



RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 16

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

152^a seduta: martedì 23 gennaio 2024

Presidenza del presidente ZAFFINI

INDICE

Audizione di rappresentanti di ANIA e UNIPOL

PRESIDENTE	Pag. 3, 10, 12 e <i>passim</i>	* FARINA	Pag. 4, 11, 12 e <i>passim</i>
FURLAN (PD-IDP)	7	* GIGLIOTTI	14, 20
MAGNI (Misto-AVS)	20		
MAZZELLA (M5S)	8		
MURELLI (LSP-PSd'Az)	10		
PIRRO (M5S)	8, 13		
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 ANIA: Maria Bianca Farina, presidente; Umberto Guidoni, condirettore generale; Antonella Azzaroni, direttore relazioni istituzionali; Luigi Di Falco, dirigente responsabile servizio vita e welfare; in rappresentanza di Unipol: Giovanna Gigliotti, amministratore delegato di Uni-Salute; Stefano Genovese, head of Institutional & Public Affairs; Elisabetta Pugliese, responsabile policy unit of Institutional & Public Affairs.

I lavori hanno inizio alle ore 15,10.

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.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti di ANIA e 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 antimeridiana del 14 settembre 2023.

Sono oggi in programma le ultime audizioni della nostra indagine conoscitiva, quella dei rappresentanti dell'Associazione nazionale per le imprese assicuratrici (ANIA) e quella dei rappresentanti di Unipol.

Sono presenti per ANIA la presidente Maria Bianca Farina, il condirettore generale Umberto Guidoni, il direttore relazioni istituzionali Antonella Azzaroni e il dirigente responsabile servizio vita e *welfare* Luigi Di Falco, che ringrazio e saluto, anche per il documento che hanno depositato e che è già a disposizione dei commissari, e a cui cedo la parola, precisando che hanno a disposizione circa un quarto d'ora, da gestire in modo da lasciare spazio alle eventuali domande dei colleghi e a una breve replica.

FARINA. Signor Presidente, nel ringraziarvi per averci invitato a prendere parte all'audizione odierna su questo importante tema che come Commissione state esaminando, preannuncio che scorrerò in maniera molto sintetica il suddetto documento che abbiamo lasciato agli atti.

Non c'è dubbio che da parte dei cittadini ci siano una rafforzata domanda di sicurezza sociale – di cui conosciamo le cause, a partire dalla pandemia, alle guerre e così via – ma anche un *trend* globale, quello dell'invecchiamento. Ai sistemi di *welfare* pubblico oggi verrebbe quindi richiesto di aumentare la loro funzione di redistribuzione delle risorse disponibili, ma questo richiederebbe più risorse pubbliche, in un momento nel quale le imposte già incidono in misura importante sul reddito delle famiglie e il debito pubblico è elevato.

Pensiamo quindi che il finanziamento delle prestazioni aggiuntive di *welfare* possa essere più efficientemente affrontato nell'ambito di una più stretta integrazione – che, sottolineo, non è un semplice affiancamento – di previdenza e assistenza promosse da soggetti privati; tra questi, le assicurazioni sono sicuramente attori primari.

Il sistema assicurativo può offrire infatti un contributo decisivo per quanto riguarda la mutualizzazione dei rischi e dei costi per sostenere quei rischi, ma occorre sicuramente un modello innovativo di *welfare*, che coniughi – in una logica di integrazione, lo ribadisco – risorse pubbliche e private.

Come sa bene, oggi la spesa privata ha raggiunto cifre elevatissime (siamo oltre i 40 miliardi) e soltanto il 10 per cento di questa spesa (quindi 4 miliardi) è intermediato, a differenza di quanto accade in tutti gli altri Paesi sviluppati, dove la spesa intermediata è molto, ma molto più alta.

Riteniamo quindi inderogabile per il nostro Paese accedere finalmente a un sistema di *welfare* pubblico-privato.

Per quanto riguarda i pilastri del *welfare*, nella nostra accezione parliamo di previdenza, sanità e non autosufficienza. Per la previdenza un sistema abbastanza consolidato nel tempo c'è: va sicuramente migliorato, ma esiste. La problematica più importante nell'ambito della previdenza è far sì che si incrementi la platea dei cittadini che accedono a sistemi di previdenza integrativa.

Oggi vorremmo però focalizzarci sulla sanità integrativa. Il nostro documento contiene a valle anche due allegati: un'appendice A, che riguarda i nostri suggerimenti sulla previdenza integrativa, che vengono da studi fatti insieme ad accademici, istituzioni e assicuratori; una seconda appendice, che contiene uno studio sulla non autosufficienza, tema già presente, ma che riteniamo si porrà con forte evidenza, perché crescerà a ritmi enormi, al punto che da qui al 2030 forse ci sarà un incremento del 30 per cento dei non autosufficienti; ci sarà pertanto un incremento enorme di chi avrà bisogno di cure. Anche lì, il sistema pubblico è carente e al momento non sono state stanziare risorse adeguate per risolvere i problemi di chi si trova in quelle condizioni.

Vorrei tornare a focalizzare l'attenzione sul settore sanitario, dove bisogna creare *ex novo* non tanto un sistema, perché qualcosa c'è, ma condizioni che oggi mancano, che consentano alle forme sanitarie e assistenziali integrative uno sviluppo ordinato, regolato e in sinergia con il sistema pubblico.

Sapete peraltro che i problemi della salute sono tra le priorità delle preoccupazioni dei nostri concittadini, quindi la salute è un bene prezioso che dobbiamo tutelare ed è una preoccupazione per tutti. Anche se nei Paesi OCSE, ma anche nel nostro Paese siamo vicini a questi numeri, la spesa sanitaria è incrementata, ma comunque siamo a livelli un po' più alti del periodo precedente alla pandemia, è sicuro che per soddisfare bisogni che subiscono una crescita tanto esponenziale servono risorse aggiuntive.

Il PNRR ha destinato risorse alla sanità, focalizzandosi molto sul rinnovo del parco tecnologico ospedaliero, sulla digitalizzazione, sulla necessità di costituire *focal point* in prossimità dei vari territori, ma siamo certi che queste risorse, seppur considerevoli, non saranno sufficienti a risolvere le necessità, quindi a costituire le risorse giuste per far funzionare questa macchina anche nei nuovi termini in cui si è disegnata.

Ribadisco la nostra convinzione: tutto questo si deve affrontare con una più stretta integrazione tra sicurezza sociale e assicurazione privata.

Il sistema sanitario pubblico è sicuramente complesso e non c'è dubbio che sia importante e che ci venga anche giustamente invidiato da molti Paesi, che non ne hanno uno universale come il nostro. Già oggi però esso presenta indubbiamente molti *gap* da colmare, che, per quanto abbiamo detto finora, sono destinati ad accrescersi negli anni futuri.

C'è quindi da ragionare su come impostare le cose: oggi, come dicevo, sono coperti soprattutto dai fondi bilaterali; all'incirca stimiamo più di dieci milioni di cittadini, ma, come vi dicevo, la spesa intermediata rispetto a quella totale è molto bassa, quindi i cittadini spendono molto e male. Se accedessero a forme mutualizzate, spenderebbero infatti di meno e sarebbero più coperti.

Un altro aspetto che mi preme far presente a lei, signor Presidente, e a tutta la Commissione è che si sono poi sviluppate forme sanitarie nate da accordi collettivi, di norma a livello aziendale, che hanno una rilevanza sociale importante, che dev'essere sicuramente tutelata e incentivata. È anche necessario però che i vari fondi che sono nati (fondi sanitari cosiddetti doc e fondi sanitari non doc; casse sanitarie assistenziali; nuove società di mutuo soccorso; coperture sanitarie offerte dalle compagnie di assicurazione) rientrano in tutto un mondo che è eterogeneo e viene trattato anche in modo eterogeneo.

La divergenza più importante riguarda il regime fiscale: mentre i cittadini che accendono ai fondi sanitari bilaterali hanno diritto a una deducibilità di circa 3.900 euro, questa non è ammessa invece per un lavoratore autonomo in qualunque forma, anche a una partita IVA, un professionista e così via. Questa ci sembra una differenza che non può sus-

sistere: bisogna far sì che tutti i lavoratori godano del medesimo regime fiscale.

È importante poi a tutela degli assistiti che ci sia il disegno quasi di un testo unico, come per la previdenza, di tutte le norme che riguardano il settore della salute e che ci siano regole sulla trasparenza e sulla *governance* di questi fondi, come i requisiti patrimoniali. È importante che siano previsti fondi di garanzia, perché, se le cose non andassero nel verso previsto, i cittadini che hanno aderito a quelle forme siano tutelati. Occorrono vigilanza su tutte le forme di sanità integrativa e anche uniformità di vigilanza.

Serve quindi in altre parole un riordino complessivo dei fondi sanitari, per definire un secondo pilastro che sia regolamentato e attribuisca a queste forme il compito di mutualizzare i costi da sostenere.

Come per la previdenza complementare, va previsto un compendio unico di norme, quasi un testo unico, come lo definivo prima, che unifichi il campo di gioco per tutte le forme di sanità integrative.

In definitiva e in sintesi, come dicevo, riteniamo importante: armonizzare il trattamento fiscale tra le forme integrative per tutti i lavoratori, magari introducendo misure di miglior favore quando si tratti della protezione delle fasce più deboli; abilitare e incentivare l'offerta di polizze pluriennali sarebbe poi importante, in particolare quelle che includono norme e condizioni sulla prevenzione; favorire l'erogazione di prestazioni private negli ospedali pubblici, anche in convenzionamento con forme sanitarie integrative.

Pensiamo che anche su questo punto ci sarebbe una sorta di *win-win*, perché per i cittadini che chiedessero un'assistenza più veloce rispetto a quella assicurata oggi dal Servizio sanitario nazionale si potrebbe agire in regime di solvenza o di *intramoenia*; a questo punto, tramite tale strumento, affluirebbero agli ospedali risorse private, con le quali potrebbero ammodernarsi, comprare nuovi macchinari e così via.

Voglio anche precisare che indubbiamente una revisione dell'impianto del secondo pilastro della sanità dovrà accompagnarsi a un accurato disegno delle modalità con cui rendere più efficiente la spesa sanitaria complessiva degli italiani. Oggi sanità pubblica e sanità privata non si parlano, quindi c'è spesso una duplicazione di costi per la stessa prestazione da parte del cittadino. Questo lavoro, a nostro giudizio, dovrà tener conto anche dei livelli di reddito, delle condizioni di salute e della cronicità dei pazienti, che spesso fanno fatica a trovare le giuste coperture.

Poiché sulla non autosufficienza abbiamo lasciato agli atti della Commissione il suddetto studio, per non rubare altro tempo, visto che credo di essere riuscita a rimanere nei tempi che mi aveva chiesto di rispettare, signor Presidente, chiudo sintetizzando in due parole: bisogna ricostruire il sistema, che oggi è troppo disorganizzato, perché ognuno segue le proprie regole (nemmeno quelle fiscali, come vi dicevo, sono uguali per tutti), quindi bisogna far sì che tutto il settore sia rivisto, ri-

strutturato, organizzato e reso più forte attraverso patrimonializzazione e vigilanza.

Noi ci siamo: abbiamo risorse, competenze e voglia di servire il nostro Paese, quindi siamo a disposizione, sia per quanto riguarda eventuali chiarimenti sul documento che vi abbiamo lasciato, sia successivamente per fare il nostro dovere di assicuratori e servire i cittadini anche sui temi della salute.

FURLAN (*PD-IDP*). Signor Presidente, desidero innanzi tutto ringraziare la presidente Farina per le cose interessanti e importanti che ci ha detto.

Vorrei sottolineare due aspetti molto rilevanti che emergono dalla sua relazione.

Il primo è la questione che attiene alla previdenza integrativa e ai giovani, perché drammaticamente i dati ci dicono che l'età media dei lavoratori e delle lavoratrici che vi aderiscono è abbastanza alta. Un giovane è più in difficoltà e sarà quello che più di chiunque altro avrà invece bisogno di una seconda gamba previdenziale molto robusta.

Il tema è come incentivare tutto questo. La domanda che vorrei rivolgerle è la seguente: la tassazione sulla previdenza integrativa e sui fondi è aumentata negli anni e questo non è certo un modo di incentivare una scelta di tale natura.

Inoltre, un altro aspetto che vorrei capire se è condiviso da Lei e dal suo osservatorio è che la precarietà del lavoro giovanile non aiuta certo – anche per i salari molto bassi, in modo particolare per i giovani – a fare questa scelta.

La mia domanda è quindi se anche per voi questi due aspetti – una tassazione cresciuta, la stessa delle speculazioni finanziarie e la precarietà del lavoro – incidono rispetto a tale questione.

La mia seconda domanda è invece relativa ai fondi sanitari. Molto spesso, durante le audizioni svolte, abbiamo rilevato un aspetto: di fatto, nella richiesta delle persone che hanno aderito a fondi integrativi o a forme assicurative integrative, questi non vengono più utilizzati sulla specialistica o sulla straordinarietà, ma per le disfunzioni del nostro servizio sanitario vengono ormai utilizzati per la normalità, ossia quello per cui generalmente non si dovrebbe avere bisogno di avere il fondo.

Ci si avvale invece degli ospedali per le cose più complesse e più costose, come gli interventi chirurgici.

Come si può invece creare un sistema anche di rapporto pubblico-privato che faccia ritornare la sanità integrativa alla sua natura, che è quella integrativa, e che non porti invece a questo scambio di ruoli la cui conseguenza sono, tanto per cominciare, l'emarginazione di coloro che non possono consentirsela e, alla fine, un aggravio sui costi della sanità pubblica, perché se per tutto quello che è più complesso ci si rivolge alla sanità pubblica, ma non per il resto? È ovvio che così i totali purtroppo sono a scapito della sanità pubblica.

MAZZELLA (M5S). Signor Presidente, la domanda che ha fatto la mia collega Furlan vorrei che fosse anche meglio chiarita attraverso una sua risposta sulle modalità con cui effettivamente si passa da un sistema integrativo a uno sostitutivo e quindi su cosa significa effettivamente quello integrativo rispetto a quello sostitutivo, altrimenti stiamo parlando di qualcosa di diverso.

Lei ha parlato infatti di secondo pilastro, ma in realtà le assicurazioni ne introdurrebbero realmente un terzo, perché il secondo attuale è quello convenzionato pubblico, che integra il sistema nella sanità.

C'è poi un'altra considerazione sulla quale gradirei un suo approfondimento e una sua risposta: chi effettivamente non potrà permettersi un'assicurazione sanitaria, in che modo potrà realmente garantirsi una qualità della salute esattamente uniforme su tutto il territorio nazionale, visto che abbiamo già disuguaglianze sanitarie che corrispondono a disuguaglianze di reddito e di accesso alla sanità?

In che modo si pensa di poter intervenire in questo campo, lì dove si introducano strumenti per intercettare più concretamente una quota maggiore di questi 40 miliardi della spesa *out of pocket*?

PIRRO (M5S). Signor Presidente, in parte per deformazione, in parte per il *focus* principale di questa Commissione, stiamo facendo tutti qualche osservazione in più sulla parte sanitaria rispetto a quella dell'integrazione pensionistica, che pure prima o poi dovremo affrontare con molta attenzione, proprio per le questioni che ha sollevato la presidente Farina, relative alla povertà contributiva che ha una larga parte dei nostri giovani. Sul tema c'è una serie di proposte che erano state avanzate tra l'altro anche dal precedente presidente dell'INPS Tridico, relative a un fondo integrativo e a una sorta di garanzia giovani per poter riempire i buchi contributivi sempre presso l'INPS. Ci sono diverse soluzioni che potremmo affrontare e valutare: è sicuro che il problema esiste e, prima ne prendiamo atto tutti quanti, prima potremo uscirne pensando prevalentemente al loro futuro.

Spesso sentiamo che nelle polizze integrative proposte dalle varie compagnie o banche c'è una questione dei costi accessori sulle quote versate, soprattutto nel caso in cui, ove previsto, si vogliano prelevare somme in anticipo per determinate esigenze, perché sono applicate penalizzazioni importanti: una riflessione quindi andrebbe forse fatta anche su questo. È ovvio che ciò riguarda i singoli contratti e le singole fattispecie, però tra i vari problemi c'è anche questo, che poi ci si ritrova con capitali a valle più piccoli di quelli che potenzialmente si potevano presumere.

Per quanto riguarda invece la parte relativa alle polizze *welfare* sulla sanità, come i colleghi, avanzo la preoccupazione che nella realtà siano sempre più utilizzate in sostituzione della sanità pubblica, laddove è carente, piuttosto che a sua integrazione. Questo probabilmente anche per un *deficit* legislativo a monte, in cui le percentuali su questi punti sono state forse troppo generose in una direzione o troppo poco ferme nella

parte d'integrazione rispetto a quella di sostituzione. Lo dico a noi stessi come legislatori: forse una riflessione su questo dovremmo farla.

Quello che mi preoccupa invece è l'allarme che mi arriva spesso da assistiti che hanno sottoscritto polizze (nella maggior parte dei casi la questione riguarda quelle sottoscritte in favore dei dipendenti dai datori di lavoro), in cui sempre più spesso ci troviamo condizioni di applicazione particolarmente compressive della libertà di scelta del medico da parte dell'assicurato che, soprattutto quando si tratta di prestazioni odontoiatriche, è costretto a rivolgersi esclusivamente alle strutture convenzionate (e posso capire l'utilità della cosa). Immagino che quest'affermazione da parte mia non vi stupisca, perché l'emendamento che ho presentato diverse volte ha fatto il giro del mondo, ricevendo anche pareri contrari fantasiosi, per così dire. (*Commenti*). Mi rendo conto di aver creato subbuglio, ma probabilmente il mio intervento su un tema che sicuramente tocca corde cui siete sensibili era atteso.

Cerco di completare sinteticamente, signor Presidente: la questione è l'obbligo di rivolgersi esclusivamente ai centri convenzionati. Posso capire che possa aiutare a contenere i costi delle prestazioni – e finché ragioniamo di contenimento dei costi, posso anche essere d'accordo con voi – ma siccome esistono comunque formule alternative che prevedano tetti di rimborsabilità per l'assistito pari a quelle dell'erogazione della prestazione presso il centro convenzionato, laddove esiste questa possibilità, non capisco più perché venga limitata la libertà dell'assistito in questo senso.

Ho più volte provato a intraprendere interlocuzioni su tale aspetto: mi farebbe piacere una riflessione accurata da parte vostra sul punto, anche perché la fiducia medico-paziente è fondamentale.

Mi fermo qua, perché non voglio affrontare il problema degli scandali di varie cliniche largamente diffusi sul territorio nazionale, poiché cerchiamo sempre di considerarli come aspetti negativi occasionali e non strutturali, ma le criticità esistono.

ZULLO (*FdI*). Signor Presidente, nel ringraziare innanzitutto gli auditi per l'apporto che ci hanno fornito in quest'audizione, voglio ricondurli alle finalità iniziali di queste audizioni, che partono da un intento e un obiettivo che vorremmo raggiungere: capire come organizzare meglio questo secondo pilastro, in funzione anche dell'efficienza del primo.

Oggi nelle nostre discussioni vengono in parola due termini: sostitutivo e integrativo. Penso che qui stia la domanda, perché bisognerebbe esaminare, capire e dare i limiti del sistema sostitutivo e quelli dell'integrativo. Capisco che il sostitutivo è forse un derivato dell'inefficienza del Servizio sanitario nazionale. Noi dovremmo capire quali sono i limiti dell'integrativo, perché molto spesso capita che si facciano dei pacchetti di prestazioni perché vengono offerti, ma questo non è fare salute, non è fare medicina, se avviene in assenza di un'indicazione: posso fare tutte le analisi, ma senza partire da una valutazione preventiva delle necessità di approfondimento diagnostico penso che sia uno spreco di risorse e qual-

cosa che lede la dignità della persona, che magari si trova a fare degli accertamenti che possono non essere utili e anche sviare dalle vere necessità.

La mia domanda è quale contributo potete fornirci per capire il limite del sistema sostitutivo, che è un derivato, cioè deriva da uno stato di necessità della persona che non riesce ad accedere alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale e quindi utilizza questo servizio, ma non dovrebbe essere così. Chiedo inoltre quali possono essere le possibilità d'integrazione, cioè se devono intervenire rispetto ai LEA oppure rispetto a tutto quello che non è compreso in tali livelli. Chiedo poi come questa integrazione s'interseca sullo stato di salute della persona, quindi non pensando più di effettuare pacchetti di prestazioni avulsi da una valutazione preventiva, da una visita medica che indirizza specificatamente gli accertamenti diagnostici verso un particolare sospetto e non seguendo un ragionamento per cui una persona, siccome ha quattro pacchetti all'anno, li utilizza, anche se magari non le servono.

MURELLI (*LSP-PSd'Az*). Signor Presidente, rispetto a quanto ha appena enunciato il senatore Zullo vorrei aggiungere che non andrebbero fatte discriminazioni, perché molto spesso a seconda dell'anamnesi che viene fatta, l'assicurazione ha un costo maggiore per una persona con più patologie o con certi tipi di patologie. Inoltre, è vero che è meglio non fare un pacchetto di esami già prestabilito, ma andare ad approfondire le condizioni di una persona nel suo complesso.

Un'altra tematica che invece vorrei sottolineare riguarda il *welfare* aziendale, perché sicuramente l'assistenza sanitaria e anche quella previdenziale che viene offerta come integrativa a molti dipendenti è un tema importante, perché i servizi che lo Stato non riesce a fornire vengono offerti dalle aziende tramite *welfare* aziendale. Bisogna poi considerare i dipendenti privati, pubblici e anche i liberi professionisti, che poi si devono fare dei pacchetti a parte. In questo senso vorrei capire se si può allargare il *welfare* aziendale, in modo che sia sempre più vicino alle esigenze, considerando anche l'invecchiamento della popolazione e che molto spesso i dipendenti devono farsi carico delle spese per far fronte anche all'assistenza genitoriale, che è un altro tema di attualità.

PRESIDENTE. Vorrei fornire due elementi a beneficio del dibattito. In primo luogo ricordo a me stesso che, com'è noto, la Costituzione prevede la libertà di cura; in secondo luogo – lo dico alla collega Furlan come nota a margine – ricordo che la polizza meno costosa è quella per i grandi interventi. È vero che la sanità pubblica diventa l'elemento di riferimento per i grandi interventi, quindi per la maggiore complessità di cura, ma è anche vero che il sistema delle assicurazioni costa meno laddove ci si assicura sui grandi rischi e sui grandi interventi. Pertanto, bisogna sempre tenere d'occhio il quadro complessivo, ivi compreso il fatto che, a differenza dei sistemi di previdenza nella sanità integrativa, che hanno margini di pubblico e di pubblica utilità, il sistema delle assicu-

razioni risponde correttamente e legittimamente a logiche prettamente di mercato, per cui le assicurazioni devono fare bilanci perché a loro è richiesto di farlo.

FARINA. Signor Presidente, ho preso degli appunti, ma forse non sono riuscita a segnare tutte le domande, quindi magari chiederò di ripetere velocemente alcune.

La senatrice Furlan ha fatto riferimento a temi inerenti la previdenza integrativa, sui quali mi trova totalmente d'accordo. Oggi il tasso di adesione alla previdenza integrativa generale italiana è intorno al 25 per cento, quindi una persona su quattro accede alla previdenza integrativa. Questa percentuale si abbassa per i giovani e per le donne, soprattutto per i giovani e le donne che stanno al Sud e pertanto, paradossalmente, l'adesione è ancora più bassa per chi ne avrebbe più bisogno, perché i nostri giovani avranno delle percentuali di pensione pubblica, di primo pilastro, probabilmente più basse proprio per i motivi che diceva: si accede al lavoro più tardi, il lavoro è precario, si studia di più. Tanti motivi portano a ritenere che la sostituzione tra stipendio e pensione sarà sempre più bassa.

In questo studio che abbiamo fatto e che abbiamo portato alla vostra attenzione abbiamo innanzitutto pensato che bisogna creare consapevolezza, perché non tutti i lavoratori sanno quale sarà la pensione che riscuoteranno, quindi bisognerebbe informare con un'altra busta arancione o qualcosa del genere, perché tutti sappiano quale sarà. Occorrerebbe poi un *database* completo di pensione pubblica, pensione integrativa, e varie forme accumulate, in modo che il lavoratore conosca la sua posizione e possa gestire con consapevolezza il reddito della propria vecchiaia.

Per i giovani abbiamo chiesto, ad esempio, che il *plafond* di deducibilità oggi previsto per ciascuno di noi possa essere applicato anche ai nipoti e ai figli; cioè, in modo che se non utilizzato completamente, degli incentivi totali possano essere utilizzati per un figlio o per un nipote che fa fatica ad avere risorse disponibili per accedere direttamente ai piani di previdenza integrativa. Bisogna comunque considerare che basta che un giovane versi veramente poco al mese, perché i tanti anni fino alla vecchiaia e la capitalizzazione di quei fondi diano comunque origine a una buona integrazione della pensione pubblica. Occorrono quindi consapevolezza, educazione finanziaria, possibilità affinché i genitori possano pagare per i figli o addirittura per i nipoti.

Sono totalmente d'accordo con quanto è stato detto riguardo alla tassazione dei rendimenti, che non solo è cresciuta ed è molto vicina a quella dei rendimenti *tout court* di ogni forma finanziaria, ma addirittura è applicata anno per anno, riducendo la capitalizzazione che va ad accrescere la pensione anno per anno. In molti Paesi, invece, questo prelievo viene fatto quando si accede alla prestazione e ciò renderebbe la pensione integrativa più alta nel tempo. La tassazione incide molto sui rendimenti, specialmente sui giovani, quindi in quell'ambito c'è qualcosa

da rivedere; proposte ne abbiamo fatte, ne possiamo discutere quando volete, ma le cose che faceva presente sono sacrosante.

Altri senatori, come Mazzella e Zullo, hanno fatto un discorso abbastanza simile in tema di salute; poco fa il senatore Zullo diceva che l'assistenza sanitaria integrativa è diventata sostitutiva, perché è venuta meno la prestazione pubblica. Come dicevo nella mia breve introduzione, le risorse si devono integrare. Oggi sanità pubblica e sanità privata non si parlano e questo non va bene, bisogna trovare un sistema integrato che metta a fattor comune le risorse, ma faccia anche ordine nelle prestazioni. Ad esempio, probabilmente per la prevenzione la sanità privata potrebbe essere più efficiente di quella pubblica, quindi è opportuno definire il campo di gioco. La decisione deve sempre essere pubblica, cioè chi deve definire il sistema è il pubblico; il privato, se vuole, dà il suo apporto di pensiero, di competenze, ma il sistema complessivo lo deve definire il pubblico. In quel sistema, però, è utile e a mio avviso addirittura indispensabile per come siamo messi oggi con la finanza pubblica, che siano messe a fattor comune risorse pubbliche e private.

Per questo se una cittadina dopo sei mesi o un anno non riesce a fare una mammografia nel pubblico, accede al privato e purtroppo lo fa mettendo mano al proprio portafoglio, che è il modo peggiore di spendere, perché se non ha disponibilità deve rinunciare alle cure. Non è una questione di spendere meglio o peggio, è una questione di vivere o non vivere. A questo punto, allora, sarebbe molto meglio accedere a un sistema mutualizzato, dove sono in tanti a essere esposti allo stesso rischio e si sa grazie alla statistica che solo alcuni si ammaleranno, i tanti si divideranno il costo di pochi, quindi saranno tutti più tranquilli, perché i pochi che avranno diritto a quella prestazione non saranno limitati dal proprio reddito, perché il premio che avranno pagato sarà stato di gran lunga inferiore al costo delle cure in caso di malattia. Il fatto di passare da una spesa di tasca propria a una spesa mutualizzata tra chi è soggetto allo stesso rischio fa una grande differenza in termini di costo vivo. In più, se si riescono a fare prestazioni integrate tra pubblico e privato e non sovrapposte, sicuramente c'è un'efficienza di spesa evidente.

La senatrice Pirro ha fatto domande sulle convenzioni.

PRESIDENTE. Sul fatto che questi rapporti contrattuali nascondano certe clausole.

FARINA. Intanto diciamo che i contratti previdenziali fondi pensione sono fatti a norma di legge, quindi non hanno costi aggiuntivi né vincoli; se prendo un contratto vita qualunque, ci può essere una differenza tra una compagnia e un'altra, c'è la più costosa e la meno costosa. Per i fondi pensione però, i costi sono quelli che la norma prevede possano essere applicati.

Per quanto riguarda la sanità, facciamoci un discorso chiaro: il convenzionamento, perché è stato introdotto, perché le assicurazioni hanno aderito, hanno promosso questa forma che permette di arrivare a una pre-

stazione su un regime convenzionato con le strutture mediche? Lo hanno fatto perché costa tanto di meno: infatti, se il singolo va presso una clinica a fare un'analisi del sangue paga una certa cifra, ma se ci vanno mille persone a fare quella stessa analisi e la compagnia di assicurazione è in grado di assicurare le mille prestazioni, perché ha mille clienti, quella prestazione costerà molto meno e quel « molto meno » si riflette sul premio che poi il singolo paga. Pertanto il convenzionamento permette di abbassare i costi ed è obbligatorio solo si sottoscrive una polizza che prevede il convenzionamento diretto, cioè dove la persona non paga la prestazione, ma la paga direttamente la compagnia assicurativa, che grazie al convenzionamento controlla i suoi costi. Il premio, quello che l'assicuratore incassa, è definito in relazione a ciò che si prevede di spendere. Se il premio è fatto sulla base di premi da convenzione, è necessario accedere alle strutture convenzionate, altrimenti si va a gambe all'aria. Il motivo è quello di andare incontro ai clienti e non di fare il loro male. Da questo sono nate le convenzioni che poi – lo ripeto – non sono obbligatorie nella forma indiretta.

PIRRO (M5S). Ma non esiste più la forma indiretta. È quello il problema. Le polizze non la prevedono più. Stiamo parlando proprio di quello.

FARINA. No, non è vero che non esiste. Non mi risulta, potrebbe essere stata una singola compagnia ad aver scelto questa strada.

PIRRO (M5S). Moltissime.

FARINA. Ma io sono assicurata. Costano di più per il motivo che ho detto un minuto fa, ma esistono, altroché. Io ieri ho fatto un'analisi in forma indiretta presso una struttura scelta da me con un'assicurazione, ho pagato e poi chiederò il rimborso, ma con una polizza normale, non con una polizza speciale.

PIRRO (M5S). Ci sono polizze *welfare* aziendali date dal datore di lavoro al dipendente che prevedono che ci si possa rivolgere solo ai centri convenzionati, escludendo la forma indiretta. Io invece chiedevo un vincolo di legge che non escludesse mai la forma indiretta.

PRESIDENTE. Come sa, questo risponde a criteri di economicità.

FARINA. Se posso, vorrei solo precisare che le polizze alle quali si riferisce sono le cosiddette polizze collettive (in gergo assicurativo), che sono stipulate tra datori di lavoro e sindacati; le condizioni sono fissate a quel livello, non dal singolo, e a quel livello sono fissate con l'obbligatorietà della prestazione convenzionata perché costano pochissimo. Si rende conto che in alcuni casi con 100, 200, fino a 300 euro si fa una

copertura assicurativa sulla salute della persona che copre moltissime prestazioni? Come reggerebbe quel fondo sanitario se avesse prestazioni da strutture non convenzionate? Andrebbe a gambe all'aria.

Per rispondere alla domanda del senatore Zullo, diciamo che anche se vengono offerti pacchetti, il ramo malattia (è questo il nome corretto) non opera se non c'è una malattia, quindi non si danno prestazioni a chi non è malato, a meno che non ci siano pacchetti di prevenzione o di assistenza. Detto questo, ogni prestazione di salute è su prescrizione medica, quindi è il medico che decide qual è la prestazione e l'assicurazione fa l'erogazione solo su quelle basi.

Spero di aver risposto esaurientemente.

PRESIDENTE. Ringrazio i rappresentanti dell'ANIA per la loro presenza e dichiaro conclusa la presente audizione.

I lavori, sospesi alle ore 15,55, sono ripresi alle ore 16,05.

PRESIDENTE. Colleghi, riprendiamo i nostri lavori, che ora proseguono con l'audizione di rappresentanti di Unipol.

Sono presenti Giovanna Gigliotti, amministratore delegato di UniSalute, Stefano Genovese, *head of Institutional & Public Affairs* di Unipol, ed Elisabetta Pugliese, responsabile *policy unit of Institutional & Public Affairs*. Do il benvenuto della Commissione a tutti i nostri ospiti e do la parola alla dottoressa Gigliotti, che pregherei di contenere la durata del suo intervento entro i dieci minuti, in modo da dare spazio ai colleghi per una interlocuzione.

GIGLIOTTI. Signor Presidente, abbiamo seguito anche le altre audizioni e abbiamo cercato di raccogliere tutte le informazioni.

Mi limito a porgervi i miei saluti e i miei ringraziamenti per questo invito, per entrare subito nel merito delle questioni, cercando di ottemperare alla sua richiesta di brevità, che in questi termini è una sfida quasi impossibile, ma farò del mio meglio. Sapete che il gruppo Unipol si occupa da sempre sia di previdenza complementare che di sanità integrativa, oltre a promuovere, insieme a *The European House – Ambrosetti*, il *think tank Welfare Italia*, che per noi è un momento di studio e di ricerca e i dati che vi proporrò vengono proprio da questa fonte. Personalmente, mi occupo di entrambe le materie, perché come amministratore delegato di UniSalute seguo la sanità integrativa e anche la parte relativa alla previdenza nel ruolo di *Chief Life and Health Officer* di UnipolSAI.

La compagnia UniSalute, che qui rappresento, da ventotto anni segue il tema della sanità integrativa; è nata sull'onda dei vari provvedimenti, da ultimo il decreto Sacconi del 2009, che hanno ampliato e lanciato la necessità di coprire in maniera integrata tutto il mondo del lavoro con formule di sanità integrativa. Oggi, come vedete nella prima *slide* che vi propongo, il 42 per cento delle imprese italiane ha varie forme di sanità integrativa; a livello nazionale si stima che circa 15,6 milioni di

lavoratori godono di questa copertura. I fondi sanitari integrativi sono cresciuti dal 2012 al 2019, ma ancora più importante è la crescita del numero delle persone che aderiscono ai fondi. Come dicevamo, si stimano 15,6 milioni; di questi, 6 milioni sono gestiti da UniSalute, quindi noi siamo un *player* che da anni segue il mondo del lavoro; naturalmente, lo facciamo insieme ai fondi e cerchiamo di creare delle soluzioni assicurative che abbiano stretta attinenza ai *target* di riferimento, perché il mondo del lavoro non è uguale e quindi dobbiamo cercare di trovare il modo di gestire anche evitando, se possibile, con la prevenzione lo sviluppo e l'insorgenza di patologie anche di tipo lavorativo.

Nel 2019 si stimava un contributo di spesa di circa 3 miliardi, ma di fatto negli ultimi due anni, in particolar modo dopo il Covid, nel 2023 abbiamo osservato una crescita esponenziale della frequenza. Sapete che le liste d'attesa e i disagi stanno portando tutte le persone che godono di questa copertura a ricorrere alle cure in alternativa al Sistema sanitario nazionale.

Noi abbiamo esemplificato, ma penso che su questo siamo tutti abbastanza d'accordo, che oggi il sistema salute del nostro Paese possa essere visto sulla base di tre pilastri: il primo è il Servizio sanitario nazionale unico, universale, imprescindibile e rispetto a questo non abbiamo mai avuto dubbi sul fatto che è la prima forma che un Paese civile deve avere e va salvaguardato a tutti i costi. Abbiamo poi le forme sanitarie collettive: oggi parliamo dei fondi, ma sapete bene che ci sono anche le casse professionali e le mutue, che oggi riguardano circa 16 milioni di persone. Da ultimo, ci sono le parti private pure, composte da poche polizze individuali e da molta spesa cosiddetta *out of pocket*. Sapete benissimo che parlo di cifre importantissime: abbiamo superato i 41,5 miliardi, ma torneremo su questi dati più avanti.

Cercando di sintetizzare sul punto, perché ho sentito che nelle altre audizioni molte cose le avete già condivise con altri relatori, i fondi sono di tipo A e di tipo B, dove per tipo A si intendono le prestazioni esclusivamente integrative al Sistema sanitario nazionale e per tipo B quelle prestazioni sostitutive che è possibile avere, ma con il vincolo che pone il decreto Sacconi ogni fondo di tipo B deve avere almeno un 20 per cento di risorse a copertura delle prestazioni integrative. Passando ai dati relativi alla nostra esperienza, i fondi di tipo B oggi non solo ottemperano alla normativa, ma a dir la verità si comportano in maniera ancora più diligente, cioè il 30 per cento è costituito da prestazioni non coperte dai LEA e tutto il resto da prestazioni integrative al Servizio sanitario nazionale. In gran parte, parliamo di prestazioni odontoiatriche, perché sappiamo che questo è un tema che il servizio sanitario da tempo non affronta più e poi cerchiamo naturalmente, per le prestazioni complessive, di migliorare l'efficienza del sistema. I fondi sanitari nel loro nascere, soprattutto quelli più elitari – nella storia dei fondi naturalmente sono partiti per primi i fondi dei dirigenti piuttosto che quelli delle grandi aziende per il personale impiegatizio – hanno scelto la strada dell'auto-gestione, cioè quella di accumulare la disponibilità economica e poi far

fronte direttamente alla gestione delle erogazioni. Oggi, però, con questi numeri, chi si è affidato e la gran parte dei grandi fondi nazionali ha affidato la gestione ad operatori specialistici come le compagnie di assicurazione. Trasferire il rischio ad un operatore professionale riduce il rischio del *default* del fondo, perché chiaramente oggi abbiamo un'importante oscillazione di frequenza legata al numero delle prestazioni e il costo delle prestazioni, come sapete, sta aumentando. La gestione professionale e assicurativa, quindi, consente una mutualità complessiva che garantisce anche i fondi da eventuali criticità. In questo momento le gestioni collettive sono una realtà concreta, perché 16 milioni di persone ne usufruiscono e dalle indagini condotte attraverso il nostro osservatorio sulla sanità insieme a Nomisma sul *sentiment* delle persone che seguiamo, emerge che oggi tutte le persone dipendenti che godono di questa previdenza non ne farebbero a meno, in quanto la considerano un momento centrale per la soluzione dei loro problemi. Naturalmente l'aspetto della gestione collettiva mutualistica, nonché – lasciatemi dire – obbligatoria, consente a noi con una cifra irrisoria (le cifre destinate alla sanità integrativa sono circa 100 euro all'anno *pro capite* nella contrattazione collettiva) di gestire un numero importantissimo di prestazioni, naturalmente con un costo più contenuto perché negoziamo il costo delle singole prestazioni con le reti convenzionate, ottenendo un prezzo di maggiore vantaggio. Quello che però è secondo noi più importante è il fatto che con questa modalità non si esclude nessuno: tutte le persone fragili, le persone con patologie e con cronicità a rischio sono comunque comprese dalle coperture dei fondi sanitari. Queste stesse persone in modalità diretta privata non riuscirebbero a ottenere la copertura o dovrebbero spendere cifre impensabili.

Il terzo pilastro è certamente la spesa *out of pocket*. Nel nostro Paese, di questa spesa solo l'11 per cento è intermediato dalle compagnie di assicurazione, mentre in Germania la percentuale è del 20 per cento, nel Regno Unito è del 25, in Spagna e in Francia del 43. Il sistema francese, con la *Sécurité sociale* e con le *mutuelles*, di fatto ha una qualche similitudine con il nostro, perché c'è appunto la copertura generalista e generale del sistema nazionale e poi le mutue sono addirittura talmente organizzate che hanno dato vita a delle compagnie di assicurazione. In Italia si pone un tema molto importante, che è quello di porci l'obiettivo, se ci riusciamo, di canalizzare verso operatori specialistici una cifra superiore di quella che oggi è canalizzata della spesa *out of pocket*, perché sappiamo che su questa spesa una forte componente è dedicata ai farmaci, circa 10-12 miliardi di euro, ma tutte le altre prestazioni naturalmente vengono erogate a prezzi di mercato e non sempre vengono fatturate e anche questo è un tema importante, perché i fondi garantiscono una *compliance* fiscale, in quanto tutto quello che viene pagato da una compagnia di assicurazione è sempre fatturato.

Oggi dal nostro osservatorio vediamo che c'è una importante parte di popolazione che rinuncia alle visite specialistiche e naturalmente tale rinuncia è più forte nelle aree geografiche del Sud. Qui si apre una ri-

flessione probabilmente a voi nota: è vero che il nostro Servizio sanitario è nazionale, ma le Regioni, anche prima del Covid, non garantivano la stessa qualità delle prestazioni e questa fotografia secondo noi è perfettamente confrontabile con un'altra che è quella della presenza e della distribuzione territoriale dei fondi sanitari. Dalla grafica potete vedere che i fondi sanitari sono presenti prevalentemente al Centro-Nord, con una grande presenza nel Lazio e poi nelle Regioni del Nord, in particolare in Lombardia, Regione nella quale insiste il 30 per cento del totale dei beneficiari. Questa rinuncia alle cure è probabilmente data anche dal fatto che nelle Regioni del Sud c'è una minore presenza della sanità integrativa, che comunque, come dicevamo, nel mondo del lavoro è una realtà che accompagna tutte le persone, soprattutto quelle che hanno un reddito *pro capite* medio-basso e questa a mio avviso è la grande valenza sociale dei fondi sanitari, perché con pochi euro – perché 100 euro annui pro capite sono davvero pochi – si garantisce la sanità integrativa a milioni di persone, che certamente non sono quelle che ricorrono alla spesa *out of pocket*, perché con redditi annui fra i 15.000 e i 20.000 euro annui è difficile programmare delle spese e altrimenti si rinuncia alle cure. La spesa intermediata, come dicevamo, ha un'importante *compliance* fiscale e i fondi, insieme alle compagnie di assicurazione, hanno anche la possibilità di calmierare i prezzi delle prestazioni sanitarie. Di questo, magari, le categorie sanitarie un po' si lamentano, perché vorrebbero prezzi più alti, ma come sempre nel mondo la regola è che se si generano grandi volumi si danno comunque dei vantaggi. A questo proposito, voglio aggiungere una considerazione che secondo me vi può essere utile: la canalizzazione che fa un operatore specialistico porta il cliente presso una struttura convenzionata ed è lì che vanno i soldi che sono previsti dalla compagnia di assicurazione, ma una volta che il paziente è fidelizzato, accederà anche alle prestazioni a pagamento sempre nella stessa struttura.

Questo mondo così regolato certamente crea dei vantaggi e soprattutto è una realtà di grande consistenza. Ci sono sicuramente dei temi aperti, noi siamo convinti che sia importante fare uno sforzo per individuare meglio le prestazioni extra LEA per fare chiarezza, è giusto monitorare i fondi e magari prevedere un'*authority*, esattamente come per i fondi di previdenza complementare; dobbiamo migliorare il monitoraggio, ma dobbiamo, a nostro avviso, anche superare la ripartizione tra il fondo A e B, proprio per evitare confusione. Andiamo sui fondi di tipo B, ma cerchiamo di lavorare affinché ci sia un incremento reale, soprattutto del mondo del lavoro nelle Regioni del Sud, affinché anche quelle diversità oggettive che abbiamo visto, con questo sistema, possano essere in qualche modo mitigate. È chiaro che non è che con i sistemi di sanità integrativa superiamo le disuguaglianze tra Nord e Sud, ma questo è un ulteriore elemento che lo può mitigare.

Se siete d'accordo, passerei alla previdenza complementare, perché il parallelismo fra i due mondi c'è, ma esistono delle differenze che vorrei condividere con voi. Anche a questo riguardo ci pare che siano indivi-

duabili i tre pilastri: il primo è quello della previdenza obbligatoria INPS, il secondo è quello dei fondi pensioni negoziali, ai quali i lavoratori aderiscono in forma collettiva e il terzo è quello delle forme di previdenza integrativa individuali.

Parliamo di un gettito di contributi della previdenza integrativa di circa 18 miliardi di euro all'anno che vengono raccolti e trasferiti su operatori professionali: compagnie di assicurazioni o società di gestione del risparmio (SGR). Anche questo è un mondo che, come avete visto, è cresciuto negli ultimi dieci anni e in maniera significativa. Esattamente come per la sanità integrativa, guardando anche in questo caso alla cartina dell'Italia, vedete che, come i fondi sanitari, anche le forme pensionistiche complementari sono sempre più presenti nel Nord dell'Italia, con un 36 per cento della forza lavoro, quindi circa 9 milioni di persone che hanno questa tutela. Il tasso, tuttavia, non è omogeneo e su questo, così come abbiamo detto prima, forse vale la pena aprire una ulteriore riflessione, perché continuiamo a lasciare aperta questa forbice di disegualianza. Il gettito della previdenza integrativa è, come abbiamo visto, di 18 miliardi all'anno, la massa complessiva delle risorse gestite è di 205 miliardi di euro. Quanto alla composizione di questi fondi, il 31 per cento sono fondi preesistenti, il 29,7 sono fondi negoziali, poi ci sono i fondi aperti e i piani individuali pensionistici. C'è un'incidenza importante, ma certamente non sufficiente, anche perché vi vorrei far notare – la cosa ci pare meriti un'ulteriore riflessione – che il sistema accoglie prevalentemente uomini di età matura residenti al Nord, mancano i giovani, mancano le donne, che sono in genere soggetti con forte discontinuità lavorativa e sono meno presenti, quindi siamo di fronte a due tipi di discriminazione: quella geografica (a discapito del Sud) e quella di genere.

Cosa auspicheremmo che si potesse fare in merito? Innanzitutto che si incentivasse il sistema previdenziale in particolar modo nelle Regioni del Sud, ma soprattutto che si favorisse il risparmio fin dai primi anni di età di vita e si favorisse l'adesione alle forme previdenziali cercando di creare un sistema il più possibile flessibile.

Abbiamo letto anche l'audizione della COVIP e siamo assolutamente d'accordo nel riproporre le opportune correzioni per l'iniziativa del silenzio assenso per raccogliere un maggior numero di adesioni e fare in modo che aumenti la popolazione della previdenza complementare, magari prevedendo anche delle procedure telematiche affinché i giovani si avvicinino al mondo del lavoro. Oggi chi ha figli paventa che probabilmente avranno problemi ad avere una pensione adeguata, ma se così è, a maggior ragione dobbiamo fare in modo che fin da subito entrino in questo mondo e abbiano la possibilità di accumulare.

Quanto alla flessibilità, proponiamo alcune riflessioni, innanzitutto sulla portabilità dell'ammontare della deducibilità fiscale: soprattutto quando c'è un anno in cui non si ha la capacità, sarebbe utile avere la possibilità di far di più l'anno successivo. Auspicheremmo anche che si potessero avere anticipazioni straordinarie anche prima degli otto anni,

ma a nostro parere sarebbe opportuno considerare la possibilità di trasferire ai figli la posizione maturata dal titolare del pensionamento, perché parliamo comunque di soldi che sono del lavoratore e che vengono accumulati a suo beneficio, quindi si potrebbe lasciare a lui la possibilità di scegliere se prenderne una parte e magari destinare al figlio una ulteriore parte.

Venendo alle considerazioni complessive, sperando di non essere stata approssimativa nel mio sforzo di brevità, le due forme di sanità integrativa e di previdenza complementare sono due pilastri fondamentali per il sistema di *welfare* del nostro Paese. Sono entrambe, come abbiamo visto, mature ma rispetto alle considerazioni che facevamo prima possono essere ulteriormente incentivate soprattutto al Sud. Parliamo, però, di due modelli che hanno naturalmente delle importanti differenze: la sanità integrativa, come dicevo prima, è un rischio assicurativo, laddove l'utilizzo della obbligatorietà e della mutualità è indispensabile per poter garantire l'assistenza a prezzi molto contenuti, ma soprattutto le regole che sono tipicamente assicurative hanno bisogno di grandi masse, perché altrimenti si va in anti-selezione: non potremmo, come dicevo prima, garantire le persone fragili, le persone con criticità, che come sapete in Italia sono più di 24 milioni. Il sistema, quindi, è e dovrebbe rimanere un sistema gestito dalle compagnie di assicurazione.

La previdenza complementare, invece, è una forma di accumulo delle risorse, sono beni del lavoratore che vengono accumulati. È giusto gestirla in modo organizzato perché anche qui c'è il rischio finanziario, che naturalmente l'operatore professionale garantisce meglio dalle oscillazioni. Auspichiamo che vi sia un aumento del numero dei contribuenti, ma questo nell'interesse della collettività, ci aiuterebbe a superare parte delle disuguaglianze, non c'è il vincolo dell'obbligatorietà, perché comunque, anche se è volontario e non è continuativo, durante il corso della vita del lavoratore non c'è nessuna spesa da parte del gestore, non c'è nessun rischio e quindi da questo punto di vista il fatto che non siano completamente obbligatori va bene.

Aggiungo una piccola riflessione che non ho inserito nelle *slide* ma che ritengo sia importante. Il nostro è un Paese in cui il numero delle persone anziane sta aumentando tanto e quindi ci dobbiamo preoccupare del futuro e dei tanti anziani che abbiamo. Ebbene, oggi non esiste una polizza *long time care* obbligatoria, ma secondo noi questo è, invece, un tema che va tenuto in grande considerazione. Tale polizza potrebbe essere abbinata sia alla polizza di sanità integrativa, sia alla polizza di previdenza complementare, perché entrare nella *long time care* a trent'anni consentirà ad una persona, quando andrà in pensione e non avrà nessun tipo di tutela e probabilmente non avrà neanche più i figli che la possano assistere, di poter avere un contributo reale per poter gestire quelle disabilità che oltre una certa soglia di età sono quasi inevitabili.

PRESIDENTE. La ringrazio, dottoressa Gigliotti, e mi complimento per la sintesi.

MAGNI (*Misto-AVS*). Ringrazio la dottoressa Gigliotti per l'esposizione, ma vorrei fare alcuni rilievi. Trovo che sia abbastanza fisiologico che i numeri relativi alla presenza di questi fondi siano più alti al Nord, dove è più alto il tasso occupazionale e dove è più concentrata la ricchezza, e con riferimento alla popolazione maschile. Del resto, Previlabor e UniSalute sono nati a Bologna, lo ricordo perché facevo il sindacalista e so bene che questi fondi sono stati creati, appunto, da chi stava meglio. Mi sembra difficile pensare di estendere questi fondi al Sud, dove non c'è lavoro, oppure alle donne o ai giovani, che hanno un lavoro discontinuo. È chiaro che questa relazione pone a noi legislatori una riflessione che non è solo sul funzionamento della previdenza integrativa, ma su come fare in modo che in questo Paese tutti abbiano le stesse opportunità. Mi pare che questo sia il punto centrale della discussione.

PRESIDENTE. Mi pare di capire che il senatore Magni stia sottolineando che la sfida è quella di strutturare il secondo pilastro come il primo, cioè a carattere universalistico.

MAGNI (*Misto-AVS*). No, signor Presidente, lei sa bene come la penso: i servizi e lo Stato sociale vanno garantiti con le tasse, ed è per questo che penso che vadano pagate. Questo è difficile, però, se tutti pensano che si possa non pagare, perché un altro tema di discussione è che per tutti questi *benefit* intervenga lo Stato con la defiscalizzazione, così impoveriamo i più fragili ed arricchiamo quelli che stanno meglio, come me.

GIGLIOTTI. Forse sarebbe il caso di raccogliere altre domande, perché questa più che una domanda mi è parsa una considerazione.

PRESIDENTE. Dottoressa Gigliotti, nel ringraziarla per il suo contributo, le dico che vorremmo averla nuovamente con noi nella prossima tornata di audizioni, anche per rispondere ad alcuni dubbi legati appunto alle polizze collettive. Il seguito dell'audizione dei rappresentanti di Unipol è pertanto rinviato.

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

I lavori terminano alle ore 16,30.