



Newsletter Aris

n° 745 – 31.07.2026

Indagine conoscitiva sulla sanità integrativa

La Commissione Sanità del Senato si prepara a chiudere l'indagine conoscitiva sulla sanità integrativa con una risoluzione che punta a delineare le future linee di intervento del Governo. *Quotidiano Sanità* ha anticipato il testo della proposta di risoluzione predisposta dal presidente della Commissione, Francesco Zaffini, che sarà sottoposta ai commissari nella seduta di lunedì 3 agosto.

Evidentemente non si può parlare di un provvedimento normativo. È soprattutto un documento di sintesi di tutte le audizioni appena concluse, in virtù delle quali è stato possibile tracciare linee di indirizzo politico per indicare al Governo le direttrici lungo cui costruire una riforma del settore.

Da una fotografia impietosa dello stato attuale del sistema sanitario italiano il documento passa alla riaffermazione di un principio politico per cui la sanità integrativa deve essere “uno strumento di integrazione con e del Servizio sanitario nazionale”, senza mettere in discussione i principi fondamentali del Ssn, “primo fra tutti quello di universalità”.

Principio che tuttavia si deve confrontare con l'altrettanto fermo principio dell'equità. Ed è proprio a questo proposito che si manifestano le criticità più evidenti. A cominciare dal fatto che beneficiari della sanità integrativa sono quasi esclusivamente i lavoratori dipendenti coperti dalla contrattazione collettiva. Naturalmente ne possono beneficiare anche i contribuenti con redditi medio-alti. Le categorie più fragili — pensionati, disoccupati, lavoratori precari — ne restano ampiamente escluse.

Un tentativo per cercare comunque di supportare chi non ha la possibilità di iscriversi a fondi sanitari è — secondo il documento — quello di dare la priorità agli interventi destinati alla prevenzione e alla Long Term Care — cioè l'assistenza di lungo periodo per anziani e non autosufficienti — settori nei quali il sistema pubblico mostra storicamente le maggiori difficoltà strutturali.

Forse le soluzioni più perseguibili tra quelle proposte dal documento ci sono quelle tese a raddoppiare il numero degli aventi diritto di accedere ai fondi complementari: dagli attuali circa 15 milioni a circa 30 milioni di persone. Come raggiungere questo obiettivo? 3 le proposte ritenute risolutive: caccia agli evasori, estensione della copertura anche ai familiari, iscrizione ai fondi anche per i dipendenti pubblici, sino ad oggi trascurati in questo settore.

Un punto cruciale resta capire se le agevolazioni fiscali attualmente riconosciute a chi aderisce a fondi sanitari, producano benefici sociali superiori rispetto all'alternativa di destinare le medesime risorse direttamente alla fiscalità generale. È necessario, dunque, un test di “convenienza sociale”, appunto, che misuri la qualità e la quantità delle prestazioni effettivamente erogate dai fondi a fronte dei vantaggi fiscali concessi dallo Stato. Si tratta cioè di compiere una valutazione dell'impatto complessivo delle risorse pubbliche destinate agli incentivi fiscali per la sanità integrativa. Poiché è chiaro che non basta sviluppare il “secondo pilastro”, ma bisogna anche dimostrare che funziona e che il denaro pubblico investito in incentivi produce un ritorno effettivo per i cittadini e per il sistema sanitario nel suo complesso. Resta comunque il problema degli esclusi. Siamo sicuri che per loro sia sufficiente la prevenzione e, a parole, l'assistenza a lungo termine, tanto difficile ancora oggi da gestire

In allegato il testo del documento pubblicato da QS.

Cordiali saluti
Ufficio Comunicazione





ZAFFINI

PROPOSTA DI RISOLUZIONE AUTONOMA IN COMMISSIONE

La 10^a Commissione,

considerate le risultanze 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;

considerato, in particolare, quanto emerso dalla predetta indagine conoscitiva in riferimento al tema dell'assistenza sanitaria integrativa:

solo il 24 per cento della popolazione è coperto da sanità integrativa, una percentuale fortemente distante dalla media dell'Unione Europea, che si attesta al 75 per cento; il contributo medio per beneficiario in Italia si aggira peraltro intorno ai 190 euro, contro i 260 euro della media europea;

a beneficiare della sanità integrativa sono soprattutto lavoratori dipendenti, categorie protette dalla contrattazione collettiva e contribuenti con reddito medio-alto, mentre le categorie più fragili - pensionati, disoccupati, lavoratori precari - ne usufruiscono in misura molto minore;

quanto in particolare alla categoria dei pensionati, essi rappresentano solo il 3 per cento degli iscritti ai fondi di sanità integrativa, nonostante siano la fascia di popolazione che esprime il maggior bisogno di cure;

la spesa sanitaria privata - pari alla somma del c.d. "*out of pocket*" e della spesa c.d. "*intermediata*" - nel 2022 ha superato i livelli pre-COVID 19 ed ha raggiunto il valore più alto della serie storica, pari a 41,5 Mld/€ (in aumento del +0,8% rispetto al 2021); considerando anche i circa 25 Mld/€ annui di spesa destinati a prestazioni socioassistenziali, complessivamente la spesa effettivamente tracciata sostenuta dai cittadini "di tasca propria" si aggirerebbe intorno ai 70 Mld/€, di cui solo 5 di spesa intermediata (a livello collettivo o attraverso polizze individuali);

considerato inoltre che:

l'aumento della spesa intermediata, per sua natura tracciabile, contribuirà anche alla riduzione di fenomeni elusivi ed evasivi in ambito di spese sanitarie private;

i Fondi Sanitari potrebbero dare un importante contributo al perseguimento dell'obiettivo di salute dei cittadini, implementando servizi e prestazioni soprattutto in ambito di prevenzione e di *Long Terme Care* (LTC)

impegna il Governo a:

- 1) adoperarsi per una riforma della sanità integrativa, finalizzata ad accrescere l'intermediazione collettiva della spesa privata, che dovrà essere meglio programmata, regolata, organizzata e vigilata;
- 2) congegnare la riforma anzidetta in maniera tale che la sanità integrativa sia effettivamente uno strumento di integrazione "con e del" Servizio sanitario nazionale

(SSN), senza mettere in discussione i principi fondamentali di questo, primo fra tutti quello di universalità;

- 3) potenziare, in particolare, le forme di assistenza sanitaria complementare in una logica di sussidiarietà e di “integrazione di sistema”, in funzione di un affiancamento e rafforzamento del SSN;
- 4) valorizzare massimamente, in tale ambito, il principio di sussidiarietà, quale strumento per soddisfare il diritto del cittadino ad un sistema di protezione sociale sostenibile, equo e soprattutto rispondente ai nuovi bisogni, che sposti sempre di più l’asse di riferimento dalla cura medica alla prevenzione ed al benessere della persona;
- 5) estendere ai fini predetti il c.d. secondo pilastro, nella prospettiva di un raddoppio degli utenti coperti da fondi complementari (tendenzialmente da 15 a 30 milioni circa), con le seguenti modalità: a) contrasto dell’elusione contributiva per aumentare la platea dei beneficiari (oggi solo il 55% dei lavoratori privati, a causa di imprese che non versano ai fondi quanto stabilito nei rispettivi CCNL di riferimento) prevedendo l’introduzione di una contitolarità dei fondi stessi sul recupero dei contributi omessi e consentendo così ad essi di ricorrere, anche in collaborazione con gli Ispettorati del lavoro, ad azioni di recupero coattivo delle omissioni contributive; b) incentivazione dell’estensione dei Piani Sanitari contrattuali ai nuclei familiari dei lavoratori iscritti ai fondi e previsione di mantenimento dell’iscrizione a tali fondi anche durante il periodo di quiescenza (almeno nelle forme di accesso al *network*), con un finanziamento volontario da parte del quiescente, secondo logiche collettive e mutualistiche; c) sviluppo adeguato delle forme di copertura sanitaria anche per il pubblico impiego;
- 6) effettuare una revisione regolatoria del modello dei fondi, al fine di: a) introdurre misure regolatorie omogenee e più stringenti per accrescere trasparenza, competenza, efficienza e rendicontazione, anche attraverso un testo unico che ricomponga in maniera organica una regolazione oggi troppo frammentaria e lacunosa; b) rafforzare gli strumenti di monitoraggio (Osservatorio) e vigilanza (Anagrafe) sul settore istituiti presso il Ministero della Salute, nonché al contempo prevedere forme più organiche di coordinamento tra le attività del Ministero vigilante e quelle di altre autorità, *in primis* IVASS e Agenas; c) individuare presso il Ministero della Salute luoghi e forme di confronto strutturato anche con i soggetti economici del settore, nello spirito del Codice Europeo di Condotta Partenariale; d) rimodulare gli ambiti di operatività e uniformare le tipologie di fondi, così che le prestazioni extra-LEA possano trovare maggior spazio nei Piani sanitari, accrescendo quindi l’integrazione tra primo e secondo pilastro, nel presupposto che il secondo pilastro sanitario garantisca la propria copertura prevalentemente in ambito integrativo e complementare del SSN;
- 7) accompagnare la predisposizione della riforma con una valutazione dell’impatto della stessa sul piano della “convenienza sociale”: il Parlamento dovrebbe infatti disporre di elementi di conoscenza in ordine alla questione se le risorse pubbliche da impiegare per la sanità integrativa, in termini di vantaggi fiscali agli aderenti, producano benefici superiori rispetto a quelli che si potrebbero ottenere mantenendo le stesse risorse nella fiscalità generale, tenuto conto della qualità e quantità delle prestazioni erogate dai Fondi.