



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 9

N.B. I Resoconti stenografici delle sedute 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.

49^a seduta: mercoledì 15 marzo 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI

INDICE**Audizione di rappresentanti dell'Istat**

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 5 e passim		FREGUJA	Pag. 3, 4, 7
MAZZELLA (M5S)	6		* SOLIPACA	5, 6

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 Istat, la dottoressa Cristina Freguja, direttore della Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare, e il dottor Alessandro Solipaca, Servizio sistema integrato salute, assistenza e previdenza, accompagnati dal dottor Paolo Consolini, Servizio sistema integrato sulle condizioni economiche e i prezzi al consumo, e dalla dottoressa Maria Assunta Fugnitto, Servizio offerta di beni e servizi e conti nazionali per settore istituzionale.

I lavori hanno inizio alle ore 10,15.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, 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 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.

Ricordo che le audizioni si svolgono anche in videoconferenza con la partecipazione da remoto dei senatori.

Audizione di rappresentanti dell'Istat

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'audizione di rappresentanti dell'Istat, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di *welfare* e di tutela della salute, sospesa nella seduta del 9 marzo.

Sono presenti la dottoressa Cristina Freguja, direttore della Direzione centrale per le statistiche sociali e il *welfare* e il dottor Alessandro Solipaca, Servizio sistema integrato salute, assistenza e previdenza, accompagnati dal dottor Paolo Consolini, Servizio sistema integrato sulle condizioni economiche e i prezzi al consumo, e dalla dottoressa Maria Assunta Fugnitto, Servizio offerta di beni e servizi e conti nazionali per settore istituzionale.

FREGUJA. Signor Presidente, mi preme comunicare a lei e ai commissari che abbiamo esaminato le domande da voi poste per iscritto e ne

abbiamo avviato l'elaborazione. Trattandosi di materia complessa e articolata, come potrà osservare oggi siamo accompagnati da esperti di questo tipo di dati e della materia in generale.

PRESIDENTE. Dottoressa Freguja, in attesa che i colleghi senatori pongano i loro quesiti, desidero ricordare che il tema anche all'origine di questa indagine conoscitiva è la particolarità del nostro Paese, che vede una rilevante spesa sanitaria privata non intermediata. Quindi, sia in percentuale rispetto alla dotazione del Fondo sanitario nazionale sia in proporzione ai livelli percentuali tra spesa individuale (la cosiddetta *out of pocket*) ed i Fondi sanitari nazionali di altri Paesi, vi è questo squilibrio che ci desta qualche preoccupazione.

Il cittadino, rispetto a un assetto della nostra sanità che è universalistico e che vuole esserlo, è costretto a pagare di tasca propria quasi il 30 per cento (forse anche qualcosa in più) della dotazione del fondo sanitario nazionale; come aggravante ulteriore, in combinato disposto, questa rilevante di spesa sanitaria privata si aggira intorno ai 40 miliardi (qualcuno dice addirittura a 45). Ci riferiamo sempre alla quota bianca della spesa, cioè quella documentata, senza alcuna intermediazione, né di regole né dello Stato, né delle strutture.

Posto che il cittadino portatore di una domanda di cura è un cittadino fragile per definizione, che è un contraente debole, io credo che lo Stato debba in qualche misura coprire questa parte di spesa individuale non intermediata, in misura certamente maggiore all'attuale, laddove tendenzialmente l'ideale sarebbe coprirla tutta o comunque in una percentuale maggiore.

Lo scopo della nostra indagine è proprio questo: capire i meccanismi per cui, da un lato, lo Stato ha la necessità di valutare bene cosa accade e, dall'altro, capire come aumentare questa quota di intermediazione.

La mia domanda è questa: dal vostro punto di osservazione, particolare, speciale e che, peraltro, attinge a dati che hanno anche una serie storica interessante (in particolare nella spesa *out of pocket*, dove si registra un aumento costante), quali sono le indicazioni che vi sentite di consegnare alla Commissione, per aiutarci a trovare una sintesi rispetto a questo problema?

Il nostro fine, infatti, è di arrivare a una proposta normativa che metta maggiormente a sistema questa parte di spesa, che non può essere regolata solo dalla legge di mercato, cioè da domanda e offerta.

FREGUJA. Signor Presidente, prima di cedere la parola al dottor Solipaca, volevo solo confermare questa tendenza, espressa con un aumento della quota della spesa sanitaria privata. Ciò che mi preme, però, sottolineare è anche l'aumento della diseguaglianza in questo.

Questo non è un problema che riguarda le diverse categorie della popolazione trasversalmente, ma riguarda soprattutto le fasce più deboli. Anche le coperture assicurative di tipo privato sono coperture assicurative che riguardano le fasce di reddito più elevato, anche quando si tratta di

coperture assicurative che vengono pagate, interamente o in quota, dai datori di lavoro. Soltanto alcune categorie di lavoratori hanno questo beneficio e queste categorie di lavoratori generalmente appartengono alle fasce di reddito più alto. Quindi, il *welfare* aziendale privato, da questo punto di vista, comporta un ampliamento delle diseguaglianze, perché i lavoratori a basso reddito o appartenenti a settori della produzione con produttività non così elevata non possono beneficiare di questo trattamento.

PRESIDENTE. È naturale, dottoressa Freguja. Spende chi ha le risorse. Chi non le ha rinuncia a questa prestazione, sostanzialmente alla propria salute, ed è costretto a scegliere tra il mangiare o il curarsi. Capire, però, l'*identikit* di questo soggetto che spende di tasca propria e il suo posizionamento, anche geografico territoriale, sicuramente può aiutarci ad arrivare a delle conclusioni più mirate.

SOLIPACA. Signor Presidente, il problema è abbastanza complesso. Ricordo che con la riforma Bindi del 2001 fu introdotto il concetto dei livelli essenziali di assistenza, per cui il sistema sanitario nazionale doveva assicurare ai propri cittadini un paniere di prestazioni ritenute essenziali per la cura della salute. Si era, però, anche consapevoli del fatto che c'era tutta una serie di altre prestazioni, ritenute dal Ministero meritorie di essere erogate, che dovevano essere demandate alla copertura di fondi integrativi, che dovevano sorgere da lì a poco. In realtà, questi fondi integrativi, secondo l'intenzione dell'allora ministro Bindi, non sono mai nati o comunque non hanno mai funzionato.

E questa è un po' la spiegazione dell'anomalia italiana. Questi fondi o non si sono mai costituiti o non hanno operato, probabilmente, come nello spirito della legge. Essi dovevano, infatti, coprire prestazioni sanitarie meritorie, ma non ritenute essenziali.

PRESIDENTE. Integrative.

SOLIPACA. Esattamente, signor Presidente, integrative. Nel corso degli anni la spesa sanitaria pubblica è cresciuta molto lentamente e in certi periodi, addirittura, la spesa privata è cresciuta più velocemente della spesa pubblica. Questo perché c'è stato un arretramento dell'attività sanitaria pubblica per via dei *deficit* ingenti che le Regioni avevano costituito in tutti questi anni. Vi è stato quindi un arretramento della spesa pubblica. Considerate che i *ticket* spesso eguagliano il prezzo che si paga nella struttura privata e anche questo ha favorito un aumento della spesa privata.

La dinamica più o meno è nota. Probabilmente bisognerà rilanciare questi fondi integrativi, anche per cercare di controllare la spesa privata, perché poi la spesa privata avrà un doppio costo sulla spesa pubblica, in quanto tutto ciò che viene speso privatamente, *out of pocket*, viene detratto dalla denuncia dei redditi. In qualche modo, dunque, sono mancate

entrate per lo Stato che si vanno ad aggiungere alla spesa pubblica in senso stretto.

Credo di poter dire che questo è l'orientamento di eventuali politiche.

MAZZELLA (M5S). Signor Presidente, sulla spesa *out of pocket* il dottor Solipaca ha detto che, in effetti, è una spesa che pesa sulla fiscalità generale, perché di fatto messa in detrazione. È anche vero, però, come è stato detto, anche in questa Commissione, da altri autorevoli referenti, che le fonti integrative in qualche modo facevano emergere la spesa bianca, come l'ha definita prima il Presidente.

Lo dico non in termini polemici, ma semplicemente in termini di approfondimento del discorso: noi sappiamo benissimo che esiste una evasione fiscale dal punto di vista della spesa sanitaria, è inutile nasconderci il problema. Forse l'integrazione, con formule che abbiano un monitoraggio trasversale, tra cliente e paziente, potrebbe in qualche modo fare emergere questa quota di fiscalità, che così non verrebbe drenata dal sistema. Quindi, vi è oppure no una valutazione anche sotto questo aspetto?

Io, come forza politica, preferirei che i cittadini non spendessero di tasca propria, ma che il sistema sanitario nazionale offrisse quelle prestazioni, che sono andate a ridursi, come abbiamo ormai capito, per un depotenziamento ed un definanziamento del sistema sanitario nazionale generale.

Come ha detto lei, infatti, la riforma Bindi andava a definire dei livelli base di prestazioni, che sono garantiti. Le prestazioni integrative erano extra LEA, ma non erano le prestazioni di base. Oggi noi parliamo di prestazioni di base che non vengono garantite in modo uniforme: non in modo assoluto, ma in modo non uniforme.

Io vorrei capire se questo ragionamento, che ci è stato posto da una parte politica, è un ragionamento che funziona, perché poi dovremo parlare dei concetti di sostenibilità. Io voglio capire se la quota di intermediazione può servire per migliorare questo aspetto della fiscalità; se emerge sostanzialmente il nero rispetto alla contrattazione che il cittadino fa con i professionisti, nel libero mercato della sanità.

SOLIPACA. Senatore Mazzella, i fondi integrativi o comunque in generale i fondi assicurativi probabilmente favoriscono l'emersione del nero, perché, ovviamente, chiunque richiede prestazioni, per poterle scaricare deve richiedere la fattura. Quindi, io immagino che una esternalità positiva probabilmente sarebbe questa.

Un'altra esternalità positiva, che pure era considerata ai tempi della riforma Bindi, era il fatto di cercare di limitare anche la inappropriata spesa. Vi è, infatti, anche questo problema: spesso la sanità eroga prestazioni definite inappropriate, che in qualche modo gonfiano la spesa. È opportuno, dunque, un controllo maggiore anche sulla tipologia di prestazione che viene effettuata.

Questi fondi, secondo me, dovrebbero avere degli effetti positivi anche sulla spesa e soprattutto sull'efficienza e l'appropriatezza delle prestazioni.

PRESIDENTE. Prima di congedare i nostri auditi, mi concedo un'ultima considerazione. Quando parliamo di necessità di intermediazione, si tratta di una necessità di intermediazione sia dal punto di vista della appropriatezza sanitaria sia dal punto di vista della necessità di non duplicare la spesa. La spesa privata, infatti, genera duplicazione, perché va in detrazione; la quota parte versata in un fondo non va in detrazione e, quindi, non genera duplicazione di fiscalità.

La necessità di aumentare l'intermediazione di questa spesa è assolutamente rilevante. Questo è lo scopo della nostra indagine. Agire sia dal punto di vista dell'appropriatezza sia dal punto di vista della razionalizzazione della spesa.

Inoltre, aggiungo che è evidente che, se io privato acquisto una prestazione, la pago di più del fondo che ne acquista cento. Deve, pertanto, esserci un baluardo e lo Stato deve essere presente: o direttamente, attraverso il fondo sanitario nazionale; o, per alcune prestazioni integrative, non sostitutive, ancillari al servizio sanitario pubblico, ma con una interposizione di regole e non con il mercato, perché il mercato qui non funziona.

Quindi, chiediamo la cortesia, nella documentazione che voi ci invierete, di aiutarci a definire meglio il *target* di questo fruitore: reddito, posizionamento geografico, classe sociale, classe di età; inoltre, sarebbe opportuno capire se, dal punto di vista sanitario, questi è un consumatore o un individuo necessitato dal fatto che, nel prenotare un esame, la prenotazione è due anni piuttosto che otto mesi dopo. In tal caso, infatti, gioco forza, magari va in banca a chiedere un piccolo prestito per vedere soddisfatto il suo bisogno di cura. Questo è un po' il senso delle nostre interlocuzioni.

FREGUJA. Signor Presidente, aggiungerei che non dobbiamo dimenticare che tutta una fascia di popolazione rinuncia alla prestazione e, quindi, non è consumatore.

PRESIDENTE. Appunto, è un non consumatore necessitato ed è la vittima. È vittima anche chi paga per avere la prestazione; per tutta una serie di motivi è vittima anche lui, ma almeno, pagando, accede alla prestazione. Chi non paga, invece, è doppiamente vittima, forse a volte anche in modo letale.

Nel ringraziare gli auditi, dichiaro conclusa la procedura informativa e rinvio il seguito della indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 10,35.

