



Memoria CGIL per l'AUDIZIONE sull'Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, presso la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati

Per contribuire all' Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, avviata dalla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati, nei giorni scorsi abbiamo segnalato alcuni documenti in materia elaborati dalla CGIL, reperibili online¹. Per ogni approfondimento rinviamo alla documentazione soprarichiamata; ritenendo qui opportuno esprimere alcune sintetiche considerazioni.

- L'indagine conoscitiva può essere certamente utile per approfondire se, e in che modo, il complesso sistema di "Fondi sanitari integrativi" e di "Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale" si relaziona con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che per noi deve restare l'unico pilastro per assicurare il diritto universale alla tutela della salute e alle cure delle persone. Un pilastro, quello del SSN, sottoposto in questi anni a tagli lineari e che, anziché essere considerato un investimento fondamentale per il nostro Paese, anche con l'ultima legge di bilancio resta sotto finanziato. Un pilastro che ora rischia di essere seriamente compromesso nella sua funzione *nazionale* dai processi per l'autonomia differenziata intrapresi da alcune regioni.
- Riteniamo necessario condividere definizioni univoche per la cosiddetta "sanità integrativa": sia riferite alle prestazioni (sostitutive, integrative, aggiuntive), che distinguendo i "Fondi Sanitari integrativi" (ex art. 9 D.Lgs 502/92 e successive modificazioni) da "Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale" (art. 51 comma 2, lettera a) del D.P.R. 917/1986 e D.M. 31.3.2008). Invece il testo che avvia l'Indagine, in più parti, richiama i soli fondi sanitari integrativi (che all'anagrafe del Ministero della Salute nel 2016² rappresentavano l'1% del totale degli iscritti contro il 99% rappresentato da Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale: va ricordato che i Fondi sanitari di origine contrattuale sono da annoverarsi in questa seconda fattispecie).
- La CGIL, coerentemente con gli Accordi interconfederali sottoscritti con CISL e UIL e le Associazioni datoriali, sta svolgendo un'azione per *orientare* l'offerta dei Fondi e degli Enti e Casse e Società di mutuo soccorso verso una funzione più integrativa, anziché sostitutiva, delle prestazioni sanitarie già comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e per un sostegno al servizio sanitario pubblico.
- Riteniamo perciò opportuna l'intenzione dell'indagine di costruire una approfondita conoscenza circa la quantità di risorse pubbliche destinate alle varie forme di agevolazione

Nota ¹ DOCUMENTAZIONE CGIL:

- a) [Il Welfare contrattuale tra tutele universali e privatizzazione](#)
- b) [Primo Rapporto sulla contrattazione di secondo livello](#) (in particolare il "focus su premio di risultato" e il capitolo 9 "Welfare integrativo")
- c) [Sui Fondi Sanitari \(di origine contrattuale\)](#)
- d) [I principali FONDI SANITARI di origine contrattuale \(scheda\)](#)
- e) [Welfare contrattuale e welfare state: incastri virtuosi ?](#) (RPS La Rivista delle Politiche Sociali),

² vedi [Nota 1c](#)

fiscale a questo settore. Ciò anche per consentire di assumere decisioni che *aiutino a privilegiare le prestazioni effettivamente integrative*, tenuto conto delle norme emanate con i Decreti Ministeriali 31.3.2008 e 27.10.2009 e considerando che sul totale della spesa privata³, quella *out of pocket* a carico dei cittadini è stimata dall'80 al 85% mentre quella intermediata da fondi e assicurazioni è stimata solo tra il 15 e il 20 % (stime che oscillano a seconda delle fonti si veda ad esempio [OECD 2017](#) rispetto a [ISTAT 2017](#)). Inoltre va considerato che la costituzione di fondi sanitari di origine contrattuale trova il proprio riferimento nella contrattazione, sia di livello nazionale che negli accordi di secondo livello, che vede le parti sociali protagoniste, e risente delle misure introdotte dalle leggi di bilancio sul welfare aziendale, che possono andare ad indebolire il welfare universale.

- Altrettanto importante è la definizione di regole condivise, che assicurino la massima trasparenza, e per evitare conflitti di interesse, in un settore che, diversamente da quello della previdenza complementare, non è adeguatamente regolato (ad es. con la creazione: di un anagrafe, quella attuale è evidentemente inadeguata, di una Autorità di controllo presso il Ministero della Salute, di un sistema di governance condivisa con le Parti Sociali, di forme di monitoraggio-vigilanza sulla appropriatezza delle prestazioni, ecc). Ribadiamo che non si tratta di istituire un “secondo pilastro” accanto al SSN ma di regolare meglio un ambito di prestazioni che ha effetti sulla salute delle persone.
- Solo un solido sistema di welfare pubblico e universale consente di sviluppare esperienze di welfare integrativo sostenibili anche in termini di costi e convenienze contrattuali. Anche per questo il welfare di origine contrattuale pur se in prima istanza rivolto ai lavoratori dipendenti e ai loro familiari deve contribuire a quello universale rivolto a tutti i cittadini, mobilitando risorse per bisogni ed aspettative che il welfare pubblico da solo non riesce a soddisfare. Un orientamento dei Fondi sanitari in questa direzione esplicitamente integrativa e a sostegno del SSN pubblico è dunque più che auspicabile.

Roma 13 febbraio 2019

³ 37.318 milioni di euro nel 2016 ([ISTAT 4.7.2017 IL SISTEMA DEI CONTI DELLA SANITÀ PER L'ITALIA](#))