

SENATO DELLA REPUBBLICA

10° Commissione permanente – Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale

Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute

28 Marzo 2023

CIDA è la Confederazione sindacale che rappresenta unitariamente a livello istituzionale dirigenti, quadri e alte professionalità del pubblico e del privato.
Le Federazioni aderenti a CIDA sono:

Federmanager (industria) | **Manageritalia** (commercio e terziario) | **FP-CIDA** (funzione pubblica) | **CIMO-FESMED** (medici SSN)
Sindirettivo Banca Centrale (dirigenza Banca d'Italia) | **FIDIA** (assicurazioni) | **Federazione Terzo Settore** (Sanità non profit)
FENDA (agricoltura e ambiente) | **SAUR** (Università e ricerca) | **Sindirettivo Consob** (dirigenza Consob)





I Fondi di Assistenza Sanitaria tra cui il FASI il FASDAC “Mario Besusso”¹ sono associazioni non riconosciute che operano nell’ambito di cui all’art. 46 della Legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (“La mutualità volontaria è libera”) e che hanno origine dalla contrattazione collettiva e rientrano tra gli enti aventi esclusivamente fine assistenziale di cui all’art. 51, Il comma, lettera a) del DPR 917/1986 e sono iscritti all’Anagrafe dei Fondi Sanitari.

L’origine contrattuale di questa forma di welfare fa sì che, sia i lavoratori che i datori di lavoro, vi destinino una parte del trattamento salariale e del costo del lavoro. Essa è tesa a favorire il benessere aziendale ma tale funzione si è estesa assumendo un ruolo sociale rispetto all’interesse generale della effettiva tutela del diritto alla salute secondo il principio di sussidiarietà con il servizio sanitario. Questo principio induce a superare la rigida logica, solo teorica, secondo la quale i Fondi Sanitari sono chiamati ad “integrare” il servizio pubblico erogando esclusivamente prestazioni non incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza attribuiti all’assistenza pubblica.

I Fondi Sanitari sono enti organismi no profit alimentati esclusivamente dalla contribuzione degli iscritti ed ispira la propria attività secondo le seguenti caratteristiche:

- l’assenza di fini di lucro, gli eventuali avanzi di gestione sono reinvestiti nel tempo sotto forma di prestazioni;
- l’assenza di qualsiasi meccanismo di selezione del rischio, l’utente viene assistito indipendentemente dal suo stato di salute, prescindendo dall’età e da eventuali malattie pregresse;
- l’assenza della facoltà di recesso, i Fondi sanitari integrativi non operano secondo i tradizionali principi delle assicurazioni private per cui non effettuano, per tutto il periodo di iscrizione dell’assistito, il confronto tra contributi incassati ed erogazioni effettuate, mantenendo sempre l’assistenza;
- l’assenza di periodi di comporto, l’assistito ed il suo nucleo familiare sono coperti sin dalla data di iscrizione.

Il Fasi e il Fasdac, in particolare, sono un Fondi è sostanzialmente autogestiti - fatta eccezione per la copertura della LTC – operano tramite imprese di assicurazione esterne su cui traslare il rischio, mantenendo in tal modo inalterata la logica *no profit* in tutta la sua filiera.

La caratteristica fondamentale di questi Fondi, che merita una particolare attenzione da parte del Legislatore in termini di maggiori agevolazioni, consiste nell’estendere le prestazioni garantite all’intero nucleo familiare e la permanenza dell’iscrizione anche successivamente all’ingresso in quiescenza.

Il modello Autogestito consente anche un maggiore controllo delle richieste di rimborso non solo in termini economico/finanziari ma anche, e soprattutto, in termini di appropriatezza medico-sanitaria della spesa affrontata dagli iscritti. A questa attività è dedicato uno specifico team di collaboratori medici che adottano come riferimento le Linee Guida per patologia e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute fondati sull’*Evidence Based Medicine* (EBM) presenti nella letteratura scientifica.

I servizi erogati dai Fondi Sanitari che operano con questa logica, e quelli contrattuali sono annoverati tra essi, non intaccano i fondi pubblici generali destinati al SSN anzi, ne liberano risorse.

¹ **FASI** (Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi) e **FASDAC** (Fondo di Assistenza Sanitaria per i Dirigenti delle Aziende Commerciali, di Trasporto e Spedizione) sono Fondi istituiti dai CCNL sottoscritti rispettivamente da Federmanager e Manageritalia - Federazioni aderenti a CIDA - con Confindustria e Confcommercio/Confetra.



I Fondi Sanitari svolgono la loro attività al fianco del Servizio Sanitario Nazionale adottando al proprio interno gli stessi principi di mutualità e solidarietà di quest'ultimo. Il contributo che, in generale, l'attività di tali Fondi Sanitari apporta all'efficienza del sistema è valutabile sotto diversi profili:

- In primo luogo, i Fondi Sanitari di natura negoziale tarano la loro offerta sanitaria sulla soddisfazione di bisogni di gruppi di soggetti omogenei, al fine di realizzare il miglior equilibrio possibile tra la massima utilità generabile per il gruppo di fruitori allocando, quindi, in maniera efficiente le risorse disponibili.
Tutto ciò avviene senza politiche di discriminazione rispetto allo stato di salute del singolo e al tempo stesso consentendo di contenere il costo ripartendolo sull'intera popolazione assistita che, si pensi alle persone anziane o con malattie gravi o croniche, potrebbero o non avere copertura ovvero averla a costi molto gravosi.
- Con una visione pragmatica, i Fondi Sanitari rispondono ad una delle esigenze più avvertite che è quella di una risposta immediata, pronta ed appropriata alle richieste "qui ed ora" di un reale e non differibile bisogno di salute, offrendo omogeneamente i propri servizi sull'intero territorio nazionale con prontezza e flessibilità di accesso. In questo contesto va considerato che la presenza di una rete di strutture sanitarie convenzionate consente anche un efficientamento della spesa sanitaria dell'intero sistema, che automaticamente tende a calmierare la dinamica dei prezzi dal lato dell'offerta.
- Inoltre, la presenza di una forma di assistenza sanitaria di natura negoziale, operando le fasi di liquidazione solo sulla base di documenti di spesa fiscalmente validi, risulta dirimente anche in relazione alla priorità del problema della "lotta all'evasione" che, proprio in campo sanitario, assume livelli particolarmente rilevanti.

La crescita e l'evoluzione dei Fondi Sanitari è legata all'esigenza di erogare al meglio i servizi per i propri assistiti, esigenza sempre più avvertita dalla fascia anziana della popolazione che manifesta una domanda di "salute" in una accezione più ampia e che non è contenuta solo nell'ambito dell'aspetto sanitario di cure ed interventi ma si estende anche all'assistenza dai momenti meno acuti a quelli più gravi fino alla non autosufficienza.

Riteniamo che il valore sociale dei fondi sanitari contrattuali sia un elemento da valorizzare in quanto rappresenta, ora ed in prospettiva, il miglior alleato del servizio sanitario nazionale. L'assunzione di un ruolo sempre più "sociale", nel tempo maggiormente evoluto ed esteso rispetto a quello originario, che stanno assumendo i Fondi Sanitari di origine negoziale fa sì che la logica con cui operano sempre più una logica di "integrazione di sistema" e non più in ottica di mera complementarietà al SSN, intervenendo in termini sostitutivi laddove il sistema pubblico non riesce a garantire le prestazioni nei tempi richiesti dall'assistito.

A tal riguardo, gli interventi di indirizzo del decisore politico, a nostro avviso dovrebbero:

- Incentivare l'utilizzo dello strumento del Fondo Sanitario per gestire il bene pubblico "Salute" mediante la destinazione diretta e specifica di parte della retribuzione. Molta parte delle relazioni sindacali, istituito fondato sulla libertà delle Parti Sociali di autoregolamentarsi e disciplinare i propri rapporti economici e normativi, sono spostate sul fronte welfare. È questo il campo in cui si punta a trovare un equilibrio tra le logiche di benefici individuali (redditi e produttività) secondo una filosofia di responsabilizzazione dell'individuo che si sente parte di una società in evoluzione. Il paradigma, ormai consolidato, di ricercare il miglior equilibrio tra coesione sociale e competitività di mercato e che vede il suo dispiegarsi nelle relazioni sindacali di cui la contrattazione collettiva è lo strumento principale.



- Dare maggiore senso al ruolo dei Fondi Sanitari, ed in particolare quelli di origine contrattuale, che intermediano una parte della spesa sanitaria annualmente non gravata sul Servizio Sanitario Nazionale, la cosiddetta Spesa Out Of Pocket (OOP). Recenti studi² hanno calcolato che la spesa sanitaria privata, non gravante sul settore pubblico, ammonta ad 46,38 miliardi di euro, ma di questi solo 5,8 miliardi di euro sono intermediati e, di questi ultimi, solo circa 3 miliardi di euro dai Fondi Sanitari. È da segnalare che la spesa OOP è aumentata di oltre il 35 % negli ultimi 7 anni, segno evidente di una necessità ed un bisogno di salute, evolutosi anche esso nel tempo, sentito dai cittadini in misura sempre più pressante. In questa cornice, i Fondi Sanitari di origine contrattuale, che gestiscono con risorse proprie dei lavoratori le esigenze sanitarie non gravanti sui bilanci pubblici di 15,6 milioni di persone, raccolgono contributi per 3,6 miliardi, erogano prestazioni per circa 3 miliardi con principi mutualistici e solidaristici con un intervento dello Stato in campo fiscale di poco oltre 0,5 miliardi di euro. La costruzione di un secondo pilastro che riduca la sempre più crescente spesa Out of Pocket dei cittadini italiana con un, sostanzialmente, contenuto incentivo fiscale sembra poter essere considerata una buona soluzione al problema.
- In una visione prospettica, in cui i problemi di transizione demografica della nostra comunità iniziano già d'ora ad essere evidenti, la sanità integrativa può costituire la soluzione più efficace ed efficiente per il sistema in cui il solo interlocutore pubblico non potrà, per gli evidenti problemi di costi e di bilancio pubblico, dare esaurienti risposte. Ci si riferisce alla gestione collettiva della Non Autosufficienza che, se opportunamente facilitata, potrà divenire uno dei punti di incontro nell'ambito della contrattazione collettiva di primo o di secondo livello. In generale, l'invito è quello di andare oltre logiche datate e superate di ricondurre le prestazioni erogate dai Fondi Sanitari meritevoli di attenzione da parte del Legislatore solo se rientranti o meno nell'ambito dei Lea, attesa anche la eterogeneità con cui questi sono usufruiti da Regione a Regione.
- Uniformare gli ambiti di intervento tra i Fondi che operano in base all'art. 9 del D.Lgs. 502/92 – recentemente innovato dalla Legge 118/2022 (cosiddetto “DDL Concorrenza”) – cosiddetti “Fondi Doc” e quelli in cui operano i Fondi di cui all'art. 51 del TUIR (cosiddetti “Fondi Non Doc”) previsti dal Decreto Sacconi. Si parla, in pratica, delle prestazioni intramoenia, delle differenze di classe e dei ticket e delle prestazioni non previste nei Lea o non a carico del SSN per prevenzione primaria e secondaria, Long Term Care e trattamenti sociali per pazienti cronici.
- Come detto, il welfare solidaristico finanziato con risorse private andrebbe incoraggiato e inserito in un contesto organico e coerente, non è un privilegio riservato a pochi. È un'espressione concreta di sussidiarietà, è la via per rendere sostenibile il welfare negli anni a venire, affrontando l'avversa curva demografica. Tra le numerose agevolazioni previste dalla normativa fiscale italiana, quella per le spese sanitarie rappresenta tradizionalmente la tipologia più richiesta. In sostanza, nella maggior parte dei casi è riconosciuta una detrazione dall'Irpef di una percentuale pari al 19% della spesa sostenuta per la parte eccedente l'importo di 129,11 euro, la cosiddetta franchigia. Inoltre, in alcune situazioni invece della detrazione dall'imposta lorda si può usufruire di una deduzione dal reddito complessivo. Riguardo alla questione delle detrazioni fiscali per spese sanitarie, passando ai numeri, dall'analisi dei dati raccolti dal Mef sulle dichiarazioni dei redditi presentate nel 2021 e, quindi, relativi all'anno d'imposta 2020, il numero dei beneficiari per tale detrazione ha superato i 18milioni

² Il Bilancio del Sistema Previdenziale italiano – rapporto n. 10 anno 2023 a cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali



di contribuenti, 18.380.259 per l'esattezza, mentre la somma complessiva delle spese sanitarie sostenute, incluse quelle per i portatori di handicap, ha oltrepassato nella stessa annualità di riferimento i 16 miliardi di euro, fermandosi a 16.764.760 euro. Il minor gettito, dovuto alle detrazioni, è pari a circa 3 miliardi di euro, che da una parte rappresenta un risparmio per coloro che ne beneficiano, dall'altra un onere per la comunità. Tuttavia, va considerato che attualmente i Fondi Sanitari alleggeriscono di molto la spesa sanitaria totale, perché chi si rivolge ad essi non grava sul SSN.

- Per quanto riguarda il limite massimo di deducibilità, non possiamo non evidenziare il fatto che dal 1997 i contributi di assistenza sanitaria integrativa (versati dal datore di lavoro e dal lavoratore ad enti o casse aventi fini assistenziali sulla base di norme contrattuali o di regolamento aziendale) sono deducibili per un importo massimo di 3.615,20 euro che negli anni non è stato mai rivalutato.

La grave pandemia ha messo a nudo il vero stato di salute del nostro servizio sanitario nazionale (SSN), facendo emergere tutte quelle criticità di cui troppo spesso si è discusso senza mai trovare una soluzione idonea. La pandemia, inoltre, ha dimostrato come la salute pubblica incida profondamente sui processi produttivi del nostro Paese: la sanità, allora, deve occupare un ruolo fondamentale nel dibattito politico, avendo sempre presente la necessità di rendere davvero equo, accessibile e universale il nostro SSN.

In prospettiva l'obiettivo è quello di passare progressivamente da un sistema incentrato sulla cura a un sistema di well-being, ma questo non può prescindere da un'analisi oggettiva che metta in evidenza i limiti anche di sostenibilità economica del SSN e la conseguente necessità di rendere maggiormente sinergico il rapporto in termini di complementarietà tra sanità pubblica e privata riconoscendo il ruolo determinante svolto dai Fondi di assistenza sanitaria integrativa nell'ottica di completare l'offerta sanitaria, garantendo la qualità delle prestazioni e contribuendo al controllo della spesa andando ad intercettare il cosiddetto out of pocket sostenuto direttamente dal cittadino. La nostra proposta, quindi, è di aumentare stabilmente il limite di deducibilità fiscale pari a 3.615,20 euro dei contributi versati ai Fondi integrativi del SSN, valorizzando il più possibile il criterio di sussidiarietà, per le forme integrative di diritto privato basate sulla mutualità e solidarietà tra gli associati.

- Circa l'eventuale controllo di vigilanza da parte della Covip sui Fondi Sanitari (come ipotizzato in passato) occorre evidenziare che la natura dei fondi e delle casse sanitarie è molto differente da quella degli istituti previdenziali, nei quali prevale la dimensione finanziaria e in cui l'impianto attuariale deve garantire l'erogazione di prestazioni molto lontane nel tempo, rispetto al reperimento delle risorse. Fondi e casse sanitarie hanno un orizzonte di più breve periodo e, pur dovendo certamente praticare politiche di sostenibilità, sono sostanzialmente enti di servizio, che necessitano di raccordo e adattamento rispetto al SSN. Sarebbe pertanto più logico collocarne la vigilanza nell'ambito del Ministero della Salute, anche al fine di poter sviluppare politiche collaborative, pianificazione della spesa e convenzionamenti sul territorio.

La pandemia, pur nella sua tragicità, ci ha dato l'occasione di sviluppare e, laddove già presenti, di consolidare le sinergie tra gli operatori pubblici e privati e la sanità integrativa.

Tali sinergie hanno l'obiettivo di **rafforzare il sistema sanitario italiano nei tre suoi pilastri (pubblico, integrativo e privato) e negli aspetti costituiti da prevenzione, cronicità e non autosufficienza.**

Stiamo assistendo ad un cambio di paradigma, che pone l'accento non sulla patologia, non sul paziente, bensì sul soggetto sano, in risposta alle nuove esigenze di un mercato della salute che nel post-pandemia ha



sdoganato un nuovo modello di prestazione delle cure e dell'assistenza, più domiciliare, più digitale e ancora più orientato al paziente di quanto già non lo fosse negli anni passati. E a tale cambio di paradigma è necessario reagire e non farsi cogliere impreparati.

In questo contesto, i Fondi Sanitari Integrativi non possono e non devono agire da attori isolati, ma è necessaria una maggiore integrazione sistemica: gli operatori della sanità integrativa³ devono operare all'interno del sistema salute in modo coordinato e sinergico con gli operatori pubblici e privati⁴.

Tale integrazione può essere realizzata in molti modi (attraverso la costituzione di una filiera istituzionale, con un maggiore scambio di dati e informazioni o attraverso una maggiore interoperabilità dei sistemi informatici, come ad esempio il FSE) e può includere diverse aree, ad oggi critiche, del sistema salute italiano.

È quindi necessario non solo avvalersi del PNRR come occasione di rinnovamento di tutto il sistema salute nel suo complesso, ma anche, più nello specifico, allargare la platea degli attori coinvolti in prima linea alla tutela della salute, come i Fondi sanitari.

A questo si affianca il discorso legato alla cronicità: nel nostro Paese le malattie croniche non trasmissibili sono ritenute responsabili, per il 2010, del 92% dei decessi totali registrati, in particolare le malattie cardiovascolari (41%), i tumori (29%), le malattie respiratorie croniche (5%) e il diabete (4%).

Questi dati, già molto allarmanti, sono destinati a peggiorare a causa della tendenza all'aumento dell'inattività fisica, di sovrappeso e obesità e l'aumento dell'aspettativa di vita con il quale cresce parallelamente la probabilità di sviluppare tumori, malattie cardiovascolari e diabete.

In questo contesto è sempre più attuale il modello chronic care, modello assistenziale al quale tutto il sistema nazionale si sta -lentamente- adeguando in un'ottica di integratività, operativa e digitale.

Le malattie croniche sono inoltre molto spesso invalidanti, aumentando e anticipando il momento della non autosufficienza nei soggetti anziani, ma anche in questa area emergono importanti lacune nella loro gestione, che potrebbero, se correttamente focalizzate e coordinate, essere mitigate attraverso le risorse veicolate con il PNRR e attraverso un maggior coinvolgimento dei Fondi sanitari integrativi.

L'obiettivo è quello di garantire la tutela della salute ad un numero sempre maggiore di persone e a persone sempre più anziane: per raggiungerlo è necessario sviluppare un modello di sanità integrativa che sia di reale sostegno al sistema pubblico, che pur mantenendo un ruolo centrale in termini di universalità del servizio a tutti i cittadini, possa essere supportato allo stesso tempo nelle aree più critiche, quali assistenza domiciliare, non autosufficienza e prevenzione.

Questo nuovo modello di sanità integrativa, ben interconnesso nel nuovo sistema salute che il PNRR sta cercando di costruire e fondato sul principio di mutualità è in grado di garantire maggiore equità fra i cittadini e più elevati livelli di tutela sanitaria per tutti, riducendo, ad esempio, l'incidenza del costo delle cure pagate di tasca propria sul reddito dei cittadini italiani (che nel 2019 è stato pari ad oltre il 3%).

³ che si occupano del finanziamento di una parte delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie

⁴ che si occupano invece dell'erogazione delle prestazioni stesse.



GLI OBIETTIVI DELL'INDAGINE CONOSCITIVA

Per rispondere agli obiettivi che la Commissione si è prefissata, riportiamo di seguito, in breve, le principali dimensioni dei Fondi di assistenza sanitaria integrativa che fanno capo alle Federazioni associate a CIDA.

Il **FASI** – Fondo di assistenza sanitaria integrativa – è un fondo di natura contrattuale nato nel 1977 su iniziativa sindacate di categoria ed è diventato nel 1982 un Fondo a gestione paritetica costituito da Confindustria e Federmanager. Il suo scopo è quello di rimborsare ai dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi, in attività o in pensione e alle loro famiglie, il costo di prestazioni sanitarie e oggi, con i suoi oltre 40 anni di storia, rappresenta una delle maggiori realtà italiane ed europee operanti nel settore. Dalla sua costituzione, il Fondo si è consolidato potendo contare su circa 120mila iscritti e 14mila imprese aderenti.

A rendere unico il FASI è il rispetto del principio fondante sancito dall'art. 1 del suo Statuto, ovvero la solidarietà intergenerazionale. Storicamente il monte contributivo, raccolto attraverso i contributi versati dalle aziende e dai pensionati, non ha mai coperto interamente il fabbisogno di spesa di tale categoria e, pertanto, il Fondo assicura la propria sostenibilità anche attraverso quota parte delle risorse versate dai dirigenti in servizio. Nello stesso articolo vengono sanciti altri due importanti principi, la mutualità, ovvero il fatto che tutti gli iscritti partecipano, rispetto alla propria categoria di appartenenza, in egual misura alla spesa sostenuta per l'erogazione della attività del Fondo e la non selezione del rischio, in quanto l'assistenza del FASI esclude qualsiasi meccanismo di selezione tipico del settore assicurativo.

Il Fondo è un'associazione di secondo grado senza scopo di lucro ed ha ottenuto nel 2022 il rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi, rilasciata dal Ministero della Salute.

<https://www.fasi.it/>

Il **FASDAC** “Mario Besusso” è il Fondo di Assistenza Sanitaria per i dirigenti delle aziende commerciali, di trasporto e spedizione, dei magazzini generali, degli alberghi e delle agenzie marittime costituito da Confcommercio, Confetra e Manageritalia. È un Ente di natura contrattuale ed è disciplinato da un proprio Statuto e Regolamento.

È un soggetto collettivo “no profit” del privato sociale che opera accanto al Servizio Sanitario Nazionale nell'area garantita dall'art. 46 della sua legge istitutiva (“la mutualità volontaria è libera”). Non è solo un valido istituto di autotutela in favore della categoria dei dirigenti, ma un patrimonio della mutualità integrativa del Paese. Il FASDAC viene costituito nel 1948, nel 1957 viene aperta l'iscrizione ai Prosecuratori volontari e nel 1976 oltre ai Pensionati già assistiti, viene aperta l'iscrizione dei Superstiti.

Il FASDAC fa parte del sistema integrato di welfare contrattuale a tutela e supporto degli iscritti, che garantisce, oltre all'assistenza sanitaria, la previdenza integrativa di secondo pilastro (Fondo di Previdenza “Mario Negri”), il programma assicurativo di terzo pilastro (Associazione “Antonio Pastore”), la formazione manageriale (CFMT) ed i servizi forniti dalle Associazioni territoriali di Manageritalia e di Confcommercio – Imprese per l'Italia.

Nel corso della sua storia, il FASDAC si è saputo evolvere mantenendo però fede nel tempo ai suoi principi ispiratori, che affondano le radici nella più antica cultura solidaristica del nostro Paese. Le risorse, a cui tutti concorrono nella stessa misura, sono ridistribuite secondo il bisogno di ciascuno (mutualità tra gli iscritti), realizzando una solidarietà intergenerazionale tra dirigenti attivi e pensionati.

Oggi il Fondo garantisce la copertura di un'ampia categoria di prestazioni sanitarie, sia in forma indiretta che tramite strutture sanitarie convenzionate: assistenza ospedaliera, assistenza extraospedaliera, prestazioni odontoiatriche ed altre prestazioni. Il FASDAC nel 2022 ha rinnovato l'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.

<https://www.fasdac.it/>



	FASI	FASDAC*
DIRIGENTI IN SERVIZIO	61.253	28.000
PROSECUTORI VOLONTARI	3.996	3.000
PENSIONATI DIRETTI	53.095	8.000
PENSIONATI SUPERSTITI	14.321	2.000
FAMILIARI	168.816	67.000
TOT. POPOLAZIONE ASSISTIBILE	301.526	108.000
CONTRIBUTI	398.534.732	143 milioni
EROGAZIONI	334.217.477	121 milioni
PRATICHE LIQUIDATE	978.899	435.000
CENTRI OPERATIVI CONVENZIONATI	2.707	8.000

**Dati arrotondati*



INDAGINE CONOSCITIVA SULLA SANITA' INTEGRATIVA

1) Beneficiari della sanità integrativa ed orizzonte temporale di riferimento

Al fine di promuovere una riflessione complessiva sull'aggiornamento del modello di sicurezza sociale del nostro Paese, si chiede di conoscere la vostra opinione riguardo a:

- a) l'estensione dell'universalismo, principio fondante della Sanità pubblica, alla sanità integrativa, anche attraverso l'equiparazione di tutte le forme di sanitarie integrative (fondi sanitari, casse assistenziali, polizze malattia e società di mutuo soccorso);***

La pandemia, pur nella sua tragicità, ci ha dato l'occasione di sviluppare e, laddove già presenti, di consolidare le sinergie tra gli operatori pubblici e privati e la sanità integrativa. Tali sinergie hanno l'obiettivo di rafforzare il sistema sanitario italiano nei tre suoi pilastri (pubblico, integrativo e privato) e negli aspetti costituiti da prevenzione, cronicità e non autosufficienza. Stiamo assistendo ad un cambio di paradigma, che pone l'accento non sulla patologia, non sul paziente, bensì sul soggetto sano, in risposta alle nuove esigenze di un mercato della salute che nel post-pandemia ha sdoganato un nuovo modello di prestazione delle cure e dell'assistenza, più domiciliare, più digitale e ancora più orientato al paziente di quanto già non lo fosse negli anni passati. E a tale cambio di paradigma è necessario reagire e non farsi cogliere impreparati. In questo contesto, i Fondi Sanitari Integrativi non possono e non devono agire da attori isolati, ma **è necessaria una maggiore integrazione sistemica: gli operatori della sanità integrativa devono agire all'interno del sistema salute in modo coordinato e sinergico con gli operatori pubblici e privati**. Tale integrazione può essere realizzata in molti modi (attraverso la costituzione di una filiera istituzionale, con un maggiore scambio di dati e informazioni o attraverso una maggiore interoperabilità dei sistemi informatici, come ad esempio il FSE) e può includere diverse aree, ad oggi critiche, del sistema salute italiano. È quindi necessario non solo avvalersi del PNRR come occasione di rinnovamento di tutto il sistema salute nel suo complesso, ma anche, più nello specifico, allargare la platea degli attori coinvolti in prima linea alla tutela della salute, come i Fondi sanitari. A questo si affianca il discorso legato alla cronicità: nel nostro Paese le malattie croniche non trasmissibili sono ritenute responsabili, per il 2010, del 92% dei decessi totali registrati, in particolare le malattie cardio-vascolari (41%), i tumori (29%), le malattie respiratorie croniche (5%) e il diabete (4%). Questi dati, già molto allarmanti, sono destinati a peggiorare a causa della tendenza all'aumento dell'inattività fisica, di sovrappeso e obesità e l'aumento dell'aspettativa di vita con il quale cresce parallelamente la probabilità di sviluppare tumori, malattie cardiovascolari e diabete. In questo contesto è sempre più attuale il modello chronic care, modello assistenziale al quale tutto il sistema nazionale si sta lentamente adeguando in un'ottica di integratività, operativa e digitale. Le malattie croniche sono inoltre molto spesso invalidanti, aumentando e anticipando il momento della non autosufficienza nei soggetti anziani, ma anche in questa area emergono importanti lacune nella loro gestione, che potrebbero, se correttamente focalizzate e coordinate, essere mitigate attraverso le risorse veicolate con il PNRR e attraverso un maggior coinvolgimento dei Fondi sanitari integrativi. L'obiettivo è quello di garantire la tutela della salute ad un numero sempre maggiore di persone e a soggetti sempre più



anziani: per raggiungerlo è necessario sviluppare un modello di sanità integrativa che sia di reale sostegno al sistema pubblico, che pur mantenendo un ruolo centrale in termini di universalità del servizio a tutti i cittadini, possa essere supportato allo stesso tempo nelle aree più critiche, quali assistenza domiciliare, non autosufficienza e prevenzione. Questo nuovo modello di sanità integrativa, ben interconnesso nel nuovo sistema salute che il PNRR sta cercando di costruire e fondato sul principio di mutualità è in grado di garantire maggiore equità fra i cittadini e più elevati livelli di tutela sanitaria per tutti, riducendo, ad esempio, l'incidenza del costo delle cure pagate di tasca propria sul reddito dei cittadini italiani (che nel 2019 è stato pari ad oltre il 3%).

Riteniamo che i Fondi Sanitari debbano essere gestiti sulla base dei seguenti principi e valori:

- operare come enti no profit. Il Fondo Sanitario trae le proprie risorse esclusivamente attraverso la contribuzione degli iscritti e delle aziende e la propria attività deve essere senza fini di lucro. Gli eventuali avanzi di gestione sono utilizzati nel tempo per finanziare il rimborso di prestazioni;
- operare senza applicare la selezione del rischio, si è assistibili indipendentemente dal proprio stato di salute, prescindendo dall'età e da eventuali malattie pregresse;
- operare senza che il Fondo abbia possibilità di recesso. Il Fondo non può recedere unilateralmente dal rapporto con l'assistito sulla base della sua sinistrosità, entrando nel merito dei contributi individuali versati e delle prestazioni rimborsate da ogni singolo assistito o nucleo familiare;
- non applicare logiche assicurative al rapporto Fondo-Assistito, come ad esempio il periodo di carenza; l'aderente ed il suo nucleo familiare assistito vengono coperti sin dalla data di iscrizione.

Questi principi, se resi obbligatori ed effettivi, anche per la sanità integrativa, rendono le prestazioni dei Fondi Sanitari coerenti alle modalità con cui il Servizio Sanitario Nazionale tutela il diritto alla Salute, in un perfetto sincretismo di intenti e modalità di erogazione che consentono al servizio così concepito di essere realmente universalistico, includendo la popolazione attiva e non.

Tale approccio deve comunque tenere in giusta considerazione la centralità della contrattazione di lavoro nel disegnare liberamente sistemi di welfare aziendale.

b) la ridefinizione dei piani sanitari attualmente in uso presso le principali forme sanitarie integrative, al fine di estendere su base automatica le tutele anche ai lavoratori (dirigenti inclusi) in quiescenza e a tutti i componenti dei relativi nuclei familiari.

I nostri Fondi Sanitari di origine contrattuale prevedono l'assistibilità anche a soggetti non più attivi garantendo la tutela anche quando l'ex lavoratore esce, sia temporaneamente che definitivamente, dal mondo del lavoro.

Questa è una facoltà concessa ad ogni iscritto - fortemente voluta e condivisa dalle Parti Sociali - ed afferma il diritto alla continuità dell'iscrizione al Fondo, pur non essendo più in attività, per sé e per il proprio nucleo familiare potendo usufruire delle relative prestazioni a fronte di un contributo anche più contenuto al fondo associativo.

Riteniamo inoltre che uno dei punti qualificanti di un Fondo Sanitario, sia la possibilità di estendere il diritto al mantenimento dell'iscrizione anche ai coniugi superstiti, eventualmente agevolando questi ultimi con una contribuzione ancora più contenuta di quella dell'iscritto pensionato.



Riteniamo corretto mantenere un diritto per sé in vita ed un diritto anche per l'eventuale coniuge superstite in caso di morte.

Altro punto qualificante dei Fondi Sanitari riteniamo possa essere, accanto ad una solidarietà intergenerazionale, anche il garantire una solidarietà all'interno delle generazioni (intra-generazionale).

È necessario dare la possibilità di mantenere l'iscrizione anche ai soggetti temporaneamente usciti dal mondo del lavoro dipendente. L'evoluzione delle dinamiche del mondo del lavoro, fondate sempre meno sul paradigma del rapporto di lavoro dipendente, possono determinare periodi, più o meno lunghi, di non applicazione del Contratto Collettivo Nazionale in capo all'ex dipendente iscritto.

Allo stesso modo riteniamo qualificante l'estensione della assistibilità anche ai familiari, definendo la propria attività e i piani sanitari proposti in funzione delle caratteristiche della popolazione assistita, attuale e futura (prevenzione anche legata alla terza età, servizi resi per patologie legate all'età, LTC, ecc.).

2) Livelli assistenziali delle forme sanitarie integrative

Si chiede di conoscere il vostro avviso in relazione all'opportunità di definire dei "Livelli Integrativi di Assistenza" che dovrebbero essere garantiti da tutte le forme sanitarie integrative e che potrebbero essere oggetto di monitoraggio dello stesso Ministero della Salute e/o di apposito Istituto/Agenzia di vigilanza.

E' un tema sul quale l'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute ha recentemente aperto un Tavolo di lavoro, cui partecipano anche Fondi, Casse e Mutue.

Riteniamo necessario fare dapprima una riflessione sul concetto di integratività. Data l'attuale condizione di sofferenza organizzativa del SSN nel soddisfare la domanda di prestazioni è limitativo considerare i Fondi come enti che debbano prevalentemente rimborsare prestazioni non offerte dal SSN e quindi non incluse nei LEA. L'applicazione del mero concetto di integratività avrebbe come unica conseguenza quella di incrementare la spesa privata dei cittadini (out-of-pocket) che, per superare le lunghe liste di attesa o la mancata offerta di servizi, si vedrebbero comunque costretti a rivolgersi al mercato della sanità privata per accedere a prestazioni "sostitutive" a quelle del SSN.

Infatti, come è stato chiaramente esposto nell'Abstrat⁵ della Commissione di Indagine Conoscitiva, la quota che sarà impegnata dal settore pubblico alla sanità è destinata nel tempo ad essere relativamente sempre più bassa rispetto alle medie europee. È una tendenza confermata dalla crescita progressiva che si registra nella Spesa Privata Out Of Pocket di cui, tra l'altro, solo una piccola quota (circa il 10%) è intermediata dai Fondi Sanitari.

⁵ ... La maggior parte dei Paesi Europei ha programmato di sostenere ulteriormente il finanziamento della propria spesa sanitaria attraverso un incremento della quota di PIL dedicata alla salute. Il posizionamento finora adottato dall'Italia, tuttavia, si discosta da questa impostazione. Infatti, il Documento di Finanza Pubblica 2022 prevede una progressiva riduzione dell'incidenza della nostra spesa sanitaria pubblica in relazione al Prodotto Interno Lordo del Paese dal 7,4% del 2020 al 6,2% nel 2025....(pag.1)



La spesa privata “out of pocket” altro non è che una risorsa di natura privata, a carattere diffuso, messa in campo dai cittadini in aggiunta alla spesa pubblica finanziata attraverso la fiscalità generale. L’entità di questa spesa privata è enorme se rapportata a quella pubblica. Oggi, di questa spesa privata, gli enti che gestiscono forme di assistenza integrativa riescono però ad intermediarne solo una piccola parte.

È bene precisare che la spesa privata Out of Pocket non è concentrata solo o prevalentemente sulle prestazioni integrative Extra LEA, ma riguarda in gran parte quelle già presenti nei LEA (c.d. “sostitutive”). Pertanto, **sarebbe dannoso contrarre ulteriormente l’intervento dei Fondi Sanitari nel fornire prestazioni rientranti nei LEA perché ne aumenterebbe la domanda a fronte di una offerta pubblica già oggi insufficiente. L’effetto sarebbe l’aumento della spesa Out of Pocket o, peggio ancora, la rinuncia alle cure.**

È ormai maturo il tempo di superare la contrapposizione tra prestazioni “sostitutive” e “integrative” per parlare piuttosto di “complementarità” o “integrazione di sistema” tra il mondo della Servizio Sanitario Nazionale (Primo Pilastro) e il mondo dei Fondi Sanitari (Secondo Pilastro) in logica di sussidiarietà.

L’utilizzo degli incentivi fiscali a beneficio di Enti che, operanti con gli stessi principi del Servizio Sanitario Nazionale (vedi i concetti di mutualità, No Profit, Assenza di rischio, divieto di recesso, solidarietà inter e infra-generazionale ecc.) rendono il “Bene Salute” più equo e fruibile di quanto non sia oggi, rappresenta la possibile soluzione al problema.

Ogni elemento (agevolazioni fiscali, “Quota Sacconi” ad esempio) che non sia indirizzato in questo senso, ma addirittura punti nella direzione opposta, ne altera l’equilibrio e sposta l’ago della bilancia verso l’incremento della Spesa Privata out-of-pocket.

Sarebbe inoltre auspicabile orientare la propria attività ad uniformare gli ambiti di intervento tra i Fondi che operano in base all’art. 9 del D.Lgs. 502/92 – recentemente innovato dalla Legge 118/2022 (cosiddetto “DDL Concorrenza”) – cosiddetti “Fondi Doc” e quelli in cui operano i Fondi di cui all’art. 51 del TUIR (cosiddetti “Fondi Non Doc”) previsti dal Decreto Sacconi.

Si parla, in pratica, delle prestazioni intramoenia, delle differenze di classe, dei ticket e delle prestazioni non previste nei Lea o non a carico del SSN per prevenzione primaria e secondaria, Long Term Care e trattamenti sociali per pazienti cronici.

Il valore sociale dei fondi sanitari contrattuali è un elemento che si ritiene vada ulteriormente valorizzato dal decisore politico in quanto rappresenta, ora ed in prospettiva, il miglior alleato del Servizio Sanitario Nazionale.

Il paradigma, ormai consolidato, è di ricercare il miglior equilibrio tra coesione sociale e competitività di mercato che vede il suo dispiegarsi nelle relazioni sindacali di cui la contrattazione collettiva è lo strumento principale.

Secondo una visione prospettica, in cui i problemi di transizione demografica della nostra comunità iniziano già d’ora ad essere evidenti, la sanità integrativa può costituire la soluzione più efficace ed efficiente per il sistema in cui il solo interlocutore pubblico non potrà, per gli evidenti problemi di costi e di bilancio pubblico, dare esaurienti risposte.



Ci si riferisce alla gestione collettiva della Non Autosufficienza che, se opportunamente facilitato, potrà divenire uno dei punti di incontro nell'ambito della contrattazione collettiva di primo o di secondo livello. In generale, l'invito è - si ripete - quello di andare oltre logiche datate e superate di ricondurre le prestazioni erogate dai Fondi Sanitari meritevoli di attenzione da parte del Legislatore solo se rientranti o meno nell'ambito dei Lea, attesa anche la eterogeneità con cui questi sono usufruiti da Regione a Regione.

3) Governance e vigilanza delle forme sanitarie integrative

Considerata la sostanziale assimilabilità tra le fonti istitutive della previdenza complementare e della sanità integrativa, si chiede di conoscere la vostra valutazione sull'opportunità di introdurre anche per la sanità integrativa un impianto e dei presidi di vigilanza assimilabili a quelli già in vigore nel settore della previdenza complementare, con particolare riferimento alle seguenti materie: governance; contabilità e bilancio; trasparenza e comparabilità della proposta sanitaria e di dotazione patrimoniale/solvibilità delle forme sanitarie integrative (anche avuto riguardo, ove consentito, ai modelli di gestione in proprio dei fondi/piani sanitari e/o dell'erogazione delle prestazioni sanitarie) e di trasferimento del rischio sottostante; affidamento in gestione delle prestazioni sanitarie garantite dalle forme sanitarie integrative (regolamentazione dei bandi di gara, auditing delle assegnazioni effettuate, eventuale applicabilità/assimilabilità alla regolamentazione di cui al D.lgs. 50/2016, etc).

Il mondo dei Fondi Sanitari è estremamente differenziato e caratterizzato da diverse tipologie di soggetti ma introdurre un sistema di controllo assimilabile a quello della Previdenza complementare non sembrerebbe coerente con le logiche dei Fondi Sanitari.

La previdenza complementare è orientata a fornire un flusso di redditi al singolo aderente che costruisce nel tempo il proprio "zainetto" per poterlo usufruire in determinati momenti della propria vita, in particolare in quello di quiescenza. Sono fondi individuali e tali rimangono per tutto il periodo, prima con un criterio di accumulo poi con uno di utilizzo.

L'utilità del Fondo Previdenziale integrativo si apprezza nel tempo, nel decorso di questo periodo trovano ragione le proprie modalità applicative, di governance e di controllo.

Nei Fondi Sanitari la situazione si esprime attraverso una logica diametralmente opposta. Infatti, le riserve individuali perdono la loro soggettività avendo lo scopo di formare un fondo unico a cui tutti gli aderenti possono attingere per le loro esigenze di natura sanitaria (beninteso secondo le regole di ciascun fondo).

La logica operativa dei Fondi Sanitari non è l'accumulo ma quella della ripartizione e il tutto si acquisisce per favorire, secondo logiche di solidarietà e mutualità collettive, cui tutti gli aventi diritto possono attingere secondo il proprio bisogno a prescindere da quanto versato.

Precisato questo aspetto, va anche osservato che **replicare per i Fondi Sanitari un soggetto come Covip, farebbe rientrare l'Authority sotto l'egida del Ministero del Lavoro, non proprio attinente ai Fondi Sanitari. Considerata, invece, la natura dei Fondi, sembra essere più coerente un'Authority o un Ufficio specifico rientrante nell'ambito del Ministero della Salute.**



Nella logica di una struttura che sia di verifica e controllo delle attività dei Fondi Sanitari riteniamo fortemente caratterizzante la istituzionalizzazione dei principi generali che – come detto sopra – rendono effettivo il principio dell’universalismo.

A tal riguardo, riteniamo che una buona conduzione dei Fondi Sanitari coerente con il Servizio Sanitario Pubblico, non possa prescindere dal prevedere:

- la presenza di una funzione Attuariale (interna o esternalizzata) con cui tutte le decisioni più rilevanti del Fondo vadano inquadrare nell’ottica della sostenibilità delle stesse in un contesto di medio lungo periodo con riferimento all’ equilibrio finanziario, economico e solidità patrimoniale che garantisca la continuità del Fondo nel tempo.

Questa funzione assume ancora più importanza quanto più i fondi allargano la propria platea a soggetti pensionati (che hanno una spesa sanitaria mediamente più alta e bisogni tendenti più verso l’ambito sociosanitario che non verso quello sanitario);

- la presenza di una funzione sanitaria al fine di valutare le prestazioni rimborsate con il criterio dell’appropriatezza medico-sanitaria, sia in fase prescrittiva che in fase erogativa, ma anche di efficientare, evitando sprechi per l’intero sistema, la spesa intermediata in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute e fondati sull’Evidence Based Medicine (EBM) presenti nella letteratura scientifica.