, eviterei - al CNEL ne siamo esperti e lo stiamo dicendo da tanto tempo - una mera anagrafe, tanto più che già esiste. Penserei, piuttosto, a una mappatura con una finalità e se la finalità è razionalizzare, bisognerebbe dire che questa mappatura, condotta non solo bene da chi, ma da qualche Autorità seria, dovrebbe porre a un certo punto anche un limite numerico di adesioni in base al quale poi, in qualche modo, si agevolano dei fenomeni aggregativi. A tal proposito, permettetemi di fare un richiamo al sistema francese, che nel 2008 ha imposto ai fondi sanitari

non solo le direttive in materia di solvenza (Solvency 2, 1 e altri requisiti tipici dei fondi pensione), ma ha imposto anche una certa verifica della qualità dell'attività dei fondi pensione, proprio nella logica di una mappatura volta a ridurre il numero, facendole aggregare, di queste istituzioni, appunto per evitare frammentazioni, le quali non sono mai positive in generale in questi mondi, perché nascondono forme di *non accountability*, di mancata trasparenza, egoismi vari (uso queste formule un po' ellittiche, ma ci si intende facilmente).

Con riferimento alla polizza *long term care*, condivido l'idea che potrebbe essere una chiave, un cavallo di Troia per fare la selezione dei fondi sanitari, cioè solo i fondi sanitari che garantiscono un certo tipo di *long term care* possono rimanere tali e, dunque, in un certo senso, questo sarebbe un modo indiretto per far aggregare i fondi, ma anche per favorire l'adesione. Bisogna però fare una scelta strategica a livello del Paese, perché bisogna capire che cos'è la *long term care*, perché un conto è se questa si riduce alla possibilità di essere rimborsati per mere spese (un giorno potrei trovarmi in quella situazione e il fondo mi garantisce una certa somma di denaro per

pagare la persona che mi dà l'assistenza), un altro conto è se la *long term care*, come in altri Paesi europei, si traduce anche in servizi, come il *social housing* per persone che non sono più capaci di autogestirsi o cose simili, allora il ruolo dei fondi sanitari acquisirebbe una funzione sociale nuova e molto in linea con le situazioni demografiche che purtroppo affronteremo nel prossimo futuro.

PRESIDENTE. Ringrazio il presidente Treu e il professor Faioli per la loro disponibilità, per le analisi e le riflessioni puntuali che ci hanno dato in questa edizione.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 14,40.