



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

N.B. I resoconti stenografici di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente

10^a COMMISSIONE PERMANENTE (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

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.

34^a seduta: giovedì 16 febbraio 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI

INDICE**Seguito dell'audizione di rappresentanti di Covip e audizione di rappresentanti di Ivass**

PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 6 e <i>passim</i>	* <i>DE POLIS</i>	Pag. 12, 13, 14 e <i>passim</i>
* CAMUSSO (PD-IDP)	10	<i>PADULA</i>	4, 5, 6 e <i>passim</i>
MANCINI (Fdi)	9		
ZAMPA (PD-IDP)	9		

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori

Sigle dei Gruppi parlamentari: Azione-Italia Viva-RenewEurope: Az-IV-RE; Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE; Cd'I-NM (UDC-CI-Nci-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: Fdi; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-Patt, Campobase, Sud Chiama Nord): Aut (SVP-Patt, Cb, SCN); Misto: Misto; Misto-ALLENZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza di Covip, il professor Mario Padula, presidente, accompagnato dalla professoressa Mariacristina Rossi, commissaria, e dalla dottoressa Lucia Anselmi, direttore generale, e, in rappresentanza di Ivass, il dottor Stefano De Polis, segretario generale, accompagnato dal dottor Roberto Novelli, responsabile dell'Ufficio segreteria di presidenza e del consiglio, e dal dottor Andrea Venturini, dell'Ufficio segreteria di presidenza e del consiglio.

I lavori hanno inizio alle ore 8,55.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso, nonché la trasmissione televisiva sui canali *web* e satellitare del Senato della Repubblica, e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto inoltre che, previa autorizzazione del Presidente del Senato, la pubblicità della seduta odierna è assicurata anche attraverso il resoconto stenografico.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'audizione di rappresentanti di Covip e audizione di rappresentanti di Ivass

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito 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, sospesa nella seduta antimeridiana del 2 febbraio.

È oggi previsto il seguito dell'audizione di rappresentanti di Covip e l'audizione di rappresentanti di Ivass.

In rappresentanza di Covip sono presenti il professor Mario Padula, presidente, accompagnato dalla professoressa Mariacristina Rossi, commissaria, e dalla dottoressa Lucia Anselmi, direttore generale.

Ricordo che i rappresentanti di Covip hanno esposto una relazione nella seduta del 26 gennaio e che l'audizione non si è conclusa a causa dell'inizio dei lavori dell'Assemblea. Li invito quindi, se lo ritengono, ad integrare l'intervento, contenendo l'esposizione in un massimo di dieci

minuti complessivi, per dare modo ai colleghi presenti di interloquire. I rappresentanti di Covip hanno consegnato alla Commissione la relazione per l'anno 2021 e un'integrazione della relazione svolta la volta scorsa.

Cedo quindi la parola al professor Padula.

PADULA. Signor Presidente, ringrazio la Commissione dell'invito. Prima di entrare nel merito delle questioni che sono state sollevate, vorrei evidenziare alcuni punti in relazione alle forme integrative di previdenza e di sanità, tema centrale di questa audizione.

La sanità integrativa è effettivamente meritevole di una regolamentazione organica e di un correlato sistema di controlli. La previdenza complementare integrativa e soprattutto il segmento della previdenza integrativa incardinato sul principio della bilateralità, sulla base del quale sono istituiti e governati i fondi pensione negoziali, rappresentano un modello utile per definire una regolamentazione organica ed un correlato sistema di controlli per la sanità integrativa. La Covip può svolgere un ruolo concorrendo alla definizione di questa regolamentazione organica, per quanto di competenza, e del correlato sistema di controlli, ma anche come autorità di riferimento in uno schema di *welfare* integrativo anche delle diverse componenti (previdenziale, sanitaria e quella di cui forse si è parlato meno, ma non meno importante, legata all'assistenza di lungo periodo).

Fatta questa premessa, mi preme fare qualche considerazione in merito ai numeri di cui si è parlato in questa sede e che noi abbiamo prodotto nel corso della scorsa audizione e che produciamo annualmente con le diverse pubblicazioni delle quali ci occupiamo. La principale di tali pubblicazioni, che vi è stata recapitata ieri, è la relazione che noi presentiamo annualmente nel mese di giugno, con riferimento all'anno precedente. L'ultima relazione annuale che vi è stata trasmessa è quella che si riferisce all'anno 2021 e contiene la maggior parte dei dati, in forma sintetica ed aggregata, che permettono di descrivere accuratamente il sistema e che sono acquisiti attraverso il nostro sistema di segnalazione.

Veniamo a qualche numero che può essere di interesse e che ritrovate nella relazione. Per quanto riguarda il tasso di partecipazione rispetto alle forze di lavoro, numero di cui spesso si discute, i dati a fine 2021 mostrano che il tasso di partecipazione è pari al 34,7 per cento. Se poi si guarda solo al segmento di iscritti che effettivamente versano nell'anno, questo tasso di partecipazione rispetto alle forze di lavoro scende al 25 per cento. Nell'audizione della scorsa occasione abbiamo portato le stime costruite con i dati a fine settembre 2022: sulla base di esse, il tasso di partecipazione rispetto alle forze di lavoro sale al 36,3 per cento, registrando una crescita rispetto al 34,7 per cento di fine 2021. Vi dico questo per portare qualche elemento fattuale e chiarire l'interpretazione di questi dati importanti.

I dati medi e aggregati sulla partecipazione, quelli che vi ho letto, nascondono delle differenze che pure ci sono e registriamo nella relazione annuale: ad esempio le pagine 26, 64, 65 e 225 della relazione

mostrano come questi tassi di adesione e per altri versi anche l'entità delle contribuzioni variano nella popolazione di coloro che sono iscritti secondo dei gradienti che non sono sorprendenti. Si contribuisce di più al Nord che non al Sud, si contribuisce di più tra i meno giovani che tra i giovani, gli uomini contribuiscono più delle donne; parimenti i tassi di adesione sono più alti al Nord che non al Sud. Un gradiente simile c'è per l'età, registrandosi valori più alti tra i meno giovani che tra i giovani.

PRESIDENTE. Vorrei chiederle di approfondire la differenza tra adesione ed effettiva compartecipazione.

PADULA. Utilizzo come sinonimi tasso di adesione e tasso di partecipazione per riferirmi alla partecipazione di coloro che effettivamente versano e contribuiscono nell'anno, perché poi c'è una quota non trascurabile di iscritti alle diverse forme di previdenza complementare, sia alle forme negoziali che a tutte le altre, che però non versano. Trovate un riquadro nella relazione che approfondisce il fenomeno degli iscritti non versanti; iscritti alle diverse forme pensionistiche che però non versano.

PRESIDENTE. Sono morosi?

PADULA. Non c'è un elemento di morosità, semplicemente non versano per le ragioni più diverse. Il fenomeno storicamente si addensa nelle forme di mercato, in primo luogo nei Piani individuali pensionistici (PIP). Più recentemente il fenomeno è cresciuto nelle forme negoziali, nei fondi chiusi, anche, ma non solo, per effetto delle cosiddette adesioni contrattuali. Le adesioni contrattuali si determinano per effetto di un contributo contrattuale e talvolta in alcuni settori, spesso in quello edile, non vengono seguite da contribuzioni vere ed effettive. Il fenomeno della crescita dell'adesione contrattuale ha fatto sì che il numero di iscritti non versanti, tradizionalmente basso nei fondi negoziali, aumentasse nel tempo. È un fenomeno che attenzioniamo e possiamo studiare grazie alle segnalazioni che acquisiamo annualmente. Certamente è un elemento patologico e non fisiologico del sistema, che vorrebbe invece che chi è iscritto contribuisse.

PRESIDENTE. Quindi il numero effettivo corrisponde al numero di coloro che contribuiscono effettivamente.

PADULA. Esattamente. È un fenomeno talmente importante che forse invoca delle soluzioni, che in parte possono competere a noi come autorità di controllo e che noi perseguiamo, ma in parte – mi permetto di dire – competono a voi, al decisore politico. Il fenomeno delle mancate contribuzioni è legato, infatti, a situazioni, magari temporanee, di incapacità di contribuire, alle quali – come abbiamo detto in più occasioni pubbliche, spesso in occasione della presentazione della relazione annuale

– si potrebbe rispondere con una riarticolazione dei benefici fiscali, proprio per tener conto della circostanza che non tutti hanno una capacità contributiva che rimane costante nel tempo, perché il reddito di alcuni è più volatile del reddito di altri.

Sotto questo profilo, come peraltro avviene in altri Paesi, sarebbe forse opportuno pensare ad incentivi fiscali che non incidano solo sul singolo anno. Sul lato della contribuzione abbiamo, come sapete, un beneficio fiscale che è dato dalla deducibilità fino a un certo limite del contributo anno per anno; si potrebbe pensare a un beneficio fiscale spalmato su più anni. Chi non gode del beneficio fiscale in un certo anno, perché non ha una capacità reddituale – e quindi contributiva – adeguata per quello specifico anno, può godere di quel beneficio di cui non ha goduto in quell'anno negli anni successivi. Questo si fa in altri Paesi e non è niente di eccezionale. Il problema esiste ed è alla nostra attenzione, ma meriterebbe un'attenzione ampia anche da parte del decisore politico.

C'è poi la questione del lavoro autonomo che insiste su questi numeri. Infatti, mentre il lavoro dipendente è assistito, anche se non esclusivamente, dai fondi di categoria, il lavoro autonomo generalmente non ha iniziative di previdenza complementare proprie e, quindi, si rivolge tipicamente al terzo pilastro, cioè ai PIP e ai fondi aperti. Qui, storicamente, questi fenomeni di non contribuzione hanno acquisito consistenza maggiore. Il tipo di beneficio fiscale a cui pensavo andrebbe incontro anche alle esigenze di chi, con un lavoro autonomo, ha redditi più volatili nel tempo rispetto a chi ha un lavoro dipendente. È un fenomeno complesso e articolato che naturalmente è alla nostra attenzione.

PRESIDENTE. Le chiedo, se possibile, di far prevenire alla nostra Commissione un dettaglio di questa proposta.

PADULA. Va bene, Presidente.

Tutto quello che vi ho raccontato lo trovate in maggiore dettaglio a pagina 72 e seguenti della relazione annuale, dove vi è una sezione dedicata al fenomeno degli iscritti non versanti. È un fenomeno all'attenzione per la sua importanza quantitativa e qualitativa. La contribuzione e le adesioni sono variegate nella società italiana, replicando quei dualismi che in essa stessa esistono. Anche su questo fronte si può immaginare qualche intervento.

Veniamo alle altre questioni di vostro interesse; se mi sfugge qualcosa o avete domande, sono a vostra disposizione. Per quanto riguarda i costi, facciamo un lavoro importante in Covip. Le schede dei costi applicati alle forme pensionistiche sono disponibili sul nostro sito, dove ormai da alcuni anni abbiamo il cosiddetto comparatore dei costi: siamo stati la prima autorità finanziaria, per molto tempo l'unica, ad approntare uno strumento del genere. Si tratta di uno strumento di uso molto semplice che compara, anche graficamente, i costi delle diverse forme pensionistiche. Perché questa enfasi sui costi? I costi sono importanti: ricordiamoci che, salvo poche eccezioni, riconducibili ai cosiddetti fondi pre-

esistenti, i fondi pensione italiani, cioè tutte le forme di mercato e non di mercato, funzionano con il principio della contribuzione definita e sono a capitalizzazione. Per fondi di questo genere il costo è forse l'elemento principale; a costi più elevati corrispondono, alla fine della vita lavorativa e della fase di accumulo, prestazioni più basse.

C'è quindi una grande attenzione da parte dell'autorità sul tema dei costi, che si riflette anche nella regolamentazione. Trovate dei riferimenti sul tema anche a pagina 11 della relazione che vi abbiamo consegnato. Nella relazione annuale ci sono diverse tavole dedicate alla questione; vorrei segnalarvi in particolare, alle pagine 50, 51 e 52, le tavole 1.26, 1.27 e 1.28, che rappresentano i costi rappresentati a diversi orizzonti temporali (due, cinque, dieci e trentacinque anni). Tipicamente i costi agli orizzonti più lunghi sono più bassi di quelli agli orizzonti più brevi; questo a causa del fenomeno definito *front-loading*, relativo a costi che vengono caricati all'inizio, incidendo poi sempre meno all'aumentare del numero di anni di detenzione del prodotto. I costi sono differenziati non solo per tipo di forma pensionistica, distinguendo i fondi negoziali aperti e i PIP nuovi, ma anche per comparti. Ricordo infatti che ogni forma pensionistica può avere diversi comparti, riconducibili alle seguenti categorie: i comparti garantiti, gli obbligazionari, i bilanciati e gli azionari.

Dall'esame di questi indicatori sintetici di costo, come la riduzione nel rendimento che i costi comportano (un modo piuttosto comune per calcolare questi rischi), c'è un grafico che a noi piace mostrare anche nella presentazione della relazione annuale. Mi riferisco alla tavola 1.28, che mostra i costi per le diverse forme pensionistiche; in particolare sull'asse delle ordinate trovate l'indicatore sintetico di costo (ISC) a dieci anni e sull'asse delle ascisse le attività nette. Il grafico mette in relazione i costi con le attività: il primo elemento che emerge in modo chiaro da questo grafico, forse non sorprendente, è che i costi delle forme di mercato sono più alti dei costi delle forme non di mercato. Segnati in verde, in basso, ci sono i costi più bassi, che sono quelli per i fondi pensione negoziali, in posizione intermedia ci sono i costi dei fondi pensione aperti, rappresentati con i quadratini rossi, e poi, rappresentati con i triangoli blu, i costi dei PIP, i piani individuali pensionistici, istituiti dalle assicurazioni. È una differenza di costi non sorprendente, perché mentre i fondi pensione negoziali sono associazioni che non hanno scopi di lucro, viceversa i fondi pensione aperti e i PIP sono istituiti – come avrò modo forse di chiarire dopo, se ne avrò il tempo – da soggetti di mercato che hanno scopi di lucro.

È utile anche rimarcare la circostanza che i costi dei fondi negoziali nel nostro Paese sono molto bassi, sia – come forse è ovvio – nel confronto con i costi delle forme di mercato, sia dal punto di vista dell'andamento dei costi sul piano internazionale. Se vogliamo fare un parallelo con i costi di prodotti assicurativi e finanziari, noteremo che essi confermano una maggiore onerosità dei prodotti assicurativi e finanziari rispetto ai prodotti previdenziali. Tale parallelo però – mi preme dirlo – è da prendere con estrema cautela, perché il modo in cui gli indici di costo

sono calcolati tra i diversi settori finanziari cambia anche in forza di differenze nella regolamentazione. Per tali paralleli si utilizzano dati che noi non produciamo e sono riferibili a settori che noi non vigiliamo, essendo prodotti da Ivass (Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni), da EIOPA (Autorità europea delle assicurazioni e delle pensioni aziendali e professionali) e da ESMA (Autorità europea degli strumenti finanziari e dei mercati). Questo è quanto mi premeva dire a proposito dei costi. Resto a disposizione per eventuali domande.

Quante sono le risorse nel sistema della previdenza complementare? Questo è un altro dato che noi forniamo regolarmente, sia in occasione della relazione annuale, sia in occasione di tutti gli aggiornamenti statistici che produciamo ogni trimestre; l'ultimo lo abbiamo prodotto il 30 gennaio scorso con riferimento ai dati al dicembre 2022; gli altri dati, che abbiamo portato in audizione la scorsa volta, li trovate a pagina 9 del testo che vi abbiamo consegnato.

Per quanto riguarda il totale delle risorse destinate alle prestazioni, riferibili ai fondi negoziali, ai fondi aperti, ai fondi preesistenti, ai PIP nuovi e anche ai vecchi, come mostra la tavola 1.15 a pagina 35 della relazione, in cui appaiono quelle del 2020 e del 2021, la variazione in percentuale ed anche i contributi, a dicembre 2021, ammontavano a 213,251 miliardi di euro. A dicembre 2022, come potete vedere nell'aggiornamento statistico, le risorse totali destinate alle prestazioni sono scese a 205,563 miliardi. Questa riduzione si deve all'andamento negativo dei mercati nell'anno e, in particolare, al rialzo dei tassi di interesse. Questi sono gli ordini di grandezza nei quali ci si muove.

È utile altresì che vi fornisca il numero delle risorse destinate alle prestazioni e agli investimenti direttamente riferibili alle forme di previdenza complementare, escludendo quindi le riserve matematiche e i fondi interni, che ammontano a 176 miliardi o poco più nel 2021. Potete trovare tutti i dati più recenti nella relazione annuale e negli aggiornamenti statistici che ho citato. La relazione annuale naturalmente si riferisce ai dati al dicembre 2021.

Per quanto riguarda l'inquadramento normativo della previdenza complementare, il nostro Paese ha una regolamentazione con una matrice nazionale, ma anche una matrice euro-unitaria. Abbiamo recentemente recepito nel nostro ordinamento la direttiva 2016/2341, cosiddetta IORP II: è una direttiva di minima armonizzazione e rappresenta un riferimento regolamentare importante per il settore. Essa valorizza il principio della prudenza, secondo cui non si deve imporre ai fondi pensione di investire in particolari categorie di attivi, ma assicurare che le attività siano adeguatamente diversificate; il principio secondo cui bisogna investire in misura predominante sui mercati regolamentari e quello secondo cui bisogna investire tenendo conto del potenziale impatto a lungo termine delle decisioni di investimento.

Nella direttiva IORP II le regole quantitative sui limiti di investimento sono circoscritte, ma ve ne sono: in particolare gli investimenti dell'impresa promotrice non possono superare il 5 per cento del portafoglio.

glio, mentre nelle imprese dello stesso gruppo dell'impresa promotrice il 10 per cento del portafoglio. La regolamentazione europea promuove anche il principio secondo cui la *governance* sulla gestione degli investimenti deve assicurare una chiara divisione dei ruoli e delle responsabilità ed anche un controllo efficace teso a minimizzare i rischi, garantendo trasparenza e tracciabilità dei processi decisionali.

Le altre norme che è utile ricordare in questa sede per dare un inquadramento normativo alla previdenza complementare sono la norma quadro nazionale, cioè il decreto legislativo n. 252 del 2005, e il decreto ministeriale n. 166 del 2014. Tali norme fissano alcuni limiti quantitativi: in particolare l'investimento in strumenti finanziari non negoziati in mercati regolamentati e poi negli OICR (Organismi di investimento collettivo del risparmio) alternativi, i cosiddetti FIA, è mantenuto a livelli prudenziali e complessivamente entro il limite del 30 per cento; l'investimento in azioni e quote con diritto di voto emesso da una stessa società non può superare il 5 per cento. A questi si aggiungono altri limiti quantitativi.

PRESIDENTE. Se lei è d'accordo, lascerei la parola ai colleghi per eventuali domande. Se avremo ulteriori quesiti da rivolgervi, essendo voi l'autorità di riferimento, potremo riconvocarvi in futuro o trasmetterveli per via telematica.

MANCINI (*Fdi*). Signor Presidente, il credito fiscale da trasferire su più anni può essere anche visto in un'analisi di gestione del nucleo familiare? Il presupposto è dato dal fatto che spesso il lavoratore, anche nell'anno successivo, magari non ha veri e propri picchi; la proposta potrebbe essere dunque inserita in un contesto di nucleo familiare, per favorire questa situazione che negli anni non è mai decollata come avrebbe dovuto. Vorrei capire se potrebbe essere uno strumento, soprattutto per la fascia giovanile, che approccia il lavoro in maniera diversa.

ZAMPA (*PD-IDP*). Signor Presidente, la mia domanda è molto generica, ma si aggancia a quella di chi mi ha preceduto.

A suo avviso, professor Padula, cosa ostacola davvero il decollo di questa forma di previdenza, soprattutto presso i giovani, che secondo me non sono neanche mediamente informati di questa possibilità? Ritengo che essa diventerà indispensabile, stante che le pensioni che arriveranno alle generazioni dopo di noi e ai nostri giovani saranno davvero povere. Ci apprestiamo ad affrontare in futuro una situazione di enorme criticità. Qualcosa però non funziona; forse i giovani non ne sono a conoscenza e certamente la precarietà del lavoro è uno degli elementi che impedisce di fare un piano sulla propria vita e perseguirlo. Vorrei capire quali potrebbero essere le azioni in grado di aiutare ad accompagnare, con una forma di previdenza complementare, il lavoro e quindi il pensionamento, soprattutto dei più giovani.

PRESIDENTE. Rispetto alla *vexata quaestio*, ravvisata da alcuni, della necessità di indirizzare gli investimenti al mercato interno, cioè al

sistema dell'economia nazionale, vorrei sapere se la ritenete una costrizione inopportuna rispetto alla necessità di massimizzare il rendimento a beneficio delle prestazioni, o se invece è una misura ragionevole da valutare ed eventualmente normare.

CAMUSSO (*PD-IDP*). Signor Presidente, ho visto che tra i non contribuenti, circa un 20 per cento sono gli iscritti ai fondi negoziali, teoricamente quelli delle deleghe firmate all'adesione al fondo contrattuale. C'è una valutazione di quanto è scelta delle imprese non trattenere la contribuzione e quanto invece è difficoltà del lavoratore? C'è stata una lunghissima *querelle* nella costituzione dei fondi pensione, in particolare di quelli delle aziende più piccole: penso ad esempio a tutto il comparto artigianale. Sarebbe utile capire questo elemento.

Il professor Padula ha fatto una distinzione tra l'insieme delle risorse esistenti nei fondi e quelle che potrebbero essere gli investimenti direttamente riconducibili ai fondi. I fondi negoziali hanno dei vincoli, che le parti hanno deciso, rispetto a dove si focalizzano gli investimenti. È possibile immaginare una norma generale che indichi dei vincoli, per cui vi sia una corrispondenza tra l'interesse generale del Paese all'investimento e la garanzia di rendimento ai fini previdenziali per i contribuenti?

PADULA. Vi ringrazio per le domande, cui cercherò di rispondere nella maniera più efficace e rapida possibile.

Senza invadere un campo che non è il mio, essendo il presidente di un'autorità di controllo e non il legislatore, se il tema è quello di avvicinare alla previdenza complementare i giovani o chi ha redditi più volatili, le leve su cui agire sono sostanzialmente due. La prima è quella degli incentivi fiscali, che occorre ripensare – sta a voi immaginare come – per andare incontro alle esigenze di chi ha redditi più volatili.

Va considerato che la previdenza complementare è imperniata su un modello di mercato del lavoro che nel tempo è molto cambiato. Il mercato del lavoro, nella sua caratterizzazione storica, con redditi stabili e lavori permanenti, connotati da contratti a tempo indeterminato, è profondamente cambiato all'inizio degli anni Novanta, nel momento in cui nel nostro Paese la previdenza complementare è stata riordinata. Credo che si debba agire sugli incentivi fiscali tenendo conto del fatto che l'area dei lavori cosiddetti *no standard* si è molto ampliata. Anche se non è un termine felice, questa è la definizione che si dà ai lavori che non sono connotati dalla stabilità derivante da contratti a tempo indeterminato. È un'area che si è ampliata molto e quindi bisogna approntare incentivi fiscali, ma anche incentivi finanziari. Naturalmente questo ha un costo, ma è qualcosa che si può fare e si deve valutare. Parlo di incentivi finanziari mirati ai più giovani, quelli che hanno più bisogno di essere avvicinati alla previdenza complementare, e in generale a tutti quei segmenti del mercato del lavoro che sono più marginali.

È evidente che non c'è previdenza senza lavoro. Ci sono quindi degli interventi sul piano degli incentivi fiscali e finanziari che possono es-

sere immaginati per queste particolari categorie di lavoratrici e di lavoratori. C'è sicuramente un lavoro da fare; la Covip come autorità nel settore può dare un contributo tecnico, ma sta al decisore politico definire il se e il come, l'intensità, l'entità e tutto il resto.

Per quanto riguarda gli investimenti nell'economia italiana, forse è utile darvi qualche numero per capire di cosa stiamo parlando. I dati sono pubblicati nella tavola 1.24, a pagina 47, della relazione annuale. Il conto esclude le riserve tecniche e i fondi interni; su 176 miliardi impiegati, 40 miliardi sono nell'economia italiana, con differenze tra le diverse classi di attivo. La parte del leone, senza sorpresa, è interpretata dai titoli di Stato. Ciò non sorprende perché, guardando ai mercati, noteremo che il debito pubblico italiano occupa un posto quantitativamente importante nei mercati del debito pubblico del mondo. Per la stessa ragione l'investimento nel comparto *equity* azionario è molto più limitato; questo non perché i fondi pensione vogliano investire di meno nelle azioni emesse dalle imprese italiane, ma per la semplice ragione che la capitalizzazione dei mercati azionari italiani è molto più bassa non solo di quella dei Paesi che hanno una capitalizzazione molto più alta (Regno Unito, Stati Uniti, per non parlare di Svizzera e Lussemburgo), ma anche dei Paesi a noi vicini, come la Germania o la Francia. Tale elemento, meccanicamente, produce il risultato che l'investimento nei mercati dei capitali italiani dei fondi pensione italiani è più basso.

Faccio anche notare che questa evidenza che si riporta per i fondi pensione non è molto dissimile da quella dei fondi comuni. Secondo i dati della Banca d'Italia, le quote dei fondi comuni che stanno nei portafogli delle famiglie italiane sono pari a circa 700 miliardi e di essi solo il 2,5 per cento va in società non finanziarie italiane. Questo accade per un motivo semplice: il peso dei mercati dei capitali italiani nel mondo è modesto e limitato. Questo produce il risultato che vi ho detto. Allora bisognerebbe chiedersi anzitutto perché il peso dei mercati dei capitali italiani è limitato e cosa si può fare per fare in modo che i mercati di capitali crescano e si sviluppino.

Venendo alla domanda sui vincoli, semplicemente la risposta è che non se ne possono mettere, perché la normativa europea lo impedisce (non si possono mettere vincoli all'investimento) e credo che lo suggerisca anche il buon senso. Peraltro, fatemi aggiungere che il mio mestiere non è quello di presidente della Consip, poiché ricopro questa carica *pro tempore*, ma quello del professore. La letteratura scientifica dice una cosa semplice: ogniquale volta si è confusa la missione dei fondi pensione (che non esistono solo in Italia), cioè quella di trasformare i contributi in prestazioni, con altre missioni, si è fatto peggio. Il fondo pensione deve trasformare contributi in prestazioni. Se poi la trasformazione di contributi in prestazioni ha per effetto, non come causa, il fatto di contribuire allo sviluppo dell'economia del Paese, ben venga; questo però è l'effetto e non può essere la causa.

I fondi pensione non possono avere vincoli ed è bene che non li abbiano; devono essere liberi di decidere come investire i contributi per

massimizzare il rendimento, cioè il rapporto tra contributi e prestazioni. È questo che deve fare un fondo pensione che funziona con il principio della contribuzione definita dalla capitalizzazione. Fatemi anche dire che, rispetto a iniziative rivolte alla cosiddetta economia reale, che nel caso specifico dell'Italia ha una particolare connotazione, cioè quella del liquido per le ragioni che ho ricordato prima (c'è poco *public equity* e un po' più *private equity*), in questi anni i fondi sono stati fatti con la Cassa depositi e prestiti e anche con altri operatori di mercato. Quindi è un mercato che sta crescendo.

PRESIDENTE. Riepilogando, dottor Padula, l'obiettivo principale non può essere altro che quello di massimizzare il risultato per la gestione del fondo per garantire una corretta erogazione delle prestazioni, come promesso.

Ringrazio il professor Padula per le risposte e la documentazione che ha trasmesso alla Commissione. Sappiate che, ogni volta che riterrete di voler indirizzare alla Commissione ulteriori documentazioni e considerazioni, potrete farlo liberamente e ve ne saremo grati.

Dichiaro conclusa l'audizione di rappresentanti di Covip.

È ora prevista l'audizione dei rappresentanti dell'Ivass.

È qui presente il dottor Stefano De Polis, segretario generale dell'Ivass, accompagnato dal dottor Roberto Novelli, responsabile dell'Ufficio segreteria di presidenza e del consiglio e dal dottor Andrea Venturini, dell'Ufficio segreteria di presidenza e del consiglio, ai quali chiedo di contenere gli interventi in quindici minuti complessivi per dare modo ai colleghi di fare eventuali domande e consentire un minimo di interlocuzione.

DE POLIS. Signor Presidente, onorevoli senatori, desidero innanzitutto ringraziare la Commissione per l'invito a partecipare a questo ciclo di audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria.

Per noi è un'occasione preziosa per poter illustrare il ruolo del sistema assicurativo e le competenze dell'Ivass nel settore del *welfare*. Passerò in rassegna i tre profili di attività con un'attenzione particolare alle tematiche della sanità integrativa. Mi soffermerò quindi sui temi previdenziali e assistenziali. È importante tener conto dello scenario: siamo in presenza di dinamiche demografiche che determineranno un inevitabile incremento della domanda di servizi sanitari e di previdenza, ad oggi soddisfatta prevalentemente dal settore pubblico.

Inizio con alcuni *trend* demografici: l'Italia è tra i Paesi economicamente evoluti con un maggior tasso di invecchiamento. Dopo la battuta d'arresto rilevata nel 2020, a causa della pandemia, la speranza di vita alla nascita è tornata a crescere nel 2021 ed è pari a 82,5 anni. Denatalità e invecchiamento della popolazione sono tendenze comuni ai vari Paesi europei. Mettendo però a paragone la nostra situazione con quella di Francia e Germania, sia oggi che nelle proiezioni al 2030, l'Italia mostra i livelli più elevati per quota di *over* sessantacinque, per quota di *over*

ottanta e anche per il rapporto di dipendenza degli anziani *over* sessantacinque in relazione alla popolazione in età da lavoro.

PRESIDENTE. Ricordo che la relazione è a disposizione dei colleghi. La invito cortesemente a concentrarsi sulle domande, ma se intende fare una premessa può farlo senza problemi.

DE POLIS. Sul primo tema che volevo trattare, cioè il ruolo della previdenza complementare, sappiamo che è un settore su cui vigila la Covip, ma ci sono delle forti interrelazioni con l'Ivass e la Banca d'Italia in relazione a chi gestisce alcune forme di fondi pensione. Sostanzialmente, la vigilanza di tipo prudenziale sulla sana e prudente gestione dei soggetti che gestiscono i fondi pensione rimane nella competenza dell'Ivass, se si tratta di compagnie di assicurazione, e della Banca d'Italia se si tratta di banche.

Sin dal 2011 l'Ivass (un tempo Isvap) ha stipulato con la Covip un protocollo per definire le forme e le modalità di reciproca collaborazione al fine di accrescere l'efficacia dell'azione di controllo. Seguendo questo protocollo, cooperiamo regolarmente in termini di vigilanza sulle attività della previdenza complementare in relazione alle reciproche competenze. Ci incontriamo regolarmente in sede di *meeting* e ci scambiamo informazioni sui singoli aspetti; ad esempio, i colleghi della Covip ci hanno scritto recentemente chiedendoci delle informazioni su una vicenda che stiamo seguendo insieme. Allo stesso tempo collaboriamo sotto il profilo normativo. Nel momento in cui si vanno a definire nuove normative, c'è sempre il tema di rispettare e definire i limiti delle competenze e delle responsabilità delle due autorità. Abbiamo letto la relazione che la Covip ha depositato a questa Commissione; molti dei temi li condividiamo e siamo pienamente disponibili a lavorare per cercare i modi migliori per valorizzare la previdenza complementare.

Prima di passare al tema del *welfare* sanitario, vorrei dedicare una riflessione a un altro tema per noi molto importante, che è quello della non autosufficienza. Il fenomeno dell'invecchiamento demografico, che ho ricordato in premessa, incide anche sui bisogni di cura conseguenti alla perdita dell'autosufficienza nell'età avanzata. È un tema che coinvolge sia il sistema previdenziale che quello sanitario ed è escluso – com'è noto – dalle prestazioni del sistema sanitario nazionale.

La spesa pubblica per *long term care*, rivolta ad anziani e disabili non autosufficienti, comprende la componente sanitaria, la spesa per l'indennità di accompagnamento e la spesa per altre prestazioni. Dalle proiezioni della Ragioneria dello Stato, emerge che il rapporto tra spesa a carico dello Stato per il *long term care* e PIL passerà dall'1,9 per cento del 2020 al 2,8 per cento nel 2070. A queste spese, secondo nostre stime, devono essere aggiunti circa 23 miliardi di euro, che sono i costi attualmente sostenuti dalle famiglie per le rette delle residenze assistite, per l'assistenza domiciliare e tutta l'attività dei *caregiver* professionali.

Per far fronte ai bisogni presenti e futuri delle persone anziane non autosufficienti può essere opportuno – questo è un tema che vogliamo

sottolineare – coinvolgere maggiormente il settore assicurativo. Le polizze *long term care* ci sono, ma sono poche diffuse nel nostro Paese. Questi contratti, in presenza di un’ampia platea di assicurati, a fronte di premi pagati durante la vita lavorativa, sarebbero in grado di garantire l’erogazione di una rendita assicurativa, ovvero la prestazione di servizi sociosanitari a favore dei soggetti non autosufficienti.

Per lo sviluppo di questo comparto sarebbe utile pervenire ad una definizione condivisa e unica di non autosufficienza e di parziale non autosufficienza, non chiare a tutti.

PRESIDENTE. Sarebbe opportuno stadiare i livelli di non autosufficienza in modo che possa diventare un modello su cui applicare gli algoritmi.

DE POLIS. Esattamente, sarebbe opportuno rendere chiare le definizioni, mentre oggi ogni compagnia ha la sua definizione. Se la prestazione consiste – a questo teniamo molto – nell’erogazione diretta di servizi assistenziali e sanitari, perché molte compagnie si stanno organizzando per far questo, è importante stabilire adeguati e verificabili *standard* di qualità. Si può offrire un servizio, ma va mantenuta la qualità di quel servizio.

In questo ambito, quindi, nuove modalità di cooperazione tra pubblico e privato, forse una rimodulazione delle agevolazioni fiscali e un auspicabile coinvolgimento del terzo settore potrebbero portare a definire prestazioni assicurative economicamente sostenibili, attraenti per platee di fruitori sempre più ampie e – circostanza per noi da non sottovalutare – attente alla qualità dei servizi e delle relazioni umane. Per questo pensiamo che un coinvolgimento del terzo settore, che già opera in questo ambito, potrebbe essere opportuno.

Passerei velocemente a parlare del tema principale, quello del *welfare* sanitario. L’articolato sistema sanitario italiano è caratterizzato dalla centralità del ruolo pubblico basato sul principio di universalità. Ai fondi sanitari è riservata una funzione integrativa, solo parzialmente disciplinata.

Il sistema del *welfare* sanitario è suddiviso nei seguenti comparti. Vi è il Servizio sanitario nazionale (SSN), con i suoi livelli essenziali di assistenza. Vi sono i fondi sanitari integrativi: la contribuzione ai fondi è volontaria o negoziale ed è basata sulla ripartizione del rischio tra gli aderenti. I fondi sanitari integrativi – cosa più importante – forniscono copertura in modo analogo al Servizio sanitario nazionale, ovvero nel rispetto del carattere universalistico della copertura e senza selezione *ex ante* dei rischi: questo è un aspetto importante su cui tornerò alla fine. Le prestazioni variano e sono sovente in funzione delle risorse disponibili dei singoli fondi.

Il terzo comparto è rappresentato dalle forme individuali di assistenza sanitaria, che consistono in prestazioni mediante stipula di polizze assicurative. A differenza dei fondi sanitari integrativi, la contribuzione

degli assicurati avviene tramite premi calcolati su stime probabilistiche, relative alle frequenze e al costo dei sinistri, basate sugli specifici profili di rischio dell'assicurato. La seconda e la terza componente cioè i fondi sanitari integrativi e le forme assicurative, rappresentano, unitamente alla spesa direttamente sostenuta dalle famiglie (cosiddetta *out of pocket*), la spesa sanitaria privata.

Consentitemi di darvi qualche rapida informazione sul confronto internazionale e alcuni dati sulla situazione in Italia. La spesa sanitaria totale in Italia, pubblica e privata, rappresenta circa il 9,5 per cento del PIL ed è poco più bassa rispetto ad altri Paesi del Sud Europa (come la Spagna e Portogallo) che evidenziano valori intorno al 10,5 per cento. Agli estremi inferiori in Europa, abbiamo il Lussemburgo e la Romania, che segnalano valori intorno al 6 per cento, mentre Germania, Francia e Svizzera registrano i valori più elevati, tra il 12,8 e l'11,8 per cento.

In Europa, i sistemi sanitari, sebbene largamente eterogenei tra loro, si possono distinguere in due macro-modelli, a seconda della presenza o meno di forme di assicurazione sanitaria obbligatorie. L'assicurazione sanitaria privata obbligatoria – « privata », lo sottolineo – è presente in misura rilevante in Francia, Germania, Olanda, Belgio, Svizzera e Austria, mentre è quasi del tutto assente nelle Isole britanniche, nei Paesi Scandinavi e nella Penisola iberica, oltre che in Italia. In ogni caso, nei maggiori Paesi europei, la somma di spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria, indipendentemente dal sistema, raggiunge in genere quote intorno al 90 per cento dell'intera spesa sanitaria. I canali di spesa residuali sono, come dicevo, il canale diretto (*out of pocket*) e le forme integrative volontarie.

La spesa diretta delle famiglie – questo è un dato importante – è particolarmente elevata in Italia, perché rappresenta il 22 per cento del totale, ma anche in Spagna, Portogallo e Svizzera, mentre ha valori minimi in Germania, Francia e Olanda. Nel nostro documento trovate anche i dati di dettaglio.

PRESIDENTE. Per spesa intende il totale dell'*out of pocket* o la quota intermediata, cioè la vostra?

DE POLIS. No, il totale.

In Italia la spesa sanitaria pubblica fino al 2019 ha rappresentato circa il 6,5 per cento del PIL, nel 2020 è cresciuta a seguito della pandemia e ha raggiunto il 7,5 per cento per poi assestarsi al 7,1 per cento nel 2021. Oltre alla spesa pubblica di 127 miliardi, vanno considerati 4,5 miliardi di spesa sanitaria intermediata da fondi, mutue e imprese di assicurazione e 36 miliardi di spesa diretta delle famiglie (l'*out of pocket*). Complessivamente nel 2021 l'intera spesa sanitaria, pubblica e privata, ammontava a 168 miliardi di euro, circa il 9,5 per cento del PIL.

I fondi sanitari, le compagnie di assicurazioni, le società e le casse mutue – questo è l'aspetto importante – sono gli attori della spesa sanitaria intermediaria. Con un decreto ministeriale del 31 marzo 2008 è

stata istituita presso il Ministero della salute l'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi. Sono previste due sezioni: i fondi di tipo A e i fondi di tipo B. Nella categoria A sono iscritti appena dodici fondi, che erogano quote con controvalore di prestazioni veramente molto modesto; più rilevante invece è la sezione B dell'anagrafe, perché qui sono presenti gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso: questi organismi sono complessivamente 306 nel 2020 e a oggi erogano prestazioni per circa 2,8 miliardi l'anno, perlopiù costituite da assistenza odontoiatrica, quindi non prevista dal sistema sanitario nazionale, prestazioni sociosanitarie e prestazioni finalizzate al recupero della salute. La forma dei fondi di tipo B è prevalentemente quella di associazioni non riconosciute (circa 253), seguite dalle società di mutuo soccorso che sono 53.

Va detto che il quadro dei controlli sui fondi integrativi non è andato però oltre l'istituzione dell'anagrafe presso il Ministero. Tenete presente che l'anagrafe ha anche la funzione di consentire l'accesso dei fondi iscritti ai benefici fiscali. Quindi, ha più questa finalità che una vera finalità di controllo.

Il ruolo del settore assicurativo è importante per far capire anche le relazioni che intercorrono tra i vari attori della sanità integrativa, come anche si evince dai premi raccolti dalle imprese (nella nostra relazione in allegato trovate alcuni dati supplementari): i premi del ramo malattia evidenziano un *trend* moderatamente crescente nel tempo e rappresentano, negli ultimi tre esercizi, oltre il 70 per cento del complesso della spesa sanitaria intermediata. Vedendo la ripartizione della spesa, emerge un peso rilevante dei fondi sanitari. Una parte dei fondi sanitari, in realtà, eroga prestazioni assicurandosi presso una compagnia di assicurazione, o meglio, se vediamo il concreto funzionamento del mercato, le compagnie di assicurazione, per far accedere i propri assistiti ai benefici fiscali, costituiscono dei fondi sanitari. I fondi sanitari, quindi, instaurano e curano i rapporti con il cittadino che aderisce e poi assicurano la prestazione coprendosi il rischio con la compagnia di assicurazione. È questa una delle modalità con cui le compagnie di assicurazione erogano questo tipo di prestazione.

Quindi, le compagnie di assicurazione operano in questo settore sostanzialmente con due modalità: costituendo fondi sanitari e prestando loro le garanzie assicurative, ovvero offrendo direttamente contratti assicurativi di malattia alla clientela. Se guardiamo ai premi totali (nel 2021 i premi malattia erano circa 3,1 miliardi di euro), il 53 per cento, quindi oltre la metà, attengono a contratti collettivi sottoscritti dai fondi sanitari. Quindi, sono i fondi sanitari, sovente di emanazione delle stesse compagnie, che si ricoprono con la compagnia per le prestazioni che vengono erogate. L'aspetto importante è questo stretto legame che c'è tra i fondi e il mondo assicurativo, anche se non tutti i fondi sono emanazione di compagnie di assicurazione. Soprattutto le società di mutuo soccorso, di norma, non sono di emanazione di compagnie di assicurazione.

Arriviamo ora a uno dei temi che vi interessa maggiormente. L'adesione a un fondo sanitario integrativo e la stipula di un contratto assi-

curativo nel ramo malattia presentano differenze in ordine ai requisiti di accesso e alle diverse metodologie utilizzate per l'assunzione dei rischi. Per esercitare l'attività assicurativa ci sono alcune regole stringenti: serve un capitale minimo, una struttura di *governance* che rispetti criteri di sana e prudente gestione, il possesso nel continuo di un requisito patrimoniale di solvibilità commisurato ai rischi che si assumono e poi – come dicevo – requisiti di professionalità, onorabilità e indipendenza da parte degli esponenti aziendali. Inoltre, ci sono delle stringenti regole di condotta di mercato, cioè relative al modo con cui i prodotti si vendono e si collocano.

Diversamente, un fondo sanitario integrativo può svolgere la propria attività limitandosi a iscriversi all'Anagrafe tenuta dal Ministero della salute.

Quali problematiche rileviamo? Innanzitutto, riceviamo ogni anno molti esposti dagli assicurati e abbiamo un *call center* che è attivo tutti i giorni. Le telefonate che riceviamo al *call center* e gli esposti riguardano indifferentemente compagnie di assicurazione e società di mutuo soccorso. I cittadini non colgono la differenza tra le tipologie di controparti con cui stipulano il contratto. Quindi, sono frequenti i reclami nei confronti di fondi sanitari e società di mutuo soccorso da parte dei clienti, i quali non hanno la minima idea che non è l'Ivass il soggetto che può dar loro tutela. Ci sono delle asimmetrie informative.

Emergono alcuni problemi di chiarezza delle condizioni contrattuali, anche perché frequentemente – questo lo abbiamo rilevato – vi sono stati esposti e diffide, talvolta tra operatori, perché nei fondi si usa molto spesso il termine « assicurare », circostanza che crea incertezza sulla natura di chi sta offrendo le prestazioni sanitarie.

PRESIDENTE. Desidero avvertire i rappresentanti dell'Ivass che sicuramente dovranno essere riconvocati, visto che a breve dovremo concludere i nostri lavori, perché il tema è centrale rispetto alla nostra indagine.

DE POLIS. Prima di arrivare all'articolo 345 del codice delle assicurazioni private (CAP), sarebbe molto importante in generale, sia per il settore assicurativo che per quello dei fondi, adottare un nomenclatore delle prestazioni sanitarie. Molto spesso, infatti, capita che le diverse compagnie, ma anche i diversi fondi, diano definizioni diverse di malattia, di ciclo di cura e di cosa sia invalidità e cosa, ad esempio, convalescenza. C'è un florilegio di interpretazioni e sarebbe assolutamente importante redigere un nomenclatore unico delle prestazioni specialistiche cui dovrebbero attenersi tutti gli operatori. Ci sarebbe certezza per tutti, anche per chi deve stabilire il prezzo di una polizza, non solo per chi ovviamente deve far valere i propri diritti alla prestazione. Questo è un aspetto importante.

Sarebbe anche importante che i fondi, le casse mutue e le società di mutuo soccorso si dotassero di specifici uffici per la trattazione delle pro-

blematiche segnalate dai loro iscritti attraverso i reclami per verificarne la consistenza, darvi eventualmente seguito, ma anche per capire quali sono le loro carenze gestionali.

Poi c'è la questione della vigilanza e vengo al tema dell'articolo 345. Come accennavo, nell'attuale quadro normativo, solo coloro che sottoscrivono contratti assicurativi, ovvero che aderiscono a fondi sanitari comunque garantiti indirettamente da imprese di assicurazione, trovano tutela nei controlli e nei presidi sulla solvibilità delle compagnie, che in questo caso appunto presta l'Ivass.

Una menzione specifica merita l'articolo 345 del codice delle assicurazioni private, che prevede l'assoggettabilità delle società di mutuo soccorso che superino una determinata soglia di operatività e delle casse autogestite, come i fondi sanitari, alle disposizioni del Titolo IV del codice delle assicurazioni private in quanto compatibili. Dispone inoltre, quanto alle sole società di mutuo soccorso, che, nel caso in cui le stesse stipulino contratti di assicurazione per conto degli iscritti, ai soci siano comunque fornite le informazioni previste per le compagnie di assicurazione in materia di trasparenza nei confronti della clientela.

Avevo già affrontato questo tema in occasione di un'audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di fondi sanitari dinanzi alla Commissione XII della Camera dei deputati nel 2019. L'articolo 345 del CAP è una norma che presenta rilevanti incertezze applicative, oltre che lacunosità e frammentarietà con riferimento a numerosi profili, l'insieme dei quali può determinare un *vulnus* di tutela per i cittadini, oltre che incertezze degli operatori e i soggetti chiamati a vario titolo ad esercitare la vigilanza. In particolare, tali incertezze riguardano: le difficoltà applicative del criterio individuato dall'articolo 345, comma 3, per l'estensione alle società di mutuo soccorso della normativa assicurativa; la concreta individuazione delle norme oggetto di estensione; il fondamento e l'estensione dei poteri dell'istituto, primo fra tutti il potere regolamentare. Questo è il tema.

È una norma che potrei definire vetusta, non perché ne è vetusto il contenuto, ma perché in questi ultimi anni c'è stata un'evoluzione forte anche della giurisprudenza amministrativa e oggi è chiaro a tutti che, senza una previsione di norma di legge che attribuisce un potere di normare un settore, non è possibile emanare norme. Occorrerebbe che l'articolo 345 prevedesse almeno esplicitamente il potere dell'Ivass di emanare la regolamentazione. Questo è un fatto che si è verificato, perché negli ultimi anni è diventato un principio molto chiaro del quadro delle normative secondarie di vigilanza: senza un'esplicita previsione normativa la norma è a rischio di impugnazione dinanzi alla magistratura amministrativa.

Questo è il cuore del problema. Rimane però un altro tema fondamentale: che tipo di norme applicare a questo mondo molto eterogeneo dei fondi e delle casse di mutualità, che hanno anche dimensioni diverse? Infatti, le norme che si applicano alle compagnie assicurazioni, anche alle più semplici, prevedono l'esistenza di un patrimonio e il calcolo di ri-

serve tecniche. Queste strutture oggi non sono attrezzate per fare questo, quindi una riforma di questo genere dovrebbe richiedere anche una riorganizzazione di questo comparto fondamentale. È un tema che andrebbe previsto e disciplinato in maniera più chiara dalle norme primarie.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor De Polis, ma dobbiamo rinviare il seguito dell'audizione ad altra seduta.

Il nocciolo della nostra indagine è capire se quei 45 miliardi di *out of pocket* possano essere intermediati in misura molto maggiore, come da media europea, e se si possa, anche attraverso provvedimenti normativi, fare chiarezza e consentire l'applicabilità di modelli e *standard* più vicini al calcolo algoritmico del premio in virtù delle prestazioni.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 10,05.

