



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 17

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

155^a seduta: martedì 30 gennaio 2024

Presidenza della vice presidente CANTÙ

INDICE**Seguito dell'audizione di rappresentanti di Unipol**

* PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 5		GIGLIOTTI	Pag. 4
ZAMPA (PD-IDP)	4			

Audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale di sanità integrativa e welfare (ANSI)

* PRESIDENTE	Pag. 5, 10, 12		* DRAGONETTI	Pag. 6, 10
MAZZELLA (M5S)	9		TANZILLI	6
ZULLO (Fdl)	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: 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; Italia Viva-Il Centro-Renew Europe: IV-C-RE; 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): Aut (SVP-PATT, Cb); Misto: Misto; Misto-ALLEANZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS; Misto-Azione-Renew Europe: Misto-Az-RE.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza di Unipol, Giovanna Gigliotti, amministratore delegato di UniSalute, accompagnata da Elisabetta Pugliese, responsabile policy unit of institutional & public affairs, e, in rappresentanza dell'Associazione nazionale di sanità integrativa e welfare (ANSI), Flavio Tanzilli, presidente e coordinatore ufficio studi, e Luciano Dragonetti, vice presidente e membro ufficio studi.

I lavori hanno inizio alle ore 14,40.

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.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'audizione di rappresentanti di UNIPOL

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 del 23 gennaio.

I nostri lavori prevedono oggi il seguito dell'audizione di rappresentanti di Unipol. È presente, in rappresentanza di Unipol, Giovanna Gigliotti, amministratore delegato di UniSalute, accompagnata da Elisabetta Pugliese, responsabile *policy unit of institutional & public affairs*.

Esaurita la disamina descrittiva dei contributi degli auditi qui presenti, in specie della dottoressa Giovanna Gigliotti assistita dalla dottoressa Pugliese, le stesse ci pregeranno di dare riscontro alle domande dei colleghi che sono state poste su più temi rispetto a quello che è stato un portato relazionale di indubbia nota. Mi risulta che sia stata fatta una pregevole produzione di *slide* di sintesi, per cui ringrazio i nostri ospiti a

nome dell'intera Commissione, in quanto sarà certamente utile a favorire un riscontro che potrà senz'altro essere meglio circostanziato da chi, avendone ben contezza, sarà in grado di darci ulteriori suggestioni e di ciò anticipatamente li ringrazio.

Lascio quindi la parola alla dottoressa Gigliotti.

GIGLIOTTI. Signora Presidente, ringrazio per l'opportunità di proseguire questo confronto.

Nel corso dell'audizione della settimana scorsa, avevamo presentato, come lei giustamente ricordava, una serie di *slide*. Uno dei degli argomenti più significativi era la composizione della spesa *out of pocket*. Abbiamo portato un'integrazione, ma ve ne do conto velocemente: mi riferisco ai famosi 41,5 miliardi. C'è una grossissima componente di 20 miliardi, legata alla parte relativa alla sanità integrativa vera e propria, cioè tutta la parte della spesa per la specialistica e l'alta specializzazione. C'è una componente molto importante di circa 15 miliardi di spese per farmaci e poi una componente minore per la parte degli interventi chirurgici, a dimostrazione del fatto che anche la spesa che gli italiani fanno di tasca propria è rivolta a quella parte di attività sanitaria che oggi obiettivamente incontra le difficoltà legate alle lunghe liste d'attesa. Questo serve a completare la riflessione dell'altro giorno, ma sono a vostra disposizione per le domande.

PRESIDENTE. Do ora volentieri la parola ai colleghi che intendano contribuire a circostanziare meglio l'argomento, se lo reputano, con ulteriori domande sul tema.

ZAMPA (PD-IDP). Signora Presidente, mi scuso con la dottoressa Gigliotti per essere arrivata in ritardo e quindi per non aver sentito la prima parte del suo intervento, ma abbiamo avuto modo di scambiarci riflessioni su questo tema qualche tempo fa.

Vorrei riprendere solo la parte del suo ultimo intervento relativa alla composizione della spesa *out of pocket*, laddove lei ha fatto riferimento al fatto che, invece che andare nella direzione di aggiungere cose, sostanzialmente la spesa *out of pocket* per la maggior parte è originata dal fatto che il servizio non eroga le prestazioni nei tempi e nei modi in cui dovrebbe. Quindi, non è una spesa che avviene perché i cittadini acquistano servizi aggiuntivi, ma è una spesa che i cittadini affrontano per colmare lacune o per far fronte a inefficienze del servizio. Ho capito bene quello che lei ha detto sulla composizione della spesa? Le chiedo di spendere qualche parola in più su questo per comprendere meglio.

GIGLIOTTI. La spesa *out of pocket* è cresciuta in maniera molto significativa prevalentemente negli ultimi anni. Non c'è dubbio che è una spesa che nel nostro Paese è sempre esistita e, secondo il nostro osservatorio, viene sopportata, naturalmente, dai cittadini che hanno la capacità di affrontarla. Infatti, la valenza dei fondi di sanità integrativa sta

proprio nel fatto che garantiscono questa assistenza a una popolazione che con un reddito *pro capite* contenuto non potrebbe farlo. C'è, quindi, questa importante componente di 15 miliardi riferibile a spesa per farmaci e parafarmaci.

Non vi è dubbio, peraltro, che negli ultimi anni, in particolar modo subito dopo il Covid, le liste di attesa in Italia siano diventate, purtroppo, critiche e inaccettabili e il ricorso alla sanità privata, non solo quella integrativa nel senso di assicurata o intermediata, certamente si sta allargando. Il fatto che 20 miliardi siano destinati a visite specialistiche o accertamenti diagnostici conferma lo stato di fatto della sanità nel nostro Paese: sapete bene che oggi, in Italia, per fare una TAC o una risonanza magnetica nel sistema sanitario pubblico, bisogna aspettare anche diciotto mesi. Questi sono tempi inaccettabili, perché non stiamo parlando di interventi di prevenzione, perché non è che gli italiani amino andare a fare la prevenzione; anzi, su questo dovremmo lavorare e cercare di sollecitare il più possibile, perché sappiamo bene che la prevenzione è un modo per ridurre il rischio dell'ingravescenza e avere diagnosi più tempestive. È evidente che questo è un bisogno che sta maturando e sta crescendo in relazione a questa difficoltà, che noi naturalmente come cittadini auspichiamo sia risolta quanto prima.

Una cosa molto importante che vorrei dire e che ho detto anche la settimana scorsa, anche in relazione al servizio che forniamo, è che nella struttura di convenzionamento di UniSalute non ci sono solo le strutture private (anzi, vorrei dire che le strutture private sono quelle accreditate dal Servizio sanitario pubblico), ma anche molte strutture pubbliche, perché riteniamo che all'interno delle strutture pubbliche ci sia oggettivamente un'eccellenza nella sanità e sappiamo anche che il personale medico impiegato nelle strutture pubbliche ha piacere di poter sviluppare anche la cosiddetta attività *intramoenia*. Sapete che abbiamo la necessità che questi medici si trattengano per più tempo, finito il loro turno di lavoro, e facciano lo straordinario, fanno attività *intramoenia* e quindi, quando è possibile, cerchiamo di canalizzare i nostri assistiti verso le strutture pubbliche per quanto attiene la parte specialistica, ma anche e soprattutto per quello che riguarda gli interventi chirurgici. Questo, senatrice Zampa, è un dato oggettivo che ci viene dai numeri e che a nostro parere fotografa la situazione che c'è in questo momento nel nostro Paese.

PRESIDENTE. Ringrazio le nostre ospiti per il loro contributo e tutti i colleghi per la loro attenzione. Dichiaro conclusa l'audizione.

Audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale di sanità integrativa e welfare (ANSI)

PRESIDENTE. I nostri lavori proseguono con l'audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale di sanità integrativa e welfare (ANSI).

Sono presenti, in rappresentanza dell'Associazione nazionale di sanità integrativa e welfare (ANSI), Flavio Tanzilli, presidente e coordina-

tore dell'ufficio studi, e Luciano Dragonetti, vice presidente e membro dell'ufficio studi.

Lascio la parola al dottor Tanzilli per la sua relazione, che si svolge – come sapete – nell'ambito di una indagine conoscitiva a cui teniamo molto, data la delicatezza e l'importanza delle finalità per cui è stata avviata e autorizzata dalla Presidenza del Senato, su impulso del nostro presidente Zaffini e d'intesa con tutti i nostri colleghi, voluta trasversalmente e condivisa sia dalla maggioranza che dall'opposizione, sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro di una efficacia complessiva dei sistemi di *welfare* riferiti alla salute, a cui può dare un contributo qualificato anche la sanità integrativa complementare, cosiddetto secondo pilastro, che peraltro ci costa, come contribuenti, almeno 10 miliardi (i dati precisi emergeranno alla fine dell'indagine) di sgravi fiscali all'anno, restituendo prestazioni per meno della metà.

L'obiettivo finale oggettivamente rilevante da un punto di vista politico-strategico per tutta la Commissione è quello di fornire un importante contributo al fine, per quanto necessario, di migliorare l'impianto normativo, ma soprattutto per capire cosa è possibile fare, anche a normativa data. Mi pare che sia emerso un consistente contributo conoscitivo nel ciclo di audizioni che rispecchia più in generale lo stato dell'arte, che è utile a comprendere se sia possibile fare qualche passo in avanti utile a garantire una migliore sinergia per la finalità complessiva di migliorare la nostra capacità di risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

TANZILLI. Signora Presidente, sarò brevissimo per poi lasciare la parola a Luciano Dragonetti. Ciò ovviamente non mi esime dal ringraziare la Commissione sanità del Senato per questa occasione che ci viene data, che è per noi importante in quanto ci consente di dire chi siamo, cosa facciamo, che cosa vorremmo fare e soprattutto di dare un piccolo contributo per affrontare una problematica molto rilevante oggi nel Paese, soprattutto dopo la vicenda della pandemia, che è una questione straordinariamente importante e strategica per il Paese.

L'Associazione nazionale di sanità integrativa e *welfare* (ANSI) ha più di cento associati tra mutue, sanitarie e qualche fondo sanitario, ha un centro studi che si occupa di capire che cosa sta accadendo e che cosa si può fare per migliorare e questa per noi è un'occasione per poter dire tutto questo.

DRAGONETTI. Mi unisco ai ringraziamenti del Presidente per averci invitati e per averci dato la possibilità di far conoscere la nostra associazione. Abbiamo voluto concentrare questi pochi minuti su alcuni temi, sui quali abbiamo lasciato agli atti della Commissione una dispensa, un po' diversi da quelli che sono stati toccati dai fondi sanitari, anche per non essere ridondanti e perché chiaramente concordiamo sui numeri della sanità che sono stati comunicati.

Vogliamo invece accendere una luce su un altro attore della sanità integrativa che svolge una funzione molto importante, soprattutto a fronte

di uno Stato sociale che spesso arretra, creando notevoli difficoltà. Mi riferisco alle società di mutuo soccorso, che sono enti della sanità integrativa e del terzo settore, quindi enti *no profit* che svolgono una funzione sociale rilevante e di grande importanza, soprattutto perché hanno una capacità, insita nella loro natura *no profit* e associativa, di aggregare persone volontariamente. Quindi, non parliamo solo della contrattazione collettiva nazionale, ma dell'artigiano, del professionista, della casalinga, ma anche dello studente, cioè di tutte quelle professioni che magari non hanno delle attenzioni dal punto di vista contrattuale, ma hanno la necessità di avere un sistema assistenziale. Le attività oggetto delle società di mutuo soccorso sono, appunto, legate all'assistenza. Faccio un esempio riallacciandomi a quello che diceva anche il presidente Tanzilli: vi sono circa 140 società di mutuo soccorso che hanno la capacità di essere presenti anche in piccoli territori con pochi abitanti, dove vanno a svolgere un'altissima funzione sociale, perché aiutano i più fragili ad avvicinarsi ai servizi pubblici e al Servizio sanitario nazionale, ad esempio offrendo il servizio del trasporto o altri servizi come il reperimento dei farmaci.

Questo per quanto riguarda i piccoli territori, ma le mutue possono svolgere anche un'attività educativa e culturale molto importante. Lo stesso legislatore nel 2012, nell'andare a riformare il regio decreto del 1886 che le istituiva, ha inserito un articolo che parla di promozione della cultura educativa dei valori mutualistici, che è un aspetto per noi fondamentale. Quando si parla di cultura, infatti, e si mettono al centro valori costituzionali di sussidiarietà, reciprocità, ascolto e fratellanza, ci si riferisce a valori che non sono solo di una società di mutuo soccorso, ma rappresentano gli stessi valori di una società civile.

Le attività che svolgono le nostre società di mutuo soccorso sono, quindi, attività culturali che partono anche dalle scuole. Una nostra associata per la prima volta ha delineato insieme a un liceo, attraverso la riforma dei percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento (PCTO), la possibilità di inserire la cultura mutualistica e quindi l'informazione sanitaria direttamente nelle classi quinte del liceo. Credo che questo rappresenti un passo importante per costruire una cultura sul tessuto sociale dei giovani, che purtroppo non vivranno lo stesso futuro che hanno vissuto i loro padri, ovvero quello della certezza previdenziale e di altri sistemi. Dobbiamo fare i conti con una riduzione del reddito in pensione, con anni di vita dopo il lavoro ed anche con debiti contratti, come i mutui. Dobbiamo fare i conti con una generazione che, grazie ai fondi sanitari (sono oltre 15 milioni i lavoratori iscritti), hanno una forma assistenziale, ma una volta in pensione non avranno l'assistenza sanitaria né dell'azienda, né del fondo sanitario. Ecco, quindi, che gli unici enti capace di accogliere quelle persone saranno, appunto, le società di mutuo soccorso, perché grazie al principio della porta aperta possono far associare un lavoratore che fuoriesce dalla contrattazione collettiva e lo possono far rientrare in assistenza per tutta la vita, perché la società di mutuo soccorso non disdetta il rapporto all'assistito, ma lo mantiene, per statuto, per tutta la vita.

Dobbiamo fare i conti con una generazione che si troverà a vivere una vita con esigenze che non hanno toccato i loro padri e i loro nonni. Quando si parla di sanità integrativa, si parla di un sistema in cui, a nostro avviso, non c'è un qualcosa che è più o meno giusto, ma un qualcosa che va assolutamente incentivato. Forse tutte le forme di espressione sono giuste, perché crediamo che da un certo punto di vista questi enti aiutino anche lo Stato, non solo il Servizio sanitario nazionale. Faccio un esempio specifico: le società di mutuo soccorso hanno un atteggiamento rimborsuale nei confronti degli assistiti. Questo aiuta notevolmente il tracciamento della spesa sanitaria, ma soprattutto, essendo un Paese che invecchia e crea nuove esigenze assistenziali, l'assistenza sanitaria tracciata, regolarmente rimborsata, può fare veramente la differenza, andando ad incidere notevolmente su aspetti legati a una contribuzione irregolare. Sappiamo bene quanto questo tema sia caldo, ma immaginiamo che con un progressivo invecchiamento della popolazione il fenomeno possa aumentare.

I nostri assistiti hanno l'obbligo di chiedere il rimborso soltanto se quella prestazione è stata correttamente fatturata, oppure il servizio di quella badante è stato regolarmente reso, perché assunta. Credo che questo possa contribuire ed è il motivo per cui le società di mutuo soccorso sono state richiamate in un recente decreto legislativo del 2017 che ha istituito il RUNTS (Registro unico nazionale del terzo settore), inserendole, appunto, tra gli enti del terzo settore. Questo è un passo che ancora una volta il legislatore ha visto come un completamento del meccanismo assistenziale, perché l'articolo 55 di quella legge dà la possibilità alle pubbliche amministrazioni di collaborare per i servizi assistenziali e sociali proprio insieme agli enti del terzo settore, con l'obiettivo di sgravare dai costi, appunto, le pubbliche amministrazioni, collaborando con enti che fanno del volontariato e dell'assistenza sociale una risorsa fondamentale.

In sintesi, ci sentiamo di dire che le società di mutuo soccorso possono essere un elemento chiave della sanità integrativa, possono essere di sostegno al mondo del lavoro e di sostegno a chi non ha la possibilità di avere un contratto di lavoro che lo tuteli; possono essere il salvagente per quel lavoratore che fuoriesce dal contratto nazionale di lavoro e va in pensione. Soprattutto, sono una risposta importante alle necessità assistenziali del nostro Paese, così come lo sono i fondi sanitari, così come lo sono le casse.

Non c'è una verità su quale sia il miglior sistema; noi riteniamo da sempre il miglior sistema sia quello di integrare e rendere possibile al Servizio sanitario nazionale di alleggerirsi di alcune spese, tenendo conto che sono tre i casi che non possiamo cambiare del nostro Stato sociale: il fatto che la popolazione invecchi, che la scienza medica si ampli e che la tecnologia e i sistemi si sviluppino in modo inarrestabile. Possiamo soltanto essere pronti a rispondere alle rinnovate esigenze che la nostra società ci pone davanti.

Noi abbiamo preparato un documento che abbiamo consegnato alla Commissione. Come Associazione nazionale di sanità integrativa e come rappresentanti del mondo del mutuo soccorso, siamo naturalmente a di-

sposizione anche per far comprendere nella pratica quali sono le attività che le società di mutuo soccorso svolgono, sia quelle di carattere nazionale che quelle di carattere territoriale, che a nostro avviso hanno un vantaggio, una delle peculiarità veramente strategiche per unire il sistema in tutto il nostro Paese.

Rimaniamo a disposizione della Commissione, anche in futuro, qualora volesse approfondire con noi determinate tematiche rispetto a studi che sono stati condotti da tutte le nostre società di mutuo soccorso sull'intero territorio nazionale. La nostra finalità è quella di assistere le famiglie in tutti quei meccanismi dove purtroppo è assente lo Stato e integrare laddove non possono arrivare i fondi sanitari di categoria.

MAZZELLA (*M5S*). Signor Presidente, la ringrazio della parola e ringrazio gli auditi.

Solo per mia mancata conoscenza di cosa sia effettivamente il mondo che lei ha descritto, vorrei che approfondissimo la differenza che esiste, per esempio, tra un'assicurazione sanitaria e un fondo mutualistico, in modo che a noi sia chiaro. Siccome il mio scopo, almeno qua, è di capire veramente queste differenze, la domanda è in sostanza: che cosa vi aspettate di differente dal legislatore riguardo a quello che oggi è stato fatto e quello che domani si potrebbe fare?

ZULLO (*Fdi*). Signor Presidente, ringrazio gli auditi per essere presenti oggi e averci dato delle notizie importanti.

Voglio partire da un presupposto, soprattutto per quella che è la vostra attività istituzionale. Noi abbiamo un sistema di integrazione socio-sanitaria che si rivolge soprattutto alle fasce deboli della popolazione. Tra queste, vi è tutta quella parte della popolazione che dovrebbe essere presa in carico, in maniera globale e a lungo termine, dentro una rete di servizi che non è solo di tipo sanitario, ma che possa anche assicurare la protezione sociale di queste persone; una presa in carico che parte da una valutazione multidisciplinare e poi da un piano di assistenza che deve tenere insieme tutti i bisogni della persona, quindi una risposta globale.

Fatta questa premessa, noi sappiamo che il sistema pubblico, sia per quanto riguarda le aziende sanitarie, sia per quanto riguarda il sistema dei comuni, quindi i cosiddetti piani di zona, di cui alla legge n. 328 del 2000, è abbastanza debole in questa offerta di servizi e molto spesso si riduce (almeno dalle mie parti, in Puglia, non so in altre regioni) nell'assumere delle persone, piuttosto che nel fornire prestazioni o assistenza. È quindi ritenuta indispensabile la rete dei servizi, la valutazione multidisciplinare e la presa in carico globale a lungo termine, così com'è ritenuta indispensabile anche una collaborazione tra le strutture o i servizi istituzionali con la rete del volontariato sociale. Come si pone la vostra attività istituzionale in tutto questo sistema d'integrazione sociosanitaria a livello territoriale? Questa è la prima domanda.

Stiamo per giungere all'approvazione del decreto legislativo di cui alla legge delega sull'assistenza anziani. In previsione dell'attuazione

piena della legge delega sull'assistenza anziani, vi chiedo cosa potrebbe cambiare nella vostra attività e se sia possibile un cambiamento.

PRESIDENTE. Cedo la parola al dottor Dragonetti per darci contezza dei riscontri che sono stati richiesti.

DRAGONETTI. Cercherò in estrema sintesi di approssicare un ragionamento estremamente complesso.

Intanto, vi sono due importanti differenze sulla natura dei due strumenti: lo strumento assicurativo ha una natura di profitto e di trasferimento del rischio; quindi, basandosi sul profitto e sulla selezione del rischio, automaticamente fa un'analisi della persona rispetto al rischio personale, professionale e legato alle abitudini di vita. Ad esempio, un impiegato che beve acqua naturale e pratica lo sport delle biglie corre sicuramente meno rischi di un carpentiere che lavora sulle impalcature, soprattutto se il primo ha trent'anni e l'altro cinquanta, considerato che anche il rischio legato all'età viene evidentemente calcolato. Ci sono nuovi fattori di rischio che stanno aumentando sempre più, come quelli ambientali: vivere a Taranto probabilmente non è come vivere in un paesino dell'Umbria, il polmone verde del nostro Paese, per motivi legati a quello che sappiamo, o altri elementi legati all'inquinamento. Ci sono tutta una serie di tematiche che fanno aumentare il rischio personale e, di conseguenza, il premio dovuto per il trasferimento di questo rischio.

Per quanto riguarda le società di mutuo soccorso, parliamo di un ente *no profit*, che ha una natura associativa che non può dividere utili e li può reinvestire solo negli scopi sociali e statutari, che ha una partecipazione democratica, per cui il socio viene in assemblea ad alzare la mano e fare delle proposte territoriali, o migliorare ciò che riceve; questo non avviene perché la ripartizione è sul totale gruppo associativo e sull'intera collettività. Questa selezione del rischio è già la prima importante differenza tra un ente e l'altro.

In virtù di questi fattori, il legislatore, già anni fa, inserì il riconoscimento degli incentivi fiscali; oggi li chiamo incentivi fiscali, ma sto parlando delle detrazioni fiscali al 19 per cento del contributo versato. Vorrei aggiungere alla sua richiesta che tra le cose che noi chiediamo vi è quella di dare più possibilità alle persone di aderire a questi sistemi volontari, magari aumentando quella fiscalità e rendendo questo più appetibile, perché chi entra in questo sistema poi vi rimane per tutta la vita, perché per statuto la società di mutuo soccorso non può allontanare il socio. Ecco perché diventa importante il collegamento con il mondo del lavoro prima e poi con la fine del mondo del lavoro: immaginiamoci questi 15 milioni di lavoratori che hanno tutta una serie di benefici, perché – parliamoci chiaro – l'assistenza sanitaria è uno dei *benefit* più richiesto.

Nel momento in cui vado in pensione, a sessantasei o sessantasette anni, mi trovo davanti tre nuovi scenari: non ho più la copertura assistenziale dell'azienda, ho un'età per cui non sono il cliente ideale per

un'impresa di profitto, ha ancora qualche anno di mutuo da pagare, a conti fatti; ho delle necessità perché è il momento in cui aumenta la spesa. Qual è l'unico ente che può darmi accoglienza? Certamente la società di mutuo soccorso, che però non deve basare i propri equilibri solo sugli esodi, ma deve andare ad intercettare i giovani partendo dalle scuole, come stiamo facendo noi, partendo dall'informazione e dalla sensibilizzazione, perché è importante far comprendere a un giovane cosa fare quando non ha il privilegio di lavorare in un'azienda che ha il *benefit* della copertura sanitaria.

Ho spiegato queste macro-differenze, sotto le quali c'è tutta una serie di sotto-determinanti, ma vorrei fare da ponte al collegamento sull'integrazione sociosanitaria. Io ritengo che l'integrazione sociosanitaria sia un aspetto fondamentale, che è stato intravisto nel codice del terzo settore, perché l'articolo 55 della legge n. 117 del 2017 dà la possibilità agli enti della pubblica amministrazione, quindi anche a quelli locali (mi riferisco anche agli enti comunali) di costruire partenariati con enti del terzo settore per risolvere delle esigenze del territorio, anche assistenziali. Diciamoci la verità: questo può essere un grande aiuto per lo Stato, perché quegli enti sono mossi per lo più da volontari. Sono degli enti *no profit* che alimentano dei promotori e dei volontari, che spendono il proprio tempo a fine lavoro, oppure nel fine settimana, e lo mettono a disposizione dell'anziano o della persona fragile del territorio, creando un'organizzazione da questo punto di vista strutturata, come stanno facendo alcune importanti mutue aderenti all'ANSI. In questo modo si può veramente dare una risposta.

Sempre per integrare la risposta alla sua domanda, perché la sua premessa è talmente complessa che bisognerebbe dedicarvi tanto tempo, vorrei dire che il collegamento con l'integrazione sociosanitaria arriva anche dalle attività assistenziali che concretamente stanno facendo alcune mutue; una in particolare ha dato vita ad un progetto che si chiama « Banca delle visite ». Questo progetto ha una particolarità, perché è una banca che, anziché erogare soldi, eroga visite mediche. È un po' ispirata a quella che è la tradizione del « caffè sospeso » napoletano. Quelle mutue che cosa hanno fatto? Siccome si parte dal principio che per aderire a una mutua bisogna contribuire, con contributi diversi in base alle prestazioni che si devono offrire, ci sono persone che non hanno neanche i soldi per pagarsi una visita medica o odontoiatrica. Allora, se dalla forza e dalla volontà di alcune persone di versare dei contributi per tutelare la propria famiglia, questi mutui hanno creato la capacità di accantonare una somma che serve per comprare una visita medica, creando un circuito di dottori che vogliono aderire e far parte di questo sistema solidale, questo sistema sta dando già i propri frutti, perché oltre 2.500 visite, solo nel 2023, sono state erogate agli indigenti.

Teniamo in considerazione che la stessa cosa viene fatta nel mondo dello sport e sono felice che lo scorso settembre lo sport sia stato finalmente riconosciuto in Costituzione, perché crediamo che da sempre che lo sport sia una terapia di vita. Noi stiamo aiutando molte persone a pra-

ticare attività sportiva, pagando l'esame diagnostico che è necessario per svolgerla, così come ci stiamo occupando, sempre in favore degli indigenti, di pagare le visite veterinarie dei propri animali da compagnia, perché molto spesso le persone povere e sole trovano nell'animale una vicinanza e un'abitudine. Tuttavia, nel momento in cui quell'animale si ammala, non avendo i proprietari nemmeno i soldi per curare se stessi, questo alimenta il fenomeno del randagismo. Attraverso l'aiuto dei veterinari e l'avvicinamento di questa rete, siamo creando un sottosistema assistenziale molto nascosto.

Ecco perché per noi è una grande opportunità raccontare queste cose che non emergono mai, ma che sono il vero tessuto e risolvono tante questioni. Ringrazio voi per averci dato questa possibilità.

PRESIDENTE. Ringrazio nuovamente gli auditi per il loro prezioso contributo e i colleghi per l'attenzione. Dichiaro conclusa l'audizione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 15,20.