



Senato della Repubblica



Camera dei deputati

Giunte e Commissioni

XVIII LEGISLATURA

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 13

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

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE POLITICHE
DI INVESTIMENTO E SPESA DEI FONDI PENSIONE
E DELLE CASSE PROFESSIONALI

16^a seduta: martedì 4 febbraio 2020

Presidenza del presidente PUGLIA

I N D I C E

Sulla pubblicità dei lavori

PRESIDENTE:

- PUGLIA (M5S), senatore Pag. 3

Audizione del Presidente dell'Associazione degli enti previdenziali privati (ADEPP)

PRESIDENTE:

- PUGLIA (M5S), senatore Pag. 3, 11,
17 e passim

CANTÙ (L-SP-PSd'Az), senatore 17

CORTI (L-SP-PSd'Az), senatore 18

OLIVETI, Presidente dell'Associazione degli
enti previdenziali privati (ADEPP) . Pag. 5, 11, 19

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

Sigle dei Gruppi parlamentari del Senato della Repubblica: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB.

Sigle dei Gruppi parlamentari della Camera dei deputati: MoVimento 5 Stelle: M5S; Lega - Salvini Premier: Lega; Forza Italia - Berlusconi Presidente: FI; Partito Democratico: PD; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva: IV; Liberi e Uguali: LeU; Misto-Noi con l'Italia-USEI-Cambiamo!-Alleanza di Centro: M-NI-USEI-CI-AC; Misto: Misto; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-Centro Democratico-Radicali Italiani-+Europa: Misto-CD-RI-+E; Misto-MAIE-Movimento Associativo Italiani all'Estero: Misto-MAIE.

Interviene per l'Associazione degli enti previdenziali privati (ADEPP) il presidente, dottor Alberto Oliveti, accompagnato dal senior advisor, Francesco Verbaro, e dal vicepresidente con delega al welfare, Tiziana Stallone.

I lavori hanno inizio alle ore 11,50.

(Si approva il processo verbale della seduta precedente).

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo, con contestuale registrazione audio, e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso. I lavori della Commissione, che saranno oggetto di registrazione, potranno essere quindi seguiti dall'esterno sulla *web TV* della Camera.

Non essendovi osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

Avverto che dell'audizione odierna verranno redatti e pubblicati il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico.

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

Audizione del Presidente dell'Associazione degli enti previdenziali privati (ADEPP)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle politiche di investimento e spesa dei fondi pensione e delle casse professionali, sospesa nella seduta del 12 novembre scorso.

È oggi prevista l'audizione del presidente dell'Associazione degli enti previdenziali privati (ADEPP). Ringrazio il dottor Oliveti per la sua disponibilità a partecipare ai lavori della Commissione. Il tema che sarà oggetto della seduta odierna – lo sottolineo – ci sta particolarmente a cuore.

Permettetemi di osservare, in premessa, che i fondi sanitari integrativi sono al centro di grande attenzione e, allo stesso tempo, di qualche elemento di confusione. Lo spunto per includerli nei lavori della Commissione deriva da una chiara evidenza: essi costituiscono la voce più rilevante nell'ambito della spesa assistenziale delle casse; da qui l'interesse ad approfondire le modalità con le quali questa assistenza viene oggi effettivamente resa disponibile agli iscritti.

Vorremmo inoltre approfondire alcuni elementi informativi specifici, al di là dell'ammontare delle risorse dedicate alla sanità integrativa, relativi al dettaglio delle prestazioni che vengono sostenute, anche al fine di comprendere la natura strettamente integrativa relativa, ad esempio, alle prestazioni odontoiatriche, piuttosto che competitiva rispetto al sistema sanitario nazionale.

L'obiettivo ultimo da perseguire nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle politiche di spesa, che allo stesso tempo riguarda la funzionalità del sistema assistenziale, sarebbe quello di riuscire ad evidenziare la quota di prestazioni rese dai fondi sanitari per interventi che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (i cosiddetti LEA) e il complemento degli interventi che eccedono tali livelli; i costi di struttura e i costi di riassicurazione, che diano conto dell'efficienza di questa tipologia di assistenza integrativa.

Tutto ciò per valutare con chiarezza i presupposti per una riqualificazione delle agevolazioni fiscali di cui il settore è destinatario e per valutare le eventuali iniziative che potrebbero favorire un miglioramento del servizio; penso ad esempio, dal lato della domanda, alla possibilità di concentrare le adesioni su unico soggetto, in modo da aumentare la capacità negoziale.

D'altro canto, guardando al lato dell'offerta, evidenzio che il sistema delle casse esprime delle professionalità che potrebbero essere esaltate mediante la partecipazione diretta alla gestione di un fondo sanitario integrativo: medici, odontoiatri, biologi, infermieri e psicologi potrebbero essere coinvolti in un grande progetto che sia capace di integrare il servizio offerto al nostro straordinario sistema sanitario nazionale. Ad esso – e qui credo di fare le veci anche di altri membri della Commissione – dobbiamo il massimo rispetto e, se muoviamo qualche critica alla sua efficacia e alla sua efficienza, abbiamo comunque il dovere di ricordare che rappresenta un servizio di eccellenza nel panorama globale delle modalità di assicurazione delle prestazioni sanitarie.

Ciò che ci interessa approfondire con l'aiuto del presidente Oliveti – colgo anche l'occasione per salutare e ringraziare il vice presidente dell'ADEPP Tiziana Stallone e il *senior advisor* Francesco Verbaro – è che il sistema dei fondi sanitari, che – ricordiamolo nuovamente – è oggetto di politiche agevolative dal punto di vista fiscale, deve poter essere autenticamente integrativo e quindi aiutare il sistema sanitario nazionale a fornire prestazioni migliori.

Tutto ciò premesso, faccio al presidente Oliveti due domande dirette, oltre quanto già detto in premessa: i fondi possono aiutare il sistema a garantire un miglioramento del servizio e un ampliamento dell'offerta? Da questo può indirettamente derivare un impatto positivo sulla capacità di garantire i livelli essenziali delle prestazioni assistenziali? Riuscire a trovare le modalità per rispondere positivamente a queste domande vuol dire dare una solida giustificazione al ruolo di supporto che viene assegnato ai fondi sanitari integrativi dal punto di vista fiscale.

Colgo l'occasione per spendere due parole sulla nuova associazione di investitori responsabili, Assodire, i cui fondatori sono l'ENPAM, la Cassa forense e l'INARCASSA, quindi medici, avvocati e ingegneri-architetti.

Il presidente Oliveti utilizzerà delle *slide* che saranno ovviamente a disposizione sulla pagina *web* della Commissione.

OLIVETI. Signor Presidente, onorevoli commissari, porto anche i saluti dell'altro vice presidente, avvocato Nunzio Luciano, oggi assente per impegni.

Vorrei presentare, ausiliandomi con delle *slide*, l'approccio con cui l'associazione che ho l'onore di rappresentare, l'ADEPP, affronta la questione del *welfare* dei professionisti e, in esso, la componente sanitaria.

Premetto in anticipo che noi non abbiamo i dati analitici dell'attività di tutte e venti le casse aderenti all'ADEPP, quindi mi permetto di suggerire che questo possa essere considerato come l'inizio di un percorso di collaborazione per identificare questi dati.

Attualmente esistono tre macro tendenze a livello mondiale. La prima è la globalizzazione: la nostra Europa ospita il 6 per cento della popolazione mondiale, produce il 20 per cento del PIL mondiale e consuma il 40 per cento del *welfare* mondiale, tra l'altro con finanziamenti in *deficit*, quindi con coperture dello Stato. La seconda macro tendenza riguarda l'invecchiamento progressivo delle popolazioni. C'è un dato secondo me significativo che aggetta sulla questione *welfare*: si dice che la maggioranza della popolazione mondiale sopravvivrà alla propria capacità di risparmiare; ciò comporterà l'esigenza di un *welfare* collettivo esteso a parti sempre più ampie della popolazione mondiale. Per quanto riguarda la terza questione – digitalizzazione, intelligenza artificiale, automatizzazione – oggi si sostiene che più del 50 per cento degli attuali lavori sia destinato a scomparire per progressivo superamento da automatizzazione e utilizzo dell'intelligenza artificiale; si dice che più del 50 per cento (qualcuno dice i due terzi) dei bambini che quest'anno sono andati per la prima volta a scuola farà un lavoro che non è rilevabile dai *radar*, quindi il cambiamento sarà molto forte e pesante.

Vi sono quindi grandi cambiamenti di tipo sociodemografico: invecchiamento della popolazione (che significa anche aumento della non autosufficienza), bassa natalità, culle vuote, famiglie sempre più magre, monogenitoriali, rivoluzione di genere, difficoltà nel conciliare la vita lavorativa con la vita familiare. Vi è una trasformazione sul versante occupazionale, con contratti atipici, reddito ed occupazione instabili, globalizzazione, che ovviamente non genera pasti gratuiti, ma ascesa di settori ad alta intensità di conoscenza, depauperamento e marginalizzazione geoeconomica dell'area in cui si vive (consideriamo la situazione del Meridione). Vi è poi la crisi economica, che comporta un'austerità, una diseguaglianza, un'instabilità sia sociale che politica, una tendenza al populismo e scarsi investimenti pubblici in ambito sociale per ridotti finanziamenti.

Al *welfare* pubblico in profonda sofferenza, offerto dall'INPS, dal Servizio sanitario nazionale, dalle Regioni e dai Comuni, se ne sono affiancati progressivamente altri: uno assicurativo, offerto da compagnie assicuratrici e istituti di credito; uno confessionale, riconducibile alle varie diramazioni della Chiesa cattolica; uno filantropico, collegato a varie fondazioni; uno comunitario, con le organizzazioni del terzo settore e gli enti locali; uno occupazionale o aziendale, costituito da interventi privati di protezione sociale ricevuti dagli individui in ragione del loro lavoro.

C'è però un disallineamento nel *welfare State* italiano, perché le prestazioni dei servizi e dei *benefit* a livello dei vari Paesi della Comunità europea sono sostanzialmente sovrapponibili, però la parte preponderante è quella relativa a previdenza e sanità: in Italia la spesa pubblica è fortemente sbilanciata e penalizza una componente del *welfare* diversa da quella previdenziale; a una spesa pensionistica in aumento fa riscontro una spesa sanitaria ridotta, per un progressivo definanziamento.

A fronte di questo, vi è la risposta delle casse: cosa possiamo proporci di fare? Non dobbiamo più ragionare soltanto secondo una logica lineare, che va dal lavoro alla previdenza, da chi lavora a chi ha lavorato, ma anche secondo un concetto circolare di ritorno dalla previdenza e dai patrimoni a garanzia della tenuta del patto generazionale al lavoro, seguendo una circolarità che cerchi di allineare gli interessi generazionali.

Le casse hanno risposto incrementando l'offerta delle prestazioni, non offrendo quindi più solo la previdenza, la pensione come da dovere e l'assistenza al bisogno, ma anche politiche attive del lavoro e un *welfare* strategico.

La collana che vi sto mostrando, nella diapositiva numero 7, rappresenta le varie casse aderenti all'ADEPP. Nelle molteplici attività svolte dall'associazione abbiamo definito un progetto WISE, acronimo in cui la W sta per «*welfare* comune», perché cerchiamo di farlo insieme, coordinando le attività; la I sta invece per «investimenti» da fare insieme, cercando di mettere al servizio delle varie casse le competenze, le strutture e le impostazioni di gestione del rischio comune delle varie casse; l'esigenza di trovare «servizi» comuni (ed ecco la S), soprattutto in un'epoca di cambiamento, e sempre nuovi, che possono essere utili, in quanto non specifici, ma legati alle competenze trasversali oggi necessarie per poter competere efficacemente; vi è poi il ragionamento sull'Europa (da cui la E) che ha finanziamenti e verso la quale siamo un contributore netto (le professioni liberali sono state riconosciute, al pari delle piccole e medie imprese, come motori di sviluppo e crescita); crediamo però che innovazione, sviluppo e crescita non siano parole automaticamente declinanti, ma che debbano progredire l'una dall'altra, nella logica di un tessuto di attenzione e protezione sociale, per evitare diseguaglianze sociali.

Le misure di *welfare* per i liberi professionisti disposte dalle casse, sono molto ampie e potremmo definirle in determinate aree: professione, sostegno professionale; corsi di formazione e aggiornamento; accesso al credito, definizione della possibilità di erogare finanziamenti per i fattori produttivi del lavoro specifico, tutela del reddito (quando i redditi sono

insufficienti ci sono tre grandi *gap* di reddito: generazionale, di genere e geografico, che abbiamo rappresentato nei nostri rapporti, i quali richiedono interventi di sostegno da parte delle casse); sostegno alla famiglia (un *welfare* della tranquillità familiare, che ha un senso: cerchiamo di enfatizzare la protezione della famiglia e della genitorialità; diverse casse hanno infatti esperienza di erogazioni di sostegno alla maternità e alla genitorialità); tutela della salute (che sappiamo essere un diritto individuale e un interesse collettivo: tutelarlo ha il senso di permettere una maggior *performance* lavorativa e stiamo lavorando anche in termini di offerta di prestazioni per il benessere e il tempo libero).

Prendo adesso ad esempio la mia Cassa, che ovviamente conosco meglio, ossia la fondazione ENPAM (Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri), dalla quale parto per arrivare poi alle altre: dal punto di vista del *welfare*, esplicito il terreno che –nell’immagine che stiamo vedendo nella diapositiva numero 9 – rappresenta la previdenza obbligatoria e l’assistenza al bisogno, ci dedichiamo a un percorso di *welfare* che chiamiamo «quadrifoglio» perché sono quattro i fogli di attività: copertura dei rischi, di responsabilità civile e professionale, biometrici, da infortunio, da malattia, ma soprattutto da perdita di autosufficienza con la *long term care*. Quest’ultima è una previdenza complementare integrativa, che abbiamo chiamato aggiuntiva, perché la mia Cassa nel 2007 ha realizzato un fondo pensione di secondo pilastro, che si chiama Fondo sanità e che mettiamo a disposizione delle altre casse, per poter estendere e quindi fare economie di scala, oltre che raggiungere obiettivi di scopo; un sostegno al lavoro in tutte le declinazioni per le quali oggi si può fare, come il prestito d’onore, l’accesso al microcredito o il fondo di garanzia, dato che abbiamo appena stipulato un accordo con la Cassa depositi e prestiti per un fondo di garanzia destinato ai giovani; vi è poi la sanità integrativa che è un oggetto importante. Il catalogo delle prestazioni che offre la mia Cassa dimostra la molteplicità delle attività, che hanno corrispettivi anche nelle altre casse.

Per quello che riguarda l’assistenza sanitaria integrativa, entriamo nel dettaglio: in quella messa in campo da ENPAM, i medici odontoiatri – in Italia quelli attivi sono 366.000, mentre i pensionati sono 111.000, dei quali due terzi medici e un terzo superstiti – possono sottoscrivere un piano sanitario aderendo a SaluteMia, società di mutuo soccorso di medici odontoiatri costituita dal Fondo sanitario integrativo del servizio sanitario nazionale dei medici e degli odontoiatri (FONSIMO); promotrice ne è la fondazione ENPAM e l’adesione è biennale. Il piano sanitario è componibile, quindi adattabile e flessibile secondo le proprie esigenze e ha un piano base obbligatorio e cinque moduli integrativi. I contributi associativi, ai sensi della normativa del TUIR, possono essere detratti dalle imposte al 19 per cento, per un importo massimo di 1.291 euro.

L’ENPAM è stato riconosciuto dal Ministero della salute anche tra i cosiddetti Fondi doc, Fondo sanitario integrativo, e inserito nell’anagrafe dei fondi sanitari: affronteremo più in là i fondi doc e non (in Italia i primi sono nove, mentre i non doc sono circa 320, se i dati sono aggiornati).

Vediamo quindi il sistema del doppio binario: il sistema del fondo sanitario integrativo (con una deducibilità fiscale fino a 3.600 euro, indipendentemente dal reddito, ai sensi dell'articolo 10 del TUIR) e la società di mutuo soccorso (che ha una detraibilità fiscale annuale di 1.291 euro). Il nostro obiettivo è quello di fornire a tutti i medici e dentisti italiani iscritti all'ENPAM una copertura di base con il Fondo sanitario integrativo con prestazioni extra LEA (quindi odontoiatriche, di prevenzione e riabilitazione non previste da questi ultimi), per poi lasciare alla singola iniziativa personale – estendibile alla famiglia – il compito di inserire eventualmente una copertura adattata e personalizzata alle proprie esigenze professionali. Questa è la storia: attualmente alla Società di mutuo soccorso e quindi nel Fondo SaluteMia sono state iscritte, al 2019, 12.170 persone.

Un altro sistema adottato dall'ADEPP utilizza l'intermediazione di EMAPI (Ente di mutua assistenza per i professionisti italiani), un fondo sanitario integrativo e una società che rappresenta un ente mutualistico di assistenza dei professionisti italiani, con tre linee di azione: la *long term care*; la sanità integrativa; la copertura infortuni e IPM (Invalidità permanente e malattia). L'ENPAM ha adottato con EMAPI la polizza di *long term care*. Il fondo quindi realizza la sanità integrativa per conto suo, per così dire, e la *long term care* che è stata adottata copre 418.000 iscritti: con la spesa di circa 14 euro all'anno abbiamo rinnovato il contratto con Aviva Vita Spa, perché EMAPI così ha fatto, e la copertura garantisce vita natural durante una copertura di 1.200 euro ai professionisti che si trovino in una condizione di non autosufficienza valutata sulla base degli indici di attività quotidiana, che sono sei (lavarsi, vestirsi, deambulare e via dicendo); se ne dimostrano tre su sei per almeno sei mesi, si è titolari della suddetta copertura, il cui costo è a carico della fondazione che la offre a tutti i suoi iscritti. Queste sono le spese sostenute.

Tornando ad EMAPI, questa offre anche la sanità integrativa ad altre Casse: quelle che l'hanno adottata sono sette, ossia l'ENPAB (Ente nazionale di previdenza e assistenza a favore dei Biologi, di Tiziana Stallone); l'ENPACL (Ente nazionale di previdenza e assistenza per i consulenti del lavoro); l'ENPAF (Ente nazionale previdenza e assistenza farmacisti); l'ENPAP (Ente nazionale di previdenza ed assistenza per gli psicologi); l'EPAP (Ente di previdenza ed assistenza pluricategoriale, degli attuari, dei chimici e fisici, dei dottori agronomi e dottori forestali, dei geologi); l'EPPI (Ente previdenziale dei periti industriali e dei periti industriali laureati); l'ENPAPI (Ente nazionale di previdenza e assistenza della professione infermieristica).

Le coperture sanitarie di EMAPI sono rivolte alle patologie più gravi e prevedono l'inserimento di nuove patologie, l'introduzione di cure palliative e le patologie congenite per i figli minori. Questo è il catalogo delle prestazioni offerte da EMAPI alle sette casse che hanno aderito all'accordo.

Abbiamo poi un'assistenza sanitaria integrativa messa in campo dalla cassa autonoma di assistenza integrativa dei Giornalisti italiani (CASA-GIT) che in realtà è uno dei venti membri del «sistema casse»; dal

2010 la cassa è iscritta all'anagrafe dei fondi sanitari. Nel 2018 contava complessivamente 50.000 iscritti; l'adesione alla cassa è automatica per coloro che sono sotto contratto. Ricordo inoltre che nel dicembre 2019, quindi due mesi fa, CASAGIT ha cambiato la propria natura giuridica, passando da associazione privata senza scopo di lucro a società di mutuo soccorso, adottando la denominazione CASAGIT Salute.

C'è poi Cassa Forense, che ha stipulato invece un contratto diretto – dal punto di vista sanitario – con Unisalute Spa, una polizza sanitaria collettiva per grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi, valida dal 1° aprile 2019 al 31 marzo 2022. Tale polizza è automatica e gratuita per tutti gli iscritti e prevede la possibilità di accedere a prestazioni integrative; vi è quindi una polizza integrativa di tipo A e una polizza integrativa di tipo B.

La Cassa del Notariato, a integrazione delle prestazioni assistenziali definite, ha previsto un piano di copertura integrativa da sottoscrivere individualmente con costo a proprio carico che amplia la garanzia sia per il singolo assistito, quindi una formula *single*, che per il nucleo familiare, con la formula *family*; i piani sanitari sono gestiti dalla compagnia Reale Mutua assicurazioni attraverso la Cassa sanitaria Previass II e il *network* di *Blue assistance*.

L'Ente nazionale di assistenza per gli agenti e i rappresentanti di commercio (Enasarco) stipula ogni anno una polizza assicurativa in favore dei propri iscritti; dal 1° novembre 2019 è stata affidata a Poste Assicura Spa, in coassicurazione con la società Reale Mutua assicurazioni. La polizza è valida per malattie e infortuni fino al 31 ottobre 2020 e prevede anch'essa la copertura di due tipi di garanzie, di tipo A e di tipo B.

C'è poi la Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli Ingegneri ed Architetti liberi professionisti, Inarcassa. Tale Cassa ha un accordo con RBM Assicurazione Salute Spa che, insieme a Previmedical Spa, è il *partner* di Inarcassa per la fornitura del servizio, per il triennio 2018-2021, per la gestione del piano sanitario integrativo in convenzione. È possibile per i soli iscritti attivare, facoltativamente e sempre a proprie spese, il piano sanitario integrativo per sé o anche per i familiari. È prevista l'estensione della polizza base al nucleo familiare, con le sue caratteristiche. La polizza sanitaria integrativa prevede inoltre l'estensione per infortuni. Vi è quindi flessibilità e modulabilità sulla base delle esigenze del singolo iscritto.

Vi è poi la Cassa Geometri, che il 16 aprile 2019 ha rinnovato l'assistenza sanitaria integrativa attraverso una polizza anch'essa UniSalute Spa, società del gruppo Unipol, specializzata in assicurazione sanitaria. Anche questa polizza è articolata in tre moduli: garanzia A, gratuita per gli iscritti alla cassa e per i pensionati in attività; garanzia B, estendibile agli iscritti e ai pensionati in attività per avere più garanzie e più prestazioni con tariffe vantaggiose; garanzia C, che permette di estendere l'indennità da non autosufficienza anche al nucleo familiare, previa attivazione però della garanzia A.

C'è poi la Cassa nazionale Ragionieri, che ha sottoscritto con UniSalute, a copertura di grandi interventi chirurgici e di gravi eventi morbosi, una polizza di assistenza sociosanitaria *long term care* (LTC) a favore dei propri iscritti non pensionati. La polizza prevede oltre al piano base, un piano integrativo per l'ampliamento delle coperture assicurative; l'adesione al piano integrativo è facoltativa su base individuale con onere a carico però del singolo assicurato.

La Cassa di previdenza ed assistenza dottori Commercialisti (CNPADC), ad integrazione delle prestazioni sanitarie previste, ha stipulato una polizza sanitaria base gratuita per gli iscritti, con l'obiettivo di fornire una più adeguata copertura sanitaria in loro favore; è una polizza che copre grandi interventi chirurgici e gravi eventi morbosi prevedendo altresì, sotto forma di prevenzione, un *check-up* annuale gratuito e consentendo l'estensione della copertura ai familiari con un costo diretto agevolato. Per la polizza sanitaria non sostiene costi di strutture interni né di riassicurazione. Il costo della polizza sanitaria base dei commercialisti, a carico della cassa, è stato pari a 7,2 milioni di euro per un numero complessivo di 69.745 beneficiari, ha coperto 6.000 sinistri che hanno interessato il 9 per cento del totale dei beneficiari; l'importo complessivamente coperto è pari a 6,2 milioni di euro e circa l'8 per cento dei beneficiari, pari a 5.000, ha effettuato un *check-up* in copertura nel 2018, per un valore complessivo di 1,1 milioni di euro.

Per quanto riguarda l'Ente nazionale di previdenza per gli addetti e per gli impiegati in agricoltura (ENPAIA), la gestione separata degli agrotecnici non ha sviluppato alcuna forma di assistenza sanitaria per professionisti iscritti; quella invece della gestione separata dei periti agrari ha destinato un importo di 150.000 euro per sostenere gli iscritti che sottoscrivono una polizza di assistenza sanitaria integrativa. Il contributo destinato ai professionisti che sottoscrivono tali polizze sanitarie integrative è parametrato al reddito del professionista, richiedendo una misura di sostegno proposta dalla gestione. Ad esempio, per i periti agrari con fatturato professionale pari o inferiore a 17.500 euro, il contributo è pari a 150 euro annui, per i periti agrari con fatturato superiore a 17.500 euro, il contributo annuale è pari a 350 euro.

L'Ente nazionale previdenza e assistenza farmacisti (ENPAF) ha stipulato con EMAPI la convenzione in forza della quale garantisce, con costi integralmente a proprio carico, ai propri iscritti e pensionati l'assistenza sanitaria integrativa, la cosiddetta garanzia A, che copre spese relative a grandi interventi chirurgici e a gravi eventi morbosi, nonché prestazioni extraospedaliere di alta diagnostica e terapia; in caso di invalidità permanente superiore ai due terzi (66 per cento), derivante da infortuni, è prevista inoltre la liquidazione di un indennizzo pari a 60.000 euro. Viene assicurata infine la copertura della LTC nel caso di non autosufficienza. Per l'annualità 2019 l'importo versato dall'ente ad EMAPI per la copertura è stato pari a 6.204.000 euro, per il 2020 il costo previsto è pari a 6.533.000 euro.

PRESIDENTE. Dottor Oliveti, il quadro singolo delle varie casse ci fa comprendere una questione abbastanza chiara, cioè che ogni cassa ha la sua modalità di offrire sanità integrativa e i vari soggetti si affidano a questa o quella società esterna che poi gestisce la sanità integrativa. Questo è abbastanza chiaro; se anche il presidente e gli altri membri sono d'accordo, potremmo quindi passare al punto successivo.

OLIVETI. La *slide* che sto illustrando è l'ultima che mostra la situazione delle casse.

Al termine della presentazione, se ritenete, vorrei fare delle valutazioni sull'attuale Servizio sanitario nazionale.

PRESIDENTE. Assolutamente sì.

OLIVETI. Sempre tramite EMAPI, viene erogata l'assistenza sanitaria integrativa. Grazie alla formazione di una platea di circa 163.000 professionisti è stato possibile ottenere alti livelli di assistenza dietro versamento di un contributo del tutto vantaggioso sia per l'EPAP che per gli iscritti, che sono in regola con gli obblighi contributivi. Per l'adesione ad EMAPI, EPAP paga 15.000 euro; per l'assicurazione sanitaria integrativa l'ente ha previsto – per l'anno 2020 – di destinare una somma pari a 785.000 euro e per garantire la polizza LTC 229.000 euro, sempre con EMAPI.

Vorrei passare ad una breve sinossi, che affronterò poi in maniera più analitica, sulla *road map* della normativa in materia.

La legge n. 833 del 1978, che ha istituito il Servizio sanitario nazionale, ha istituito anche l'assistenza sanitaria integrativa che, passando per il decreto legislativo n. 502 del 1992 (con il ministro della sanità Mariapia Garavaglia) e il decreto legislativo n. 229 del 1999 (con il ministro della sanità Rosy Bindi), è arrivato alla sua stesura definitiva nel 2008-2009 con il cosiddetto decreto Turco del 31 marzo 2008 e il cosiddetto decreto Sacconi del 27 ottobre 2009. C'è stata poi la legge di stabilità 2016 che ha consentito di trasformare i premi di risultato lavorativi anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza l'applicazione di alcuna imposta; li vedremo poi più analiticamente.

La legge di bilancio 2017 ha aumentato i limiti dei premi fissati dalla precedente legge di stabilità, aumentando ed estendendo la platea dei beneficiari.

Il decreto-legge n. 34 del 2019, cosiddetto decreto Crescita, ha riconosciuto la natura non commerciale dei fondi sanitari integrativi, garantendo loro la possibilità di godere delle agevolazioni fiscali.

Oggi i fondi sanitari sono formalmente enti *no profit*; non hanno personalità giuridica, ma per problemi di solvibilità possono riassicurarsi con una o più compagnie assicurative che spesso rivestono anche il ruolo di gestori di fondi in un contesto creato per enti *no profit*.

Secondo l'Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (ANIA), nel 2013, il 55 per cento dei fondi erogava le sue prestazioni at-

traverso una convenzione con una compagnia di assicurazione, nel 2017 l'85 per cento.

La *deregulation* è il secondo pilastro dell'assistenza sanitaria. I dati del rapporto GIMBE rilevano un quadro legislativo incompleto e frammentato nel corso di oltre venticinque anni di attività. Discrasie nel Servizio sanitario nazionale quali i tempi di attesa delle liste di prenotazione e aumento del *ticket* hanno addirittura reso più conveniente il ricorso a servizi nella sanità privata, trasferendo risorse a vantaggio di questa. I fondi sanitari da integrativi sono divenuti prevalentemente sostitutivi, permettendo all'intermediazione finanziaria e assicurativa di utilizzare detrazioni fiscali per incrementare i profitti. Oggi, nel recente lavoro si parla sostanzialmente di sei problemi di fondo del nostro Servizio sanitario nazionale. Il primo è il definanziamento; il secondo riguarda i LEA, il cui paniere è stato ampliato ma che di fatto sono difficilmente esigibili, anche perché i nomenclatori tariffari non sono stati aggiornati al 2011 e non sono stati definiti dal MEF. Il terzo è rappresentato da sprechi e inefficienze. È un campo enorme e riguarda sia le doppie coperture che le non coperture e inefficienze. Il quarto è il rapporto con i fondi sanitari che in buona parte da integrativi sono diventati sostitutivi o competitivi con le prestazioni del Servizio sanitario nazionale. Altri due punti caratteristici, ma non critici sono il rapporto Stato-Regioni (che nasce dalla riforma della legge n. 3 del 2001 del Titolo V della Costituzione, con l'applicazione degli articoli nn. 116 e 117, con tutti i problemi di competenza sulla questione sanitaria) e in ultimo le aspettative – che non si possono escludere – spesso irrealistiche del cittadino derivanti dall'uso di sistemi d'informazione come il *web* che non danno delle definizioni realistiche e per le campagne di *marketing* che cercano di enfatizzare il concetto di benessere e di salute oltre certi limiti fisiologici. Questi sono i sei punti critici del nostro sistema.

È stato inserito anche il *welfare* occupazionale. Con la diffusione del *welfare* aziendale, con cui i datori di lavoro offrono *benefit* economici o prestazioni ai dipendenti e ai loro familiari, tra cui soprattutto beni e servizi sanitari, le imprese beneficiando di agevolazioni fiscali contribuiscono indirettamente ad alimentare il *business* delle compagnie assicurative che assicurano e gestiscono i fondi sanitari. Nell'ultimo rapporto si parla del fatto che la spesa fiscale è aumentata a 7 miliardi e 225 milioni, di cui 3,8 miliardi per deduzioni e detrazioni d'imposta del reddito delle persone fisiche e per le spese sanitarie e 3,3 miliardi come contributi versati a fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso (che è una cifra forse sottostimata).

Per quanto riguarda i LEA, il nostro Servizio sanitario nazionale vive di fiscalità generale e l'*outcome* sono i LEA. I LEA sono delle prestazioni di servizi che il Servizio è tenuto a fornire ai propri cittadini gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (*ticket*) con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Nel 2017 è stato pubblicato il nuovo nomenclatore dei LEA, definendo le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le ri-

sorse pubbliche messe a disposizione del servizio e concernono tre aree: la prevenzione collettiva e la sanità pubblica, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Quindi, ci sono tre cataloghi di LEA per ognuno di questi tre macrolivelli del nostro Servizio sanitario nazionale. Ciò sostanzia un sistema fatto di tre pilastri dell'assistenza sanitaria: una sanità pubblica che eroga le prestazioni base nel rispetto dei principi dei LEA nei tre macrolivelli, una sanità collettiva integrativa privata che integra le prestazioni di base del Servizio sanitario nazionale e la sanità individuale tramite polizze assicurative che risponde a principi di copertura individuale.

I fondi sanitari integrativi – come ho già detto – sono caratterizzati dalla distinzione tra fondi integrativi (i cosiddetti *ex* fondi doc della legge n. 229 del 1999, che sono nove, fra i quali c'è quello della cassa che ho l'onore di rappresentare) e circa 300 enti, casse e società di mutuo soccorso (qualcuno dice che in totale sono circa 320, ma l'anagrafe non è molto chiara), aventi esclusivamente finalità assistenziali che devono erogare almeno il 20 per cento delle loro prestazioni sotto forma di LEA.

I riferimenti normativi sono la legge n. 3818 del 1886, che disciplina la materia e l'attività delle società di mutuo soccorso; la legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, che offre la possibilità di integrare le prestazioni erogate dal pubblico sia ricorrendo direttamente al mercato sanitario, quindi comprandole, e sia partecipando a forme di mutualità volontaria. C'è la legge n. 502 del 1992, cosiddetta legge Garavaglia, che all'articolo 9 dispone la possibilità di istituire fondi sanitari integrativi stabilendo anche le fonti istitutive. C'è poi la legge n. 229 del 1999, la riforma Bindi, che introduce nel mercato i fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale, i fondi doc finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei LEA, preservando però le caratteristiche di solidarietà e universalità del sistema pubblico. Il decreto concede esclusivamente a tali fondi le agevolazioni fiscali, poi sancite dal decreto legislativo n. 41 del 2000, che modifica il Testo unico delle imposte sui redditi di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 917 del 1986. Tali fondi sono caratterizzati da tre elementi: non fanno una selezione dei rischi sanitari; non discriminano i premi da pagare, non concorrenza con il Servizio sanitario nazionale, quindi sono integrativi o, meglio, a concorrenza limitata, in quanto possono offrire prestazioni sostitutive purché svolte esclusivamente nell'ambito dell'*intra-moenia*, nella libera professione intramuraria.

Il 31 marzo 2008 viene approvato il decreto ministeriale Turco. È con tale decreto che si va al superamento dei fondi doc e non doc determinando gli ambiti di intervento dei fondi sanitari integrativi istituiti e adeguati dall'articolo 9 della legge n. 502 del 1992, stabilendo così le regole per fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso aventi fini esclusivamente assistenziali. Il decreto riconosce espressamente l'esistenza di fondi diversi da quelli tipizzati dalla legge n. 229 del 1999, consentendo il superamento della definizione di fondi non doc indicandoli come enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale e, al contempo, individuando sia il loro ambito d'intervento,

sia quello dei fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale (gli *ex doc*).

Successivamente interviene il decreto cosiddetto Sacconi del 27 ottobre 2009. L'articolo 2, comma 2, lettera *b*), definisce i fondi sanitari integrativi specificando ulteriormente ambiti di applicazione, procedure e modalità di funzionamento distinguendoli in enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente finalità assistenziali e fondi sanitari integrativi istituiti e adeguati, ai sensi dell'articolo 9 della legge n. 502 del 1992. Poi c'è la legge di stabilità 2016, che ha vincolato 800 milioni di euro per l'aggiornamento dei LEA e consente di trasformare i premi di risultato anche in contribuzione a forme di sanità integrativa senza l'applicazione di alcuna imposta, entro il limite di 2.000 euro annui, aumentato a 2.500 euro all'anno in caso di coinvolgimento paritetico dei lavoratori per i dipendenti con reddito lordo annuo inferiore a 50.000 euro. La legge di bilancio 2017, invece, aumenta i limiti dei premi fissati dalla legge di stabilità 2016 da 2.000 a 3.000 euro; da 2.500 a 4.000 euro e la platea da 50.000 a 80.000 euro. C'è poi il decreto Crescita n. 34 del 2019, che riconosce la natura non commerciale dei fondi sanitari integrativi, garantendo loro la possibilità di godere delle agevolazioni fiscali.

Per quanto riguarda le criticità, pensiamo che la trasparenza debba essere definita. L'anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il Ministero della salute non è pubblicamente accessibile. C'è una carenza dei sistemi di controllo. Non esiste un controllo per le sovrapposizioni tra prestazioni coperte dai fondi inclusi nei LEA, né un regime sanzionatorio e, in particolare, la legge n. 502 del 1992 prevedeva un regolamento per disciplinare l'ordinamento dei fondi integrativi. Non esiste una vera Authority di vigilanza dei fondi sanitari visto che il Ministero della salute non esercita alcuna verifica, né certificazione istituzionale sui dati periodicamente trasmessi dai fondi.

Sulle evoluzioni e relazioni sindacali industriali, posso dire che il mondo va avanti e il nuovo impianto normativo del *welfare* aziendale ha fatto leva su rilevanti incentivi fiscali per promuovere gli investimenti delle imprese finalizzati al benessere dei lavoratori e delle loro famiglie. In questo contesto la sanità integrativa è una delle aree che ha maggiormente catalizzato l'interesse di imprese e sindacati, per offrire beni e servizi sanitari sostitutivi, aggiuntivi o complementari rispetto a quelli già offerti dal Servizio sanitario nazionale.

Poi ci sono le strategie di *marketing*. L'intermediazione finanziaria e assicurativa, spinta dalle necessità di un mercato di prestazioni sanitarie messo in crisi dalla riduzione del finanziamento pubblico, portano avanti una martellante campagna mediatica basata sulla paura indotta dalla riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa *out-of-pocket*, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e rinuncia alle cure. Ci sono equivoci per un regime di prestazioni integrative e sostitutive. Si segnalano frammentazione ed eterogeneità dell'offerta; scarsa attenzione all'appropriatezza dell'offerta; diffusa trascuratezza nei riguardi della cronicità e dell'autosufficienza; agevolazioni fiscali da rivedere.

In relazione al finanziamento pubblico, nel periodo 2012-2015, le varie manovre finanziarie hanno sottratto al Servizio sanitario nazionale 25 miliardi, e nel periodo 2015-2019 l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica ha determinato, rispetto ai livelli programmati, una riduzione cumulativa del finanziamento del Servizio sanitario nazionale di 12,11 miliardi. Il rapporto fra spesa sanitaria e PIL è stato progressivamente ridotto sino a toccare i minimi storici con il DEF 2018: 6,6 per cento nel 2018, 6,4 per cento nel 2019, 6,3 per cento nel 2020 e nel 2021. Oggi in pratica questa riduzione rende illusorio un aumento della spesa sanitaria di oltre 7,6 miliardi nel periodo 2018-2022, perché di fatto siamo sotto l'aumento dell'inflazione programmata nel finanziamento. Quindi, c'è un problema di finanziamento pubblico oggettivo.

Per il 2016, secondo gli ultimi dati riferibili, la spesa sanitaria privata ammonta a 45 miliardi di euro, di cui quasi l'88 per cento è *out-of-pocket*, ovvero quasi 40 miliardi di euro sono a carico delle famiglie con una spesa *pro capite* di 657 euro superiore alla media OCSE. Il rimanente è spesa intermediata; si stima che per il 2017 la spesa intermediata sia stata di 5,8 miliardi, quindi il 14 per cento della spesa privata, sostenuta da varie tipologie di terzi paganti: 3,9 miliardi da fondi sanitari e polizze collettive, 700 milioni da polizze assicurative individuali, 1,1 miliardi da istituzioni senza scopo di lucro e imprese.

Circa la difficoltà di accesso ai servizi sanitari e la rinuncia alle cure, secondo un'indagine europea sul reddito e le condizioni di vita delle famiglie, gli italiani che hanno rinunciato a una o più prestazioni sanitarie sono meno di cinque milioni. La complessità del sistema è tale per cui i 60 milioni di cittadini italiani assicurati con il pilastro pubblico possono essere suddivisi in almeno 16 categorie in relazione a tre variabili che condizionano la spesa privata: avere o meno una seconda assicurazione privata sotto qualsiasi forma (fondo sanitario, polizza assicurativa individuale, *benefit* da *welfare* aziendale); effettuare o meno spesa *out-of-pocket*; godere o meno di detrazioni fiscali sulla spesa sanitaria, escludendo il caso degli oneri deducibili.

Suggerimenti e conclusioni: le politiche di *welfare* occupazionale rappresentano un'occasione di rinnovamento, sia per le rappresentanze sindacali sia per quelle datoriali, in grado di incrementare la partecipazione dei lavoratori alla vita aziendale. Attenzione a non consumare l'universalismo del Servizio sanitario nazionale, perché pagare due volte le stesse prestazioni con una fiscalità per un verso e una defiscalizzazione per l'altro potrebbe generare problemi di spiazzamento, onerosità fiscale e cattiva concorrenza. Ancora, è necessario definire le prestazioni LEA ed *extra* LEA che possono o non possono essere coperte dai fondi sanitari integrativi. Nel merito, recentemente ho proposto che la parola LEA venga trasformata in LEEAA, indicando in tal modo Livelli essenziali ed esigibili di assistenza appropriata, quindi ragionando sul concetto di esigibilità per definire un LEA e sul concetto di appropriatezza sulla base anche delle proprie possibilità. Continuando, bisogna invertire, portando all'80 per cento le prestazioni *extra* LEA e al 20 per cento le prestazioni LEA attualmente

esistenti; riconoscere agevolazioni fiscali ai fondi sanitari integrativi solo per le prestazioni extra LEA; regolamentare i rapporti tra fondi sanitari integrativi e compagnie assicurative e tra finanziatori privati ed erogatori privati accreditati; evitare o ridurre o medicare la diffusione di messaggi consumistici.

In merito alla domanda da Lei posta, signor Presidente, ovvero se i fondi possono aiutare il sistema per offrire maggiori servizi, sicuramente sì; anzi, nel nostro sistema sanitario uno degli obiettivi è proprio l'integrazione tra il Servizio sanitario nazionale universalistico ed equo e prestazioni aggiuntive. Credo, tuttavia, che si debbano definire parametri chiari per poter stabilire in maniera netta chi fa cosa nell'interesse individuale e collettivo.

Un altro quesito era collegato ai LEA. Credo che i LEA debbano definire il perimetro dell'attività del Servizio sanitario pubblico, salvo eccezioni che devono essere definite chiaramente e documentate.

In relazione ad ASSODIRE, l'abbiamo costituita recentemente. Anzitutto è un progetto aperto, quindi aspettiamo a braccia aperte chiunque altro volesse aggiungersi. Le tre casse più grandi, cassa forense, ENPAM e INARCASSA, detengono il 55 per cento del patrimonio collettivo; poiché nell'ambito del portafoglio dei nostri investimenti investiamo anche in società quotate in borsa e di sostegno al sistema Paese, riteniamo sia corretto unire le nostre rappresentanze per poter avere una voce in capitolo anche nell'indirizzare, suggerire e supportare – per quello che ci sarà possibile – le politiche di investimento e le strategie dei grandi gruppi.

Con il progetto WISE abbiamo già fatto investimenti insieme, secondo la direttrice I (*Welfare*, Investimenti, Servizi, Europa); abbiamo fatto esperienze comuni. Per esempio, abbiamo investito – siamo diverse casse ad averlo fatto – nell'azionariato di Bankitalia, che riteniamo il sistema regolatorio del nostro Paese bancocentrico, arrivando ad avere il 15 per cento circa di possesso collettivo (ogni cassa al massimo può avere il 3 per cento, e ci sono anche frazioni di queste percentuali). Nello stesso tempo, il collegamento è funzionale e aperto per poter avere un ruolo sull'indirizzo delle attività delle quotate, atteso che queste toccano argomenti, investimenti, strategie e settori fondamentali per il Paese nel quale operiamo.

Se pensiamo a ENI, ENEL e altre, sappiamo che energia, acqua e ambiente sono tematiche alle quali siamo molto attenti. Nei nostri investimenti stiamo adottando i criteri ESG, cioè di attenzione all'ambiente, alle politiche sociali e quindi di eguaglianza e diseguaglianza tenute dai proponenti investitori, e alle politiche di *governance* degli investimenti, quindi alla rappresentatività demografica. Su queste aree stiamo sviluppando una sensibilità che, al di là di elementi *fashion* – chiamiamoli così – dei tempi, devono andare nella sostanza e far sì che le casse abbiano un ruolo di responsabilità nelle dinamiche evolutive del Paese e delle professioni, proprio perché, essendo professionisti liberali, riteniamo che l'area professionale sia fortemente collegata con l'andamento e lo sviluppo economico, politico e sociale del nostro Paese.

PRESIDENTE. Presidente, la ringrazio.

Dopo questa ampia relazione e l'*excursus* cronologico normativo dei fondi della sanità integrativa, apro il dibattito.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, anzitutto evidenzio, in riferimento alla sua relazione, anche dal punto di vista della sinossi, dell'inquadramento delle prospettive e dei suggerimenti, che avremmo gradito, almeno senz'altro come Gruppo, che ci venisse postulata al termine del percorso che il Presidente si è impegnato – così ci pare di aver compreso – a voler avviare, posto che presuppone di approfondire e analizzare tutta una serie di dati che oggettivamente al momento difettano, nonostante le nostre richieste.

Prendiamo atto delle difficoltà che sono state rappresentate, nonostante il ruolo che Lei, presidente Oliveti, riveste, ma rimarco anche il dichiarato impegno a collaborare con questa Commissione per corrispondere e completare il percorso di approfondimento conoscitivo che abbiamo promosso e, come ben ricordato in apertura dal presidente Puglia, fortemente voluto.

Mi vedo costretta a sottolineare che la documentazione che ci ha trasmesso – e che credo tutti i colleghi abbiano avuto modo di leggere in previsione dell'audizione di quest'oggi – è ben lungi dal soddisfare gli elementi informativi e di conoscenza che abbiamo richiesto, peraltro con largo anticipo (il 13 gennaio scorso), sui quali non mi dilungo né mi soffermo dal momento che, molto puntualmente, con richiamo testuale, sono stati ricordati a tutti i presenti dal presidente Puglia. Rimarco invece la finalità, ovvero valutare con chiarezza i presupposti per una riqualificazione delle agevolazioni fiscali di cui il settore è destinatario.

Mi limito a fare un paio di esempi (anche per non sottrarre tempo a ulteriori domande e sollecitazioni, che sono certa seguiranno), cominciando proprio dalla prima *best practice* da lei indicata nel documento consegnato, relativa alla Cassa dei dottori commercialisti. Tutti avete ricevuto questo documento e quindi non richiamo i dati, limitandomi a tratteggiare una breve evoluzione per una riflessione propositiva. Partiamo dal fatto che sono stati spesi 7,2 milioni di euro per l'assicurazione. Quanto è costato allo Stato il beneficio fiscale concesso (come somma sia della Cassa, che dei singoli)? E chi è titolare della polizza (in forma di assicurazione, riassicurazione e via dicendo)? Sulla base di questi pochi dati emerge che sono stati spesi complessivamente 7,3 milioni di euro, a fronte di un costo pari a 7,2 milioni di euro. Chi ha assunto i costi di gestione, oltre i 100.000 euro di differenza tra introiti ed esborsi? Bisogna considerare che vanno aggiunti i relativi costi di gestione, la cui entità non viene mai detta da nessuno. Inoltre, dei 6.012 sinistri (che trovate nel documento in nostro possesso, nella seconda colonna), quanti erano coperti dai Livelli essenziali di assistenza? Quanti sono fra i 5.000 beneficiari ad aver effettuato il *check-up*? Quanti, tra questi 5.000 che lo hanno effettuato, sono diventati sinistri?

Proseguo con un secondo esempio, riguardante la Fondazione EN-PAIA (parlo sempre in una logica benevolmente provocatoria, come spunto di discussione), che ci viene rappresentata come gestione separata degli agrotecnici. Quindi, in quel che vi rappresento non assumiamo il numero totale di tutti gli iscritti che, da preconsuntivo 2019, sono pari a 38.000. Consideriamo solo i periti agrari che, mal contati, dovrebbero essere 8.500. Sulla base dei dati che ci vengono prospettati, l'ENPAIA ha contribuito al Fondo integrativo con circa 20 euro per ciascun perito agrario e che ogni iscritto ha pagato, a seconda del proprio fatturato, tra i 150 e i 350 euro. Se questi professionisti sono 8.500 e ciascuno di loro ha pagato in media 250 euro, otteniamo un totale di 2,125 milioni di euro; aggiungendo i 150.000 derivanti dal contributo della Cassa, si arriva a un totale di 2,275 milioni di euro. Se assumessimo che il 10 per cento dei beneficiari ha subito un sinistro, vi sarebbero 8.500 iscritti ad aver beneficiato di un rimborso pari a 2.670 euro a testa, mentre abbiamo visto che per la Cassa dei dottori commercialisti il rimborso medio è stato pari a 1.000 euro.

I due esempi che le ho riportato vogliono solo suggerire una riflessione, ossia che l'opacità contribuisce a non far capire. Presidente Oliveti, basterebbe che lei si facesse carico di fornire, come peraltro è già stato sostanzialmente richiesto, una semplice tabella che, per tutte le Casse, dia contezza almeno dei seguenti elementi conoscitivi: quanti sono, complessivamente, i contributi a vario titolo incassati (premi assicurativi e altro) per l'assistenza sanitaria integrativa; quali sgravi fiscali, agevolazioni e riduzioni sono stati generati (siano essi in capo a singoli aderenti o alla Cassa); quali sinistri *extra* LEA sono stati effettivamente pagati per ogni singola annualità, in ossequio al basilare principio: «dove li prendo, dove li metto, cosa ne faccio». Non chiediamo astrusi e complicati fogli di reportistica, ognuno dei quali compilato con logiche diverse, in modo da renderli incomprensibili ai non addetti ai lavori, quali noi siamo. Le chiediamo le informazioni essenziali, in ossequio a un fondamentale principio di trasparenza della gestione e auspichiamo che lei ci possa corrispondere in questo senso.

PRESIDENTE. È opportuno che la Commissione dia un supporto all'ADEPP e chiedi direttamente alle singole Casse i dati, così come richiesti nella mia introduzione e integrati secondo le altre richieste avanzate della senatrice Cantù. Ciò è dovuto agli iscritti e nel rispetto del principio di ottimizzazione dei costi e della trasparenza.

CORTI (*L-SP-PSd'Az*). Presidente Oliveti, la ringrazio per la sua esaustiva presentazione, almeno a livello grafico. È andato molto veloce, ma evidentemente nei suoi quarant'anni di esperienza nell'ENPAM ha acquisito una certa dimestichezza. Tuttavia, ho potuto notare che lei è comunque rimasto attivo nel mondo medicale, esercitando ancora la sua professione di medico.

Sviluppo la prima considerazione politica. Nella terza *slide* ho notato che tra i punti critici del sistema previdenziale è citata la parola «populismo». Ciò mi ha lasciato un po' perplesso e sono in disaccordo se il riferimento populista viene considerato un tema di criticità o difficoltà, come l'invecchiamento della popolazione o il cambio di lavoro.

Per quanto riguarda le aspettative del progetto WISE, ho notato che uno dei quattro pilastri che dovrebbero far ben sperare è legato all'Europa. Tuttavia, è da pochi giorni che un pilastro dell'Europa ci ha lasciato e, quindi, non ho grandi aspettative o speranze in relazione al fatto che il sistema previdenziale possa essere aiutato dall'Europa. Penso che ci dobbiamo arrangiare da soli con le nostre risorse.

Fatta questa premessa di carattere più politico, entro nell'ambito tecnico. Il mio dottore commercialista, che è un professionista e di cui mi fido, mi ha pregato di porle una domanda. Se non sbaglio, la Cassa dei dottori commercialisti ha come compagnia assicurativa la Reale Mutua Assicurazione. Ci piacerebbe sapere in base a quali criteri di selezione vengono scelte le compagnie assicurative. Credo che sia interessante per tutti gli aderenti ai vostri sistemi previdenziali.

Per quanto riguarda l'ENPAF, secondo me andrebbe chiarito quanto liquida rispetto ai 6-6,5 milioni di euro di costi. Glielo chiedo per capire se è rassicurante ed efficiente.

Per quanto riguarda ENPAF ed ENPAM, non ho capito, forse per mia ignoranza, a quanto ammontano i costi di liquidazione dei sinistri. Per quanto riguarda l'EPAP, mi piacerebbe capire qual è il criterio di valutazione e se l'aggregazione tramite consorzio riesce a garantire un'economia di scala tale da non dover riassicurare o riassicurarsi in ragione dell'elevata platea. In altre parole, vorrei capire se il sistema è efficiente. Credo che l'ADEPP, in quanto agglomerato di tante sigle, può sicuramente esprimere un punto di vista interessante in materia.

Per quanto riguarda INARCASSA, mi sembra che la polizza base offra dei rimborsi inferiori rispetto alle altre Casse in esame e vorrei capirne il motivo.

PRESIDENTE. Se non vi sono ulteriori domande e richieste di intervento, cedo la parola al presidente Oliveti per le risposte. Eventualmente, se ritiene di far intervenire anche il vice presidente Tiziana Stallone e il *senior advisor* Verbaro, può farlo tranquillamente.

OLIVETI. Signor Presidente, intanto desidero ringraziare i commissari per i loro interventi.

Recepisco le considerazioni della senatrice Cantù sull'opacità e naturalmente cercherò di farne buon uso, perché sono contrario all'opacità; ripeto inoltre che oggi si è inaugurato un percorso per quanto ci riguarda. Il principio «dove li prendo, dove li metto, cosa ne faccio» mi sembra molto chiaro; credo sia proprio la linea tracciante e prendo impegno a muovermi a livello di associazione delle casse per chiedere ad ogni presidente se, nella sua autonomia, ritiene di fornirmi i dati sulla base di questo modello.

Oggi ho portato un lavoro che non era stato mai fatto e che quindi è stato realizzato sulla base delle disponibilità delle casse, i cui bilanci sono pubblici; porterò in assemblea e alla condivisione dei presidenti la possibilità di prendere una griglia (magari la concordiamo insieme) per poter riempire tutte le caselle e dare tutte le risposte, perché condivido in pieno questa impostazione.

Non sono invece in grado di dare oggi una risposta per tutto il sistema per quanto riguarda le domande precise che mi sono state rivolte sui sinistri extra LEA (livelli essenziali di assistenza); prendo quindi l'impegno di muovermi, sicuramente all'interno della cassa che presiedo, ma anche come presidente dell'Associazione, per stimolare e portare un aggregato a un risultato. Magari, se potessimo vedere insieme come costruire la griglia dal punto di vista metodologico, il lavoro sarebbe agevolato.

Passando alle considerazioni del senatore Corti, che ringrazio, effettivamente la parola «populismo» me la sono ritrovata, nel senso che è partito un insieme di parole che non sono il massimo. Forse, volendone dare un'interpretazione, si fa riferimento al concetto del rischio assolutamente trasversale della banalizzazione dell'asse benessere-salute-malattia, del rischio che di fronte a determinati sistemi si possa arrivare a identificare soluzioni semplici, elementari, facili, come fossero dei conigli estratti dal cilindro, quando invece problemi complessi richiedono soluzioni complesse. Pertanto, forse la parola dovrebbe essere interpretata in questo senso, senza nessuna configurazione di collegamento.

Chiaramente, come ho premesso, l'articolo 32 della Costituzione afferma che la salute è un diritto individuale e un interesse collettivo, quindi credo che l'attenzione a tutta la collettività sia fuori discussione; tuttavia, se l'interesse è collettivo, a mio avviso ognuno ha un sistema di diritti e doveri, quindi vi è anche il dovere alla tenuta della salute sia individuale che collettiva. Ritengo peraltro che noi potremmo anche estendere questo concetto, cioè chi fuma, chi ha certi stili di vita, pur nella sua assoluta autonomia individuale, probabilmente declina la problematica in una maniera più individuale che pensando all'interesse collettivo, perché se ha un problema naturalmente è obbligato, come è giusto, a ricorrere alla tutela collettiva. Forse «banalizzazione» è il termine più corretto, quindi mi scuso se questo può aver urtato qualche suscettibilità.

Per quanto attiene invece WISE, Europa e Brexit, il ragionamento mi sembra molto corretto, nel senso che noi viviamo in un sistema in cui l'Italia è un contribuente netto positivo del bilancio dell'Unione europea. Mi sembra che secondo i dati 2017 (che ricordo a memoria) della Corte dei conti europea l'Italia ha contribuito per 14 miliardi di euro, avendone indietro 9, quindi ha un saldo negativo che mi pare sia di 4,5 miliardi e tra l'altro ha ricevuto una multa di circa mezzo miliardo di euro per aver mal utilizzato i fondi ricevuti. Questo significa che noi professionisti che siamo equiparati, a livello europeo e poi in Italia, alle piccole e medie imprese, dobbiamo avere la capacità di intercettare questi finanziamenti che sono frutto della fiscalità nazionale per potenziare i termini occupazionali del lavoro, la trasformazione occupazionale. Pertanto l'attenzione all'Eu-

ropa riguarda la possibilità, al pari delle piccole e medie imprese, di ricevere finanziamenti. Al di là del fatto che la Brexit crei un indubbio problema per la visione europea, però, di fatto, oggi la regola è questa e noi cerchiamo pragmaticamente di intercettare finanziamenti; pertanto come ADEPP e anche a livello delle singole casse ci siamo attivati per cercare di far sì che i progetti europei possano essere approvati e ricadere sul patrimonio nazionale. Storicamente l'Italia non ha una grandissima capacità di rendicontazione per poter aggettare alla possibilità di questi finanziamenti; altri Paesi europei, dove addirittura viene insegnata la capacità di rendicontare finalizzata al finanziamento dell'Unione europea, sono sicuramente più bravi di noi e questa è la sollecitazione che ci interessa fare.

L'altro ragionamento su questo tema – mi piace dirlo – è che noi ci stiamo muovendo anche verso l'Europa, non soltanto cercando di intercettare finanziamenti. Siamo per una definizione del concetto di professione liberale e riteniamo che abbia tre grandi caratteristiche: l'indubbio bagaglio di conoscenze e competenze che la deve caratterizzare e che deve essere documentato e misurabile; l'esercizio individuale che deve essere un corretto *mix* tra autonomia professionale e responsabilità professionale collegata a quest'autonomia; la finalità superindividuale, quindi di tipo pubblicistico, esercitata dal professionista liberale in nome di diritti riconosciuti come fondamentali e cioè il diritto alla salute, il diritto alla giustizia, il diritto alla tutela del risparmio, il diritto alla sicurezza. Da questo punto di vista facciamo parte di professioni regolamentate, perché siamo ordini e collegi in cui vi sono albi tenuti a garanzia dell'esercizio professionale; pertanto in Europa abbiamo portato il ragionamento che siamo favorevoli a una liberalizzazione, a tutto quello che potrebbe essere contro i cartelli, ma nello stesso tempo abbiamo dovuto accendere l'attenzione sul concetto che tale liberalizzazione non deve comportare una dequalificazione professionale. Pertanto, liberalizzazione e qualificazione devono andare di pari passo. Abbiamo colto l'occasione per chiedere all'Europa un rapporto d'iniziativa sulle professioni liberali e, nello stesso tempo, abbiamo proposto che almeno per le tre grandi aree delle professioni liberali (quella tecnica, quella giuridica e quella scientifica), fosse possibile identificare indicatori, criteri, strutture per definire la qualità professionale, perché è quella che fa la differenza, per definire degli *standard* professionali, sperando che possano essere quanto più omogenei possibile in tutta Europa, dove invece era arrivato il ragionamento che andassero definiti degli *standard* calati un po' dall'alto. In un recente incontro dell'8 gennaio abbiamo quindi suggerito di creare dei momenti di confronto per far sì che questa determinazione di indicatori, criteri, strumenti per definire la qualità possa partire dalle professioni e che con esse si possano costituire degli *standard* utilizzati per proporre la liberalizzazione, e quindi il libero utilizzo di questa professionalità, ma nel mantenimento dei requisiti di qualità legati alle conoscenze, alle competenze e alla funzione pubblicistica che le caratterizza.

Per quanto riguarda, invece, le domande molto specifiche sulla Cassa di previdenza ed assistenza dottori commercialisti, sull'Ente nazionale pre-

videnza e assistenza farmacisti (ENPAF), sull'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per gli psicologi (ENPAP), sulla Cassa nazionale di previdenza ed assistenza per gli ingegneri ed architetti liberi professionisti (INARCASSA), sull'Ente nazionale di previdenza ed assistenza dei medici e degli odontoiatri (ENPAM), mi riservo di inviarle risposte scritte dopo essermi confrontato con i presidenti delle rispettive casse. Prendo l'impegno di rispondere attraverso questo canale.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Oliveti per la sua disponibilità e dichiaro conclusa l'audizione.

Colgo l'occasione per evidenziare l'importanza del filone che abbiamo avviato con la presente indagine conoscitiva, che si occupa di esaminare l'attività dei fondi e delle casse anche nella loro declinazione riferita alla sanità integrativa. Ricordo che il 25 febbraio tornerà il presidente dell'INPS, che verrà ad approfondire nuovamente alcuni temi emersi nell'ultima audizione. Ritengo che la Commissione abbia l'esigenza di ampliare la propria attività, convocandosi con maggiore frequenza, per estendere l'ambito di analisi attraverso audizioni informali che ciascuno di noi può proporre, in base alle tematiche che vorrebbe approfondire. Ricordo quindi ai colleghi questa possibilità, già esperita in passato.

Ringrazio nuovamente l'ADEPP, nelle persone del presidente Oliveti, del dottor Verbaro e della dottoressa Tiziana Stallone. Comunico infine che la documentazione consegnata nel corso della seduta odierna sarà disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

Rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 13,02.

