

Sostenibilità del sistema e secondo pilastro

La Commissione Igiene e sanità del Senato ha approfondito il tema della sostenibilità del sistema sanitario italiano anche con riferimento al dibattito sul cosiddetto secondo pilastro.

Il tema è stato affrontato tentando una ricostruzione dei principali elementi utili per approfondire in modo documentato le cause e le implicazioni dello sviluppo di forme alternative di finanziamento del sistema di protezione della salute con riguardo a:

- la spesa sanitaria privata e le agevolazioni fiscali a favore della stessa
- il settore delle polizze malattia
- il settore dei fondi sanitari e le agevolazioni fiscali a favore degli stessi.

Tali elementi sono analizzati sotto il profilo, per quanto possibile, dell'equità e dell'efficienza.

a) La spesa sanitaria privata

In questa sede si riportano le stime diffuse recentemente dall'Istat dei conti della sanità riferite al periodo 2012-2016.¹

Nel 2016 la spesa sanitaria privata è pari a 37.318 milioni di euro; la sua incidenza rispetto al Pil è del 2,2%. Il 91% della spesa sanitaria privata è sostenuta direttamente dalle famiglie.

Rispetto alla spesa sanitaria totale (pubblica e privata), la spesa privata pesa per il 25%, percentuale prossima alla media dei paesi dell'OECD (se si escludono gli Stati Uniti) e sostanzialmente costante da molti anni. Le due componenti della spesa sanitaria, quella pubblica e quella privata, tendono quindi ad avere dinamiche sostanzialmente analoghe.

REGIME DI FINANZIAMENTO	2012	2013	2014	2015	2016
Pubblica amministrazione e Regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria	110.001	109.254	110.556	110.830	112.182
Pubblica amministrazione	109.597	108.748	110.112	110.375	111.725
Regimi di assicurazione sanitaria a contribuzione obbligatoria	404	506	444	455	457
Regimi di finanziamento volontari	3.160	3.132	3.241	3.400	3.388
Assicurazioni sanitarie volontarie	2.271	2.179	2.157	2.247	2.211
Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	417	467	510	570	576
Regimi di finanziamento da parte delle imprese	472	486	574	583	601
Spesa diretta delle famiglie	31.324	31.262	32.353	33.799	33.930
Totale	144.485	143.648	146.150	148.029	149.500

Fonte Istat 2017

¹ Le fonti informative sulla spesa sanitaria privata sono numerose e differiscono in base alla metodologia adottata e alle finalità della rilevazione. Il sistema dei conti della sanità è costruito secondo la metodologia del System of Health Accounts ed è in linea con le regole contabili dettate dal Sistema europeo dei conti, SEC 2010. Istat, *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, Anni 2012-2016*. Report 4 luglio 2017.

b) Le agevolazioni fiscali alle spese sanitarie private

Le spese sanitarie private beneficiano di un rimborso fiscale riconosciuto a tutti coloro che evidenziano le spese nella dichiarazione dei redditi, pari di norma al 19% delle stesse al netto della franchigia di 129,11 euro.

Recentemente è stato pubblicato il rapporto annuale sulle cosiddette spese fiscali (*tax expenditures*)².

Con riguardo al settore sanitario, il rapporto considera le detrazioni per *spese sanitarie, spese mediche e di assistenza specifica e spese per prestazioni specialistiche* (ovvero per le spese sanitarie sostenute dai cittadini italiani per l'acquisto di prestazioni sanitarie nel mercato privato)

I dati disponibili indicano che 17 milioni di persone beneficiano delle agevolazioni fiscali riconosciute alle spese sanitarie private. Il fenomeno è in continua crescita.

L'ammontare delle spese portate in detrazione è pari a 16 miliardi di euro, con un valore medio di 935 euro per dichiarante. Ne risulta che circa la metà delle spese private sostenute direttamente dalle famiglie (Out of pocket) beneficiano della agevolazione fiscale al 19%, ovvero godono di un rimborso grazie alla riduzione dell'imposta prevista dalle norme fiscali.

Il risparmio di imposta per contribuente beneficiario è pari a 178 euro.

L'impatto sul bilancio dello Stato (in termini di minor gettito) è stimato pari a 3,1 miliardi di euro. Tale minor gettito costituisce un risparmio di imposta per coloro che ne beneficiano, e un onere posto a carico della generalità dei contribuenti.

Dal punto di vista dell'equità giova osservare che la richiesta di detrazione fiscale presenta notevoli differenze per classe di reddito: è rara fra coloro che dichiarano redditi irrisori (5-6% fra i contribuenti con reddito fino a 3 mila euro) mentre è molto diffusa fra i redditi elevati (71% fra i redditi superiori a 200 mila euro). Ne risulta una forte concentrazione delle agevolazioni a favore dei ceti medi e medio-alti, più interessati ai consumi sanitari privati e più in grado di sostenerne la spesa. Differenze si registrano anche fra le regioni: la frequenza delle richieste è più elevata in Veneto, Emilia Romagna e Lombardia mentre è più contenuta in Campania e Calabria. La spesa portata in detrazione è più elevata al Nord (oltre 1.100 euro pro capite in Lombardia e Lazio) e più contenuta nel Mezzogiorno (meno di 700 euro in Basilicata e Molise)³.

c) La spesa delle famiglie per le polizze malattia.

Con riguardo alla spesa sostenuta dalle famiglie per le polizze malattia, alcune informazioni possono essere tratte dalle statistiche dell'Ania, Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici.

Nel 2016, l'ammontare complessivo dei premi del ramo malattia riscossi dalle imprese di assicurazione è pari a 2,5 miliardi di euro, di cui circa un quarto per polizze individuali e tre quarti per polizze collettive⁴.

Le statistiche dell'Ania forniscono dati significativi anche con riguardo alla gestione delle polizze. Con riferimento al ramo malattia, le spese di gestione⁵ risultano pari a circa il 25% dei premi contabilizzati (*expense ratio*), una percentuale che conferma gli elevanti costi connessi alla gestione delle coperture assicurative, anche in ragione della frequente interazione con gli assistiti e dell'elevata specificità tecnica del contatto con gli assicurati. In generale, l'Italia è fra i paesi con i più alti valori dell'*expense ratio*, per di più in lieve aumento.

² Senato della Repubblica, Ufficio Valutazione di Impatto, *Le spese fiscali in Italia nel primo rapporto annuale (2016)*. Documenti di analisi n. 8, settembre 2017, www.senato.it/ufficiovalutazioneimpatto

Senato della Repubblica, Ufficio Valutazione di Impatto, *Spese fiscali. Agevolazioni, detrazioni, esenzioni: quante sono? Quanto ci costano? Chi ne beneficia?* Focus, Settembre 2017, www.senato.it/ufficiovalutazioneimpatto

³ Dirindin, *La sanità pubblica tra indifferenza e laisser faire*, Rivista delle Politiche Sociali, n. 2 – 2016. I dati si riferiscono all'anno 2013.

⁴ Ania, Trends Infortuni e malattia. www.ania.it

⁵ Spese per l'acquisizione dei contratti, la riscossione dei premi, l'organizzazione e il funzionamento della rete distributiva, spese di amministrazione relative alla gestione tecnica ecc. www.ania.it

Con riferimento al trattamento fiscale delle polizze assicurative, è necessario distinguere fra le diverse tipologie di coperture. I premi versati come corrispettivo di una polizza *individuale* non godono di alcun trattamento agevolato, ma gli assicurati possono beneficiare delle detrazioni al 19% anche per le spese rimborsate dalla compagnia di assicurazione. I premi versati a coperture di polizze collettive sono soggetti, se rispondenti a specifici requisiti, a un regime fiscale analogo a quello riconosciuto ai fondi.

Non si dispone di alcuna stima attendibile del mancato gettito per l'erario connesso alle agevolazioni fiscali riconosciute alle polizze malattia.

Rispetto al totale della spesa sanitaria privata, i dati Oecd mettono in evidenza la scarsa incidenza, rispetto alla maggior parte dei paesi dell'Europa continentale, della spesa per assicurazioni, un dato che è spesso assunto a fondamento della richiesta di un maggior ruolo delle assicurazioni nel nostro Paese.

Sul tema la letteratura scientifica evidenzia rischi e opportunità, sotto diversi profili (fiscali, di finanza pubblica, di mercato, di offerta di servizi, di oneri per i cittadini, ecc.). L'argomento più frequentemente portato a sostegno di una maggiore intermediazione finanziario-assicurativa (con riguardo alle polizze e ai fondi sanitari) è connesso ai vantaggi dell'aggregazione della domanda di prestazioni sanitarie e alla conseguente potenziale maggiore efficienza della spesa privata. Va comunque ricordato che i costi connessi alla gestione delle polizze malattia sono molto elevati (intorno ad almeno il 25% dei premi contabilizzati) e sui benefici erogabili incidono le riserve che inevitabilmente un intermediario assicurativo deve costituire: tali due tipi di oneri sono più che sufficienti a compensare gli eventuali risparmi fiscali e quelli connessi all'aggregazione della domanda.

Quanto poi alla ipotizzata maggiore efficienza nel consumo di prestazioni sanitarie, l'effetto dovrebbe essere valutato rispetto alle preferenze del consumatore informato: ad oggi numerose evidenze rivelano che gli italiani sono poco inclini ad acquistare una copertura assicurativa (o a partecipare a fondi sanitari), presumibilmente anche in ragione della consapevolezza che la maggior parte dei rischi, specialmente quelli più catastrofici per i bilanci delle famiglie, sono tutelati all'interno del sistema pubblico grazie alla fiscalità generale, ovvero grazie alla ripartizione fra tutti i contribuenti del relativo onere (in base al principio «paga chi può a favore di chi ha bisogno») e, secondariamente, perché le spese sostenute nel mercato privato delle prestazioni sanitarie godono da molti anni di un regime fiscale agevolato che garantisce al cittadino un rimborso fino al 19% della spesa sopportata.

d) La spesa degli italiani per i fondi sanitari

I fondi sanitari sono una realtà molto complessa, composta da centinaia di fondi, casse, enti, molto eterogenei (quanto a coperture, premi, gestione delle attività, erogazione delle prestazioni, ecc.), spesso variamente collegati fra loro. Si tratta per lo più di fondi aziendali, che permettono alle imprese di moderare la crescita del costo del lavoro grazie al favorevole regime fiscale e ai lavoratori di ricevere quote di remunerazione in natura, esentasse.

Le informazioni disponibili sui fondi sanitari provengono da una pluralità di fonti, spesso parziali o settoriali e non sempre di facile accesso.

Una fonte importante è rappresentata dall'Anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il Ministero della salute. Una recente ricerca fornisce dati molto interessanti⁶.

Nel 2015 il Ministero della Salute conta 305 fondi iscritti all'Anagrafe, di cui 8 classificabili come Tipo A (fondi sanitari integrativi del SSN ex art. 9 dei Decreti legislativi 502/1992 e 299/1999, cd fondi *doc*) e n. 297 come Tipo B (Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, ex art. 51 del DPR 917 del 1986).

Il numero totale degli iscritti, compresi i famigliari, è pari a 9,2 milioni di persone.

I contributi complessivamente versati ai fondi sanitari ammontano a 2,2 miliardi di euro, per la quasi totalità riferiti ai fondi di Tipo B.

⁶ Aldo Piperno, *La previdenza sanitaria integrativa; configurazione, dimensione, effetti e implicazioni di policy*; rapporto presentato al Convegno Omceo del 6 ottobre 2017 a Roma.

Tab. 2 Statistiche dell'anagrafe dei fondi sanitari, riportate da Itinerari previdenziali

Anno	Fondi			Numero di iscritti						Dimensione delle risorse			
	tipo A	tipo B	Totale	lavoratori dipendenti	lavoratori autonomi	famigliari lavoratori dipendenti	famigliari lavoratori non dipendenti	totale lavoratori	totale famigliari	Totale iscritti	Ammontare generale tipologia B	Ammontare parziale tipologia B	Totale risorse tipologia A
2013	4	286	290	4.734.681	539.864	1.373.444	266.195	5.274.545	1.639.639	6.914.184	2.112.122.993	690.892.884	51.013
2014	7	293	300	5.141.223	565.199	1.563.015	224.387	5.706.422	1.787.402	7.493.824	2.159.808.946	682.448.936	77.051
2015	8	297	305	6.423.462	535.893	1.862.206	332.931	6.959.355	2.195.137	9.154.492	2.242.215.085	694.092.879	1.242.145

Fonte: Elaborazione Piperno (2017) su dati dell'Anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della salute forniti da Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio II, in data 31 maggio 2017

Fonte: Piperno 2017

Con riguardo al livello di conoscenza e di gradimento dei fondi sanitari, paiono interessanti, fra gli altri, i risultati di una indagine Assidai del 2015 effettuata presso un campione di manager italiani⁷. Il giudizio dei manager sul sistema sanitario italiano è sufficiente (voto medio 6 su 10), e oltre il 40% degli intervistati dà un voto pari o superiore a 7. Con riguardo ai fondi, il livello di conoscenza dei manager è "limitato" e solo una percentuale variabile fra il 14% e il 23% esprime un giudizio complessivamente "positivo" o "abbastanza positivo". Inoltre solo il 25% di coloro che non sono ancora iscritti a un fondo esprimono la volontà di farlo nel breve periodo.

e) Considerazioni complessive

- Da parecchi anni, le restrizioni imposte alla sanità pubblica stanno contribuendo al risanamento della finanza pubblica e all'aumento dell'efficienza nel Ssn, ma, al contempo, stanno indebolendo il sistema di offerta, aggravando le difficoltà di accesso alle cure, ampliando le disuguaglianze e introducendo un inedito razionamento esplicito nell'accesso a trattamenti efficaci (persino per patologie infettive importanti come l'epatite C).
A fronte di tale situazione aumenta il numero di persone che rinviando le cure (anche per difficoltà economiche), aumenta la spesa privata (pur mantenendosi sempre pari a circa ¼ della spesa complessiva) e cresce l'offerta di forme alternative di copertura sanitaria (dalle polizze ai fondi).
- La recente crescita di fondi sanitari pare attribuibile a una pluralità di fattori: i mutamenti intervenuti nelle relazioni sindacali e industriali (moderazione salariale, mutamenti nelle modalità di contrattazione), le agevolazioni riconosciute dal sistema fiscale (ai contributi versati da datori di lavoro e lavoratori, ai premi pagati, al welfare aziendale), le strategie di sviluppo dell'intermediazione finanziaria-assicurativa (alla continua ricerca di mercati profittevoli) e le ambizioni di crescita del mercato delle prestazioni sanitarie (che mal sopporta le restrizioni imposte dai tagli alla spesa pubblica). In tale contesto, le condizioni del servizio sanitario paiono, più che una causa, un effetto delle politiche adottate per sostenere lo sviluppo di forme alternative di copertura sanitaria: un indebolimento indotto attorno al tema della sostenibilità economica del Ssn.
- Le agevolazioni fiscali a favore dei fondi sanitari e del welfare aziendale sono spesso considerati uno strumento volto a favorire l'espansione di forme di tutela che possono contribuire a rendere più sostenibile il Servizio sanitario nazionale e a superare le difficoltà di accesso alle cure che gravano su alcuni gruppi di popolazione. Politiche volte a far risparmiare sulle tasse, offrendo forme di welfare destinato a migliorare la vita dei lavoratori (e alle loro famiglie) sono spesso presentate come una strategia *win win*

⁷ Assidai, *L'identità del manager italiano, il best place to work e l'assistenza sanitaria integrativa*, Indagine effettuata da Ipsos per Assidai, maggio 2015.

che garantisce cioè vantaggi a tutti, senza che nessuno ne sopporti gli oneri. In realtà non è esattamente così. Una strategia che permette di aggirare le inefficienze del pubblico che gravano soprattutto sui più deboli (le lunghe liste di attesa e i ticket non più concorrenziali rispetto ai prezzi del privato) potrebbe produrre effetti, in termini di efficienza e di equità, non necessariamente positivi.

In primo luogo perché, in periodi di vincoli stringenti di finanza pubblica, destinare via via più risorse pubbliche verso i fondi sanitari può implicare meno risorse per il Ssn. Inoltre perché rischia di indebolire la voce a difesa della qualità delle prestazioni pubbliche: chi beneficia di coperture alternative può, se insoddisfatto delle prestazioni pubbliche, rivolgersi facilmente ad altri erogatori anziché rivendicare un diritto, anche a nome di tutti gli altri cittadini.

In secondo luogo, i fondi producono una segmentazione delle tutele e, conseguentemente, forme di discriminazioni a favore di chi è occupato (rispetto a chi non lo è) e a favore di specifiche categorie di lavoratori, in particolare i lavoratori dipendenti con redditi meno contenuti, fortemente omogenei come categoria, con maggiori capacità negoziali e interessati a contrattare integrazioni salariali sotto forma di *fringe benefit* (rispetto ai lavoratori privi di tali requisiti). Producono inoltre iniquità nell'accesso alle cure e inefficienze nel mercato delle prestazioni (rischiando di indebolire le misure pubbliche volte a ridurre i fenomeni di consumo inappropriato).

In terzo luogo, va valutato l'effetto di illusione fiscale connesso alle agevolazioni fiscali a favore dei fondi sanitari che sono spesso ipotizzabili capaci di produrre vantaggi per tutti: la copertura sanitaria costa in effetti all'impresa meno rispetto a un parallelo aumento in busta paga e costa meno anche al lavoratore, per la quota di imposte a suo carico. Tali agevolazioni costano tuttavia alla finanza pubblica, ovvero alla generalità dei contribuenti, e producono effetti redistributivi a carico di chi non partecipa ad alcun fondo sanitario. Il che appare discutibile sotto il profilo dell'equità. Ne deriverebbero effetti simili a quelli che per la realtà statunitense sono stati definiti, in modo molto efficace, tipici di "una sanità malata di polizze esentasse".

Alla luce di tali considerazioni, pare necessario domandarsi quali soluzioni siano praticabili nell'interesse generale, anziché nell'interesse di specifici settori del mercato.

f) Conclusioni

"Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dalla legge 833/1978, i livelli essenziali e uniformi di assistenza nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse."

Così dispone la normativa in vigore (d.lgs 229/1999).

Ogni cittadino è peraltro libero di adottare anche altre soluzioni, sintetizzabili come segue:

1. ricorrere, in caso di bisogno, al mercato privato delle prestazioni sanitarie sopportandone direttamente i costi, salvo beneficiare al momento della dichiarazione dei redditi delle previste agevolazioni fiscali;
2. aderire ad una delle tante tipologie di fondi sanitari, istituiti con accordi aziendali o nazionali o di gruppo, per lo più stipulati dai datori di lavoro a favore dei propri dipendenti o di parte di essi (Fondi sanitari);
3. trasferire il rischio a una compagnia di assicurazione e sottoscrivere a titolo individuale o di gruppo una polizza malattia (assicurazione privata).

A tale proposito, le considerazioni svolte nel corso dell'*Indagine conoscitiva* conducono alle seguenti considerazioni preliminari:

- le restrizioni imposte alla sanità pubblica, in particolare nelle regioni sotto Piano di Rientro, hanno contribuito, dal 2010 ad oggi, a contenere in modo significativo la spesa sanitaria in rapporto al Pil, ma stanno producendo effetti preoccupanti in termini di funzionamento dei servizi e di assistenza erogata ai cittadini, alimentando importanti diseguaglianze all'interno di un sistema che, al contrario, dovrebbe rispondere ai principi di equità. La Commissione ritiene che la tutela della salute debba ritornare a pieno

titolo a far parte dell'agenda delle priorità dei governi (nazionale e regionale), debba essere riconosciuto il contributo della sanità allo sviluppo economico e umano della popolazione e debba essere avviato un percorso di progressivo riallineamento del rapporto spesa sanitaria pubblica / Pil alla media europea in modo da rinvigorire il Ssn, strutturare il personale e rispondere ai bisogni della popolazione;

- nel corso degli anni, i fondi sanitari si sono sviluppati, soprattutto nella componente ancorata a contratti aziendali e nazionali di lavoro, ma ancora oggi costituiscono una amalgama poco conosciuta, contemplando una varietà di soluzioni (enti, casse e fondi integrativi, complementari, sostitutivi, ecc.) dagli effetti difficili da enucleare. La loro estensione è comunque tale da non poter più essere disciplinata da una legislazione frammentata e obsoleta (in particolare per la sanità integrativa), la cui revisione dovrebbe essere effettuata tenuto conto dell'interesse generale, allo scopo di favorire una governance complessiva del settore a tutela dei cittadini, a partire da una accurata analisi del funzionamento attuale dei fondi, dei vantaggi e degli oneri a essi connessi e sulla base di informazioni complete e attendibili;
- le agevolazioni fiscali a favore dei fondi sanitari e del welfare aziendale sono spesso considerati uno strumento volto a favorire l'espansione di forme di tutela che possono contribuire a rendere più sostenibile il Servizio sanitario nazionale e a superare le difficoltà di accesso alle cure che gravano su alcuni gruppi di popolazione. Si tratta in realtà di misure che potrebbero produrre effetti, in termini di efficienza e di equità, non privi di aspetti problematici perché possono favorire opzioni praticabili solo da specifiche categorie di cittadini, indebolire le voci a difesa di una offerta pubblica di qualità a favore di tutta la popolazione, affievolire le politiche pubbliche volte a promuovere l'appropriatezza nell'uso di servizi e trattamenti;
- con riguardo alle assicurazioni private, i dati indicano una scarsa incidenza delle polizze rispetto ad altri paesi, segno della scarsa propensione degli italiani ad acquistare tali forme di protezione, anche in ragione delle tutele già garantite dalla sanità pubblica (rispetto alla quale i livelli di soddisfazione sono comunque ancora significativi), della relativa presenza di fondi sanitari, della onerosità degli schemi assicurativi e, non ultimo, del rimborso fiscale comunque garantito dalla normativa vigente a chi sostiene spese sanitarie private. Il settore è comunque in forte fermento, ipotizzando sviluppi di mercato piuttosto consistenti su differenti categorie di popolazione;
- a dispetto della pluralità delle soluzioni disponibili, ancora oggi alcune voci di spesa, molto impegnative per i bilanci delle famiglie, non godono di adeguate coperture, né pubbliche né private: è il caso, in particolare, della non autosufficienza, rispetto alla quale è necessario individuare una strategia nazionale, anche a partire da alcune esperienze regionali, in grado di favorire soluzioni che rendano possibile la copertura dei rischi che gravano sulle famiglie, prevedendo un reale coordinamento con quanto di competenza del servizio sanitario nazionale e assicurando il rispetto del principio di non discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti e di non selezione dei rischi. In tal senso vanno previste misure e adeguati finanziamenti per riconoscere e valorizzare dal punto di vista previdenziale il lavoro di cura svolto dai famigliari di persone non autosufficienti.

In prospettiva, la situazione sembra essere fortemente condizionata dallo status quo, in particolare dal rischio di perduranti restrizioni alla sanità pubblica e dalle strategie di sviluppo messe in atto dal mondo della intermediazione finanziaria.

La Commissione ritiene che sia necessario individuare una strategia di governo dello sviluppo delle varie forme di protezione, per orientare la loro crescita verso soluzioni in grado di affrontare i problemi di equità e di efficienza più volte sottolineati dalla Commissione, così come da chi ne sostiene lo sviluppo.

A conclusione dell'attività svolta, la Commissione Igiene e Sanità ritiene di poter suggerire le seguenti raccomandazioni:

1. intervenire tempestivamente a favore di un *rilancio* dei valori alla base del nostro sistema di tutela della salute e di un *rinascimento* del Ssn per renderlo più adeguato - in tutte le regioni italiane - ai bisogni di salute della popolazione, più accessibile a tutte le persone, a partire da quelle più fragili e

- più pesantemente colpite dalla lunga crisi economica, garantendo un finanziamento a carico della fiscalità generale allineato con i livelli europei;
2. intervenire affinché sia rigorosamente evitata, all'interno del Ssn, l'adozione di forme *esplicite* di selezione dei cittadini che possono accedere a trattamenti efficaci, superando definitivamente la recente, e del tutto inedita, esperienza di selezione dei pazienti con epatite C che possono beneficiare dei farmaci innovativi;
 3. intervenire affinché forme *implicite* di superamento dell'universalismo siano progressivamente messe in atto, anche prevedendo azioni volte a sostenere il valore del lavoro dei professionisti della sanità e la realizzazione di modelli organizzativi delineati pensando ai bisogni della popolazione;
 4. realizzare un *riordino* della sanità integrativa, definendone l'ambito di azione in modo da evitare duplicazioni e consumismo sanitario, rafforzando la vigilanza pubblica, garantendo la massima trasparenza delle opportunità e dei costi offerte ai cittadini, armonizzando l'offerta di prestazioni ai principi di appropriatezza e sicurezza previsti per i Lea, favorendo un'offerta di servizi a tariffe calmierate, adottando misure volte a ridurre le inefficienze connesse alla compresenza di sovra-assicurazione e sottoassicurazione di specifiche tipologie di rischio;
 5. definire una strategia nazionale a favore della protezione contro i rischi connessi alla *non autosufficienza*, individuando soluzioni che rendano possibile la ripartizione degli oneri su una vasta platea di contribuenti e risposte assistenziali a favore delle persone in condizioni di maggior bisogno;
 6. prevedere il riordino complessivo delle norme riguardanti le diverse forme di copertura sanitaria al fine di creare un *quadro regolatorio* capace di garantire la tutela delle persone e le condizioni per una sana competizione fra le diverse forme di copertura all'interno del sistema, anche evitando derive consumistiche;
 7. definire una *anagrafe unica* dei Fondi sanitari e delle assicurazioni private, identificando requisiti di accreditamento validi su tutto il territorio nazionale e rendendone pubblica la consultazione, anche per offrire ai cittadini l'opportunità di conoscere e valutare le diverse soluzioni offerte;
 8. intervenire affinché le *campagne pubblicitarie* in materia di polizze malattia siano veritiere e corrette, realizzate nel pieno rispetto delle norme in materia di pubblicità e tali da non indurre in errore il consumatore che, nello specifico settore, appare particolarmente vulnerabile;
 9. procedere nel processo già previsto nel *Programma nazionale di riforma* di riordino della normativa in materia della cosiddetta *spesa fiscale* nel settore sanitario;
 10. promuovere una nuova *governance* della sanità in una chiara logica di integrazione con le politiche sociali e ambientali.