

Audizione del Presidente di Confprofessioni, Dott. Gaetano Stella, presso la 10^a Commissione “Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale” del Senato della Repubblica, nell’ambito della “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”

28 marzo 2023

Onorevole Presidente, Onorevoli Senatori,

esprimiamo il nostro apprezzamento per l'avvio di questa indagine conoscitiva, con cui il Parlamento manifesta attenzione per il tema della previdenza e della sanità integrativa, che rappresenta a nostro avviso uno strumento essenziale per lo sviluppo del benessere dei cittadini e per la razionalizzazione dei servizi pubblici tramite la collaborazione con l'autonomia privata. Il Parlamento dà così continuità al lavoro svolto nella precedente Legislatura con l'Indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario nazionale, cui Confprofessioni aveva partecipato con la propria audizione del 12 giugno 2019.

Come avremo modo di spiegare, il tema è di particolare interesse per il comparto libero-professionale. Ecco perché **la nostra Confederazione ha avvertito tra i primi l'esigenza di introdurre nell'ambito del CCNL strumenti di assistenza sanitaria integrativa rivolti a tutti i lavoratori**, dipendenti degli studi professionali e professionisti datori di lavoro.

La sanità integrativa nel comparto delle attività professionali

Il sistema contrattuale definito dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dei dipendenti degli studi professionali, stipulato da **Confprofessioni** e dai sindacati del settore, ha istituito alcuni enti bilaterali, funzionali alle diverse esigenze di tutela e valorizzazione del lavoro in questo settore economico e sociale. Tra questi enti di matrice contrattuale vi è **Cadiprof, la Cassa di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori degli studi professionali**, originariamente prevista nell'Accordo di rinnovo del CCNL degli studi professionali del 24 ottobre 2001 che ha cominciato la sua operatività nel lontano 2004. Nel panorama nazionale dei fondi integrativi, si tratta della **prima esperienza di mutualità e**

assistenza trasversale realizzata nell’ambito di un contratto collettivo di lavoro, poi recepita in quasi tutti gli altri settori economici. Un modello che prevede una contribuzione contenuta a carico del datore di lavoro, frutto della corresponsione, in forma di assistenza sanitaria integrativa, di aumenti retributivi che sarebbero stati altrimenti riconosciuti al lavoratore.

La Cassa di assistenza sanitaria del settore degli studi professionali attraverso un proprio regolamento consente l’iscrizione anche ai collaboratori coordinati e continuativi nel caso di contratti di durata non inferiore a 6 mesi e ai praticanti che stiano svolgendo il periodo di pratica professionale previsto dal rispettivo ordinamento d’appartenenza. In tal modo attraverso le deliberazioni della cassa di assistenza sanitaria è stato possibile introdurre forme di *welfare* contrattuale derivanti dalla bilateralità, anche a coloro che rivestono caratteristiche differenti dall’idealtipo del lavoratore subordinato.

Per comprendere fino in fondo il valore sociale di queste scelte orientate al *welfare* e alle sue possibili estensioni universali, occorre però calarsi nel contesto tradizionale del lavoro dipendente negli studi professionali. Nonostante gli sforzi della nostra Confederazione per l’espansione organizzativa degli studi, i professionisti italiani erano e restano tutt’oggi ancorati a modelli organizzativi prevalentemente di dimensioni ridotte, spesso individuali. In questa realtà, i dipendenti degli studi professionali sono principalmente soggetti con titoli di studio non universitari, raggiungono redditi mediamente bassi, e hanno carichi di famiglia; vi è **un’assoluta prevalenza di donne (86%)**, con un’alta concentrazione di lavoratrici in età prossima alla maternità. In questo settore, fino a 15 anni fa, le donne erano costrette a lasciare il posto di lavoro a causa della maternità. Ed è proprio in questo contesto socio-economico che – unitamente agli sforzi per lo sviluppo dimensionale degli studi, in termini di competenze, infrastrutture, apporto di tecnologia, collaborazioni multidisciplinari, internazionalizzazione – il CCNL degli Studi professionali ha introdotto nel 2004, la Cassa di assistenza sanitaria integrativa, riscuotendo una soddisfazione altissima non solo tra i dipendenti cui le tutele si rivolgono, ma anche tra i professionisti datori di lavoro.

Ad oggi Cadiprof ha raggiunto oltre 650.000 iscrizioni, con una costante crescita nel corso degli anni e oggi la popolazione degli iscritti attivi si attesta a circa 250.000 unità.

Andamento mensile del numero di iscritti, cessati, saldo e delta (Anni 2021 e 2022)

	Iscritti	Cessati	Saldo	Delta%
gen-21	7.470	2.896	216.425	2,2%
feb-21	4.581	2.573	218.433	0,9%
mar-21	4.990	3.186	220.237	0,8%
apr-21	4.425	2.931	221.731	0,7%
mag-21	4.490	3.207	223.014	0,6%
giu-21	3.861	3.028	223.847	0,4%

lug-21	3.225	2.937	224.135	0,1%
ago-21	2.276	2.566	223.845	-0,1%
set-21	4.747	3.701	224.891	0,5%
ott-21	4.855	3.661	226.085	0,5%
nov-21	5.036	3.705	227.416	0,6%
dic-21	3.928	7.136	224.208	-1,4%
Totale 2021	53.884	41.527	224.208	6,0%
gen-22	9.438	3.987	229.659	2,4%
feb-22	6.412	3.710	232.361	1,2%
mar-22	6.509	4.368	234.502	0,9%
apr-22	5.415	3.838	236.079	0,7%
mag-22	5.497	3.690	237.886	0,8%
giu-22	4.476	3.921	238.441	0,2%
lug-22	3.612	3.752	238.301	-0,1%
ago-22	2.276	3.082	237.495	-0,3%
set-22	5.244	4.338	238.401	0,4%
ott-22	5.676	3.647	240.430	0,9%
nov-22	7.280	3.500	244.210	1,6%
dic-22	3.586	7.009	240.787	-1,4%
Totale 2022	65.421	48.842	240.787	7,2%

Fonte: elaborazione Osservatorio su dati Cadiprof

Circa i due terzi dei datori di lavoro che iscrivono i loro lavoratori alla Cassa sono collocati nel Nord Italia, con una prevalenza nelle regioni Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Piemonte. L’area delle professioni medico sanitarie e odontoiatrica (dentisti, medici di medicina generale e specialisti, veterinari) e quella delle professioni economiche amministrative (dottori commercialisti, consulenti del lavoro, revisori contabili) sono quelle maggiormente rappresentate.

Datori di lavoro iscritti a Cadiprof per Area Economica (Anno 2022)

Area economica	N° datori di lavoro	% sul totale
Medico Sanitaria e Odontoiatrica	34.745	39,7%
Economica Amministrativa	23.854	27,2%
Giuridica	16.497	18,8%
Tecnica	9.669	11,0%
Altro	2.825	3,2%
Totale complessivo	87.590	100,0%

Fonte: elaborazione Osservatorio su dati Cadiprof

Nel corso degli anni, è aumentata costantemente l'età media degli assistiti Cadiprof, sia di genere maschile che di genere femminile, segno del miglioramento nella stabilizzazione dei rapporti lavorativi e dell'efficacia delle politiche messe in atto dalla Cassa per favorire la conciliazione tempi di vita – tempi di lavoro: l'età media della popolazione assistita è passata infatti da 38 anni circa del 2005, ai circa 45 anni del 2022.

Età media dei dipendenti iscritti a Cadiprof

	Femmine	Maschi	Totale
2010	38,5	38,0	38,4
2011	39,2	38,6	39,1
2012	39,9	39,3	39,9
2013	40,7	39,9	40,6
2014	41,5	40,5	41,4
2015	42,2	41,1	42,1
2016	42,9	41,6	42,7
2017	43,6	42,1	43,4
2018	44,1	42,5	43,9
2019	44,6	42,7	44,3
2020	45,1	42,9	44,7
2021	45,4	43,1	44,8
2022	45,6	43,4	44,9

Fonte: elaborazione Osservatorio su dati Cadiprof

La Cassa negli ultimi 5 anni, ha erogato alle lavoratrici e ai lavoratori degli studi professionali oltre 160 milioni di euro nell'ambito dei diversi piani di intervento:

- **“Piano Sanitario”** che prevede una serie di prestazioni sanitarie – interventi chirurgici, ricoveri, visite e accertamenti, gravidanza, fisioterapia, prevenzione cardiovascolare, oncologica e odontoiatrica – effettuabili in regime di gratuità presso le strutture convenzionate o di rimborso.
- **c.d. Pacchetto Famiglia** attraverso interventi sanitari e sociosanitari a sostegno della famiglia, della maternità e del lavoro per il dipendente e per specifiche categorie di familiari quali figli in età pediatrica, non autosufficienti, coniuge. La gestione delle pratiche e i rimborsi vengono effettuati direttamente da Cadiprof.
- **dentista per la famiglia** che prevede il rimborso agli assistiti delle prestazioni di riabilitazione protesica tramite impianto osteointegrato, delle protesi fisse su denti naturali o radici e dei trattamenti ortodontici per i figli tra i 6 e i 14 anni di età
- **convenzioni** stipulate attraverso una serie di accordi con fornitori di servizi e prestazioni professionali a tariffe agevolate per i propri iscritti.

A questa serie di prestazioni vanno aggiunte tutte le misure introdotte dalla Cassa anche in accordo con i *partner* assicurativi, sin dal mese di febbraio 2020 per fronteggiare, dal punto di vista economico, gli effetti distorsivi della pandemia e garantire la sicurezza dei lavoratori degli studi professionali. La Cassa ha messo in campo una serie di interventi che hanno riguardato circa 9.000 lavoratori per una spesa totale di due milioni e 200 mila euro. Tra le prestazioni con il più alto numero di ricorsi la diaria da isolamento domiciliare di cui hanno beneficiato circa 3.500 iscritti per un ammontare di quasi un milione e 800 mila euro, i rimborsi attivati per test sierologici, tamponi molecolari, video consulti specialistici e assistenza psicologica. Di modesta entità invece gli interventi per i ricoveri in terapia intensiva, data la giovane età media dei dipendenti iscritti (meno di 50 anni).

Queste prestazioni, oltre ai continui aggiornamenti e potenziamento delle garanzie intervenuti nel tempo, dimostrano la **capacità della Cassa di orientare e modellare la propria offerta di prestazioni e servizi sulle specifiche esigenze della popolazione assistita**, assecondando il mutato contesto economico e sociale del Paese, con interventi fortemente mirati al sostegno della famiglia nella quotidianità legata ad una nascita o alla cura del neonato, alla condizione di non autosufficienza dei genitori e, in generale, alla promozione della conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro.

A dimostrazione della efficacia degli interventi eseguiti, il valore delle prestazioni rimborsate dalla Cassa dal 2005 al 2018 mostra una costante crescita, raggiungendo il suo picco massimo nel 2021, quando nel solo “Piano Sanitario” si sono superati i 20 milioni di euro. Va aggiunto che i valori dei rimborsi hanno in molti casi un impatto economico elevato su quello che è il potere di acquisto di un dipendente degli studi professionali. Per esempio, nel caso del rimborso spese socio-sanitarie per familiari non autosufficienti, che prevede un importo di 1.200 euro l’anno, il dipendente vede aumentare la propria capacità reddituale annua di circa l’8%.

Pubblico e privato nella sanità

L’Indagine conoscitiva svoltasi nella passata Legislatura è stata l’occasione per far emergere l’andamento della spesa pubblica in sanità negli ultimi vent’anni: essa ha denotato una crescita costante, sebbene con incrementi progressivamente ridottisi ma comunque superiori alla crescita del PIL, nonostante la parallela implementazione del metodo dei costi *standard* in sanità. Infatti, l’andamento della spesa sanitaria pubblica in Italia ha fatto registrare, tra il 2000 e il 2008, un aumento di circa il 3%, superiore all’aumento del PIL, mentre, tra il 2009 al 2017, il tasso di variazione medio annuo rispetto al PIL è gradualmente sceso attestandosi intorno allo 0,1%. Negli anni 2020 e 2021 si è registrato un picco della spesa sanitaria legato all’emergenza pandemica, ma il DEF 2022 prevede un ridimensionamento della crescita della spesa sanitaria nel prossimo triennio.

Il rallentamento della componente pubblica della spesa sanitaria fino al 2018 ha avuto ripercussioni sulla **crescita della spesa sanitaria privata sostenuta dalle famiglie**, aumentata in media di circa il 2,5%; spesa sempre più incanalata verso la sanità privata piuttosto che verso quella pubblica. È di tutta evidenza che, nonostante il costo sempre più incisivo della sanità pubblica per le casse dello Stato, le famiglie tendono progressivamente a rivolgersi alle strutture private, con costi maggiori a loro carico e nonostante la stagnazione dei redditi.

Sono numeri che non possono essere sopportati nel medio-lungo termine, né dalla finanza pubblica né tanto meno dalle famiglie, e sui quali è necessario intervenire con scelte politiche guidate da una strategia di ampio respiro, prendendo a modello i Paesi europei che hanno conseguito i migliori risultati nel rapporto tra qualità dei servizi sanitari e costi.

È dunque essenziale sostenere la crescita dei fondi integrativi sanitari in una prospettiva di integrazione tra pubblico e privato. Anzitutto, perché la quota di spesa sanitaria intermediata dai fondi integrativi e dalle altre forme di cooperazione nella sanità vede l'Italia fanalino di coda rispetto agli altri grandi Paesi europei; ma soprattutto perché, in ragione della loro efficienza e qualità, **i fondi integrativi sanitari possono rappresentare una delle componenti essenziali di una strategia di complessivo ripensamento del welfare** e dell'assistenza socio-sanitaria in Italia.

La centralità assunta dai fondi nel sistema sanitario è stata confermata anche dalla relazione conclusiva della Commissione parlamentare per il controllo sull'attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale del Senato, dell'ottobre 2022. In essa si propone di elevare il livello di integrazione e coordinamento tra fondi e SSN: i fondi sanitari integrativi non devono essere considerati come erogatori di prestazioni, ma come finanziatori del sistema, attraverso il rimborso delle prestazioni svolte comunque presso operatori sanitari pubblici o privati. Essi, dunque, non sono in concorrenza con il SSN ma, al contrario, possono alleggerire le sue carenze in termini di efficienza e di prestazioni.

In questo scenario, un ruolo determinante è svolto dalle **forme di previdenza e assistenza complementare organizzate attraverso il dinamismo dei corpi intermedi e della rappresentanza, quali Confprofessioni**. Le forme integrative sanitarie nate in seno all'autonomia negoziale dei CCNL presentano una finalità mutualistica, e, sviluppandosi all'interno di comparti omogenei, sono in grado di adattare servizi e prestazioni alle diverse esigenze dei settori in cui nascono.

Il welfare sanitario integrativo nel contesto pandemico

Un esempio lampante è stato fornito dalla recente esperienza pandemica. L'emergenza conseguente alla diffusione del *Covid-19* ha avuto un pesante ed improvviso impatto sul sistema sanitario, mettendo ancor di più in evidenza le carenze strutturali del SSN e la

necessità di valorizzare e **rafforzare un’assistenza sanitaria effettivamente integrativa del sistema pubblico.**

In questo contesto, è emersa con incisività la differenziazione dei bisogni e delle tutele sanitarie cui i Fondi e le Casse integrative sono stati chiamati a rispondere. Ebbene, nell’ambito dell’assistenza sanitaria integrativa, la gestione di questi nuovi rischi (sanitari e sociali) e l’approntamento delle relative risposte è stata immediata, nonostante le circostanze inedite ed imprevedibili.

Proprio l’autonomia e la gestione diretta da parte degli attori sociali hanno permesso alle casse integrative una maggiore adattabilità e prontezza della risposta, per andare incontro ai bisogni derivanti dall’espansione del fenomeno pandemico e per contrastarne gli effetti. Allo stesso tempo la gestione diretta da parte dei corpi intermedi ha permesso di operare in sinergia con tutto il sistema di *welfare* integrativo derivante dai CCNL e dall’autonomia collettiva: Enti bilaterali, fondi di solidarietà bilaterali, Fondi interprofessionali, fondi di previdenza complementare. **La profonda conoscenza del settore ed il pragmatismo che connota la visione delle parti sociali hanno così permesso di offrire risposte calate sui bisogni manifestati nei singoli contesti**, tramite deliberazioni e regolamenti attuativi delle prestazioni molto celeri sia in forma di gestione diretta che convenzionata tramite le assicurazioni.

L’impulso alla telemedicina e il ruolo dei fondi

La pandemia, oltre a mettere in luce le carenze del SSN ha al contempo accelerato il ricorso allo **sviluppo di nuove frontiere tecnologiche e digitali, quali la telemedicina**, che certamente rappresenta un’opportunità e una sfida per il sistema sanitario nazionale e per i fondi sanitari integrativi. Sia dal lato del paziente che dal lato del medico, per avviare collaborazioni, maggiore scambio di informazioni sanitarie (pur sempre nel rispetto della tutela dei dati sensibili dei pazienti), il tutto all’insegna di un approccio multidisciplinare e di “continuità assistenziale”, come indicato nelle linee guida emanate in Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2020.

Connesso a questa tematica è anche il disegno di legge recante *Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane* recentemente approvato, in via definitiva, dal Parlamento con il quale si intende dare attuazione alla Missione 5, Componente 2, Riforma 2 del PNRR (riguardante le politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti) e alla missione 6, relativa alla realizzazione delle Case di comunità, alla presa in carico della persona, al potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché al rafforzamento dell’assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture. Tutte tematiche molto complesse, che coinvolgono una molteplicità di attori (territorio, regioni, professionisti di area sanitaria e rapporti con lo stato) e che riguardano inevitabilmente anche la sanità integrativa, che da

anni sta investendo nella *long term care*, nell’assistenza domiciliare e nella non autosufficienza. Pratiche destinate a svilupparsi, a causa dei fenomeni demografici.

Anche Cadiprof, la cassa di assistenza sanitaria integrativa istituita nell’ambito del CCNL Studi Professionali, è già intervenuta sul tema della non autosufficienza con specifiche prestazioni e rimborsi a favore dei familiari dei lavoratori, che registrano un andamento crescente nel corso degli anni.

Le potenzialità che questi strumenti di medicina a distanza potrebbero avere sono molteplici e dovrebbero trovare un forte incentivo nell’ambito delle strategie di consolidamento del Servizio Sanitario Nazionale connesse con il PNRR e con i processi di digitalizzazione. Occorrono pertanto adeguate forme di coordinamento, programmazione e progettazione per rendere integrati funzionalmente i diversi soggetti coinvolti nel sistema delle politiche in favore della non autosufficienza, degli anziani e i relativi aspetti socio-sanitari.

Proposte per il consolidamento dell’autonomia e della funzionalità dei fondi sanitari integrativi

Siamo dunque convinti che il sostegno dei fondi sanitari integrativi, sempre all’interno di una sinergia tra i diversi pilastri del *welfare*, implichi per lo Stato e la società positivi effetti di sistema. Grazie al ruolo dei fondi integrativi:

- **si snellisce il carico di lavoro e la complessità organizzativa delle strutture della sanità pubblica**, che sono attualmente oberate e difficili da gestire in condizioni di efficienza, nonostante le ingenti risorse destinate;
- **si amplia la libertà di scelta delle cure e dei servizi**, grazie alla profilazione delle prestazioni rispetto al gruppo di riferimento e al rapporto con le strutture private che i fondi stabiliscono;
- **aumenta lo spazio per gli investimenti imprenditoriali nella sanità privata**, che rappresenta comunque un settore di interesse strategico per l’economia italiana, in particolare per la ricerca scientifica e tecnologica legata alla medicina che è possibile associare alle strutture di sanità privata;
- **crece l’emersione dal sommerso delle spese sanitarie**, in virtù della tracciabilità di tutti i costi sostenuti nell’ambito delle prestazioni intermedie dai fondi;
- **si tutelano i più deboli**, evitando discriminazioni: i fondi integrativi costituiti nell’ambito dei sistemi contrattuali sono senza fini di lucro e pienamente mutualistici; dunque, garantiscono un accesso generalizzato a prescindere dalla storia medica e dalle condizioni personali degli individui, e arrivano a coprire anche in caso di malattie gravi non prevedendo forme di selezione dei rischi;

- **migliora la salute dei cittadini**, aumentando la tempestività, la frequenza e la qualità delle prestazioni sanitarie, con vantaggi permanenti nel lungo periodo anche sui costi a carico della finanza pubblica.

Si tratta, come si vede, di vantaggi rilevantissimi in termini di efficienza dei servizi pubblici, buona amministrazione e salute della collettività.

9

Alla luce di queste evidenze – e in una prospettiva di piena valorizzazione del principio di sussidiarietà e dell’iniziativa del privato, cui la Costituzione richiama – pensiamo che sia opportuno concedere **una maggiore autonomia ai fondi sanitari in tema di scelta di destinazione delle risorse**. Infatti, la soglia del 20% attualmente prevista (art. 5, D.M. 27 ottobre 2009) dovrebbe essere tarata sulla base delle esigenze specifiche della popolazione di riferimento del settore. La Commissione parlamentare per il controllo sull’attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale della XVIII Legislatura, nella relazione conclusiva dell’ottobre 2022, ha messo in evidenza come si sia «avuto un più significativo e progressivo incremento del numero degli enti caratterizzati da una maggiore libertà d’azione, ovvero i fondi di tipo B¹». In tal caso le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie secondo quanto stabilito dagli statuti e dai regolamenti interni possono comprendere sia prestazioni sanitarie contenute nei livelli essenziali di assistenza (LEA) che in quelle *extra* LEA.

Vorremmo chiarire **che il problema non è rappresentato dalla vincolatività delle risorse, bensì dalla natura delle prestazioni ricomprese nella quota vincolata** che, ad oggi, include solo prestazioni legate a non autosufficienza, riabilitazione, odontoiatria. Questo ha conseguenze rilevanti sulla adattabilità delle prestazioni alle differenti platee di riferimento e alle loro esigenze, nonché sulla sostenibilità attuariale dei fondi stessi. Crediamo sia necessario allargare queste fattispecie includendo, ad esempio, le spese per check-up di prevenzione e *screening* (cardiovascolari ed oncologici) che hanno il doppio effetto di alleggerire i costi diretti e indiretti futuri sul sistema nazionale prevenendo a livello sistemico l’insorgenza di forme più acute di problematiche di carattere sanitario. Nel caso di insorgenze poi questi soggetti passerebbero direttamente in carico al SSN. Cadiprof collabora già da diversi anni con strutture sanitarie pubbliche, finanziando l’erogazione alla popolazione “sana” di prestazioni di prevenzione cardiovascolare ed oncologica per l’individuazione precoce di stati patologici sommersi e la conseguente presa in carico del SSN.

In questo panorama deve essere considerato come cruciale il tema della **governance del rapporto con le strutture pubbliche e delle relative politiche di convenzionamento**

¹ Enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale (fondi non doc o di tipo B), di cui all’articolo 51, comma 2, lettera a), del TUIR, che hanno una maggiore libertà d’azione in termini di prestazioni e servizi coperti.

basato su accordi diretti di finanziamento tra aziende ospedaliere pubbliche o private e fondi sanitari.

I fondi sanitari integrativi di matrice contrattuale avrebbero bisogno di una maggiore considerazione da parte del sistema pubblico, anche alla luce del recente provvedimento del Ministro della salute del 30 settembre 2022, recante «Individuazione delle prestazioni a carattere sociale ed altre tipologie delle attività che devono essere svolte con i fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale» con i quali è stato costituito il Cruscotto dei fondi sanitari integrativi (Art. 2). Il cruscotto è lo strumento attraverso il quale vengono raccolte le informazioni relative alle prestazioni erogate dai Fondi sanitari integrativi ai fini di un loro monitoraggio. La raccolta dei dati è certamente utile ai fini statistici, ma comporta un aggravio notevole per le strutture amministrative della sanità integrativa andando a richiedere dati non immediatamente disponibili (vedasi distinzione tra **ciò che rientra nei LEA e ciò che non vi rientra**) e in molti casi già in possesso delle amministrazioni, che potrebbero estrapolarli attraverso il Fascicolo sanitario elettronico e la tessera sanitaria. Questo ulteriore aggravio burocratico viola il principio dello “*once only*” e va contro i principi di semplificazione.

Inoltre, **la grande mole di dati in possesso dell’Anagrafe dovrebbe essere condivisa con gli operatori dell’assistenza sanitaria integrativa**, in quanto dal loro studio e dalla loro analisi ciascun fondo potrebbe attuare politiche sanitarie mirate volte a migliorare la *governance* del sistema e dei molteplici attori coinvolti.

Valorizzazione del welfare degli autonomi

Come accennavamo in premessa, il tema di cui la Vostra Indagine si occupa riveste un’importanza ancora più rilevante per il comparto libero-professionale.

È indubbio, infatti, che le evidenti fragilità e le persistenti divergenze presenti oggi nel sistema di tutele sociali dei lavoratori autonomi liberi professionisti necessitano di strategie di consolidamento di un **modello universale di welfare che sappia rispondere alle sempre più pressante ed emergente domanda di protezione del comparto autonomo**.

In coerenza con questo mutamento di scenario, vogliamo richiamare l’attenzione di questa Commissione **sull’esigenza ineludibile di sostenere, su di un piano di parità con i lavoratori dipendenti, l’accesso dei lavoratori autonomi e liberi professionisti alle forme di assistenza integrativa**.

Come è noto, attualmente l’art. 51 TUIR riconosce i benefici fiscali per i contributi destinati a fondi ed enti con finalità socio-sanitarie istituiti dalla contrattazione. Un assetto che poteva forse avere senso nel panorama economico del Novecento, ma che risulta oggi del tutto incongruente nel contesto di un’economia, come quella italiana, che si va articolando in strutture produttive sempre più parcellizzate. **La disparità di trattamento tra lavoratori dipendenti e autonomi risulta del tutto incoerente** con un settore, come quello delle libere professioni, nel quale il datore di lavoro è nella massima parte dei casi un singolo professionista il cui reddito personale si colloca su fasce medie rispetto alla curva dei redditi

in Italia, e che dunque condivide con i propri dipendenti condizioni economiche ed esigenze di tutela.

Il paradosso è ancora più evidente se si pone attenzione ai dati sull'andamento del lavoro autonomo in Italia – fotografati nei Rapporti annuali del nostro Osservatorio sulle Libere Professioni – che fanno registrare una crescita notevole e costante del numero degli occupati nel settore professionale e una contestuale riduzione del reddito *pro capite*. Sono numeri che confermano l'urgenza, inedita alla luce della realtà esistente fino a pochi anni fa, di approntare politiche di *welfare* per questi lavoratori e per le loro famiglie.

La domanda di tutele proveniente dal settore dei liberi professionisti è confermata inoltre dalle iniziative assunte da diverse casse di previdenza dei professionisti, che già destinano parte delle loro risorse a prestazioni di *welfare*, e dagli enti bilaterali istituiti all'interno dei sistemi contrattuali. Confprofessioni, attraverso l'ente bilaterale per gli studi professionali Ebipro, ha attivato **una serie di coperture di assistenza sanitaria, denominata “Gestione professionisti”, rivolta ai datori di lavoro che iscrivono i loro dipendenti a Ebipro e a Cadiprof.**

Crediamo pertanto che la ricerca e l'individuazione di una modalità di sostegno dell'accesso dei liberi professionisti e lavoratori autonomi all'assistenza sanitaria integrativa offerta da fondi, casse previdenziali ed enti bilaterali sia di massima urgenza, come più volte rappresentato anche attraverso specifiche proposte emendative da Confprofessioni, e debba rappresentare uno degli obiettivi di questa Indagine conoscitiva, al fine di prospettare una strategia da perseguire da parte del legislatore nell'immediato futuro.

* * *

Nell'intraprendere l'ambiziosa strada verso un **nuovo sistema di tutele di *welfare* e protezione sociale**, l'integrazione tra intervento pubblico e autonomia privata dovrebbe rappresentare la bussola per il legislatore. Non solo per perseguire modelli organizzativi più funzionali ed efficaci ma anche più adeguati per rispondere alle esigenze specifiche delle diverse categorie di lavoratori.

Una politica di rafforzamento degli strumenti sanitari a favore dei lavoratori autonomi dovrà anzitutto far leva sulla sussidiarietà tramite il **coinvolgimento e la valorizzazione degli attori sociali, dei corpi intermedi**, degli strumenti bilaterali, delle realtà mutualistiche: attori e strumenti **nati spontaneamente** in seno ad ogni categoria e **che meglio possono interpretare bisogni, esigenze e specificità di ogni settore professionale.**