

## 5 Assetto istituzionale e scelte di gestione in sei fondi sanitari

di Marianna Cavazza e Carlo De Pietro<sup>1</sup>

### 5.1 Introduzione

La regolamentazione pubblica negli ultimi venti anni ha più volte assegnato al settore della sanità integrativa un ruolo di volta in volta d'integrazione o di supporto al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)<sup>2</sup>. Se si considera l'evoluzione nel tempo della normativa, emerge dapprima una concezione della sanità integrativa quale settore relativamente coeso e omogeneo. A ben vedere, però, quella ipotizzata omogeneità della sanità integrativa non corrispondeva alla realtà e, semmai, indicava una conoscenza o un interesse molto limitati da parte del legislatore. Successivamente, la normativa più recente ha di fatto individuato nei fondi azien-

<sup>1</sup> Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione. I §§ 5.1.2, 5.1.3, 5.2.2, 5.2.4 e 5.2.6 sono in ogni caso da attribuire a Marianna Cavazza; i §§ restanti a Carlo De Pietro.

Gli autori ringraziano per la generosa disponibilità accordata in occasione delle interviste e delle visite aziendali: per Assicurazioni Generali SpA il dott. Maurizio Gottardi (Responsabile Collettive Infortuni Malattie e Fondi Sanitari Servizio Vita e Employee Benefits), il dott. Manlio Lostuzzi (Vicedirettore Generale) e la dott.ssa Antonella Maier (Direttore Centrale Responsabile Servizio Vita); per ASSIDIM il dott. Pietro Dagnino (Direttore Generale), il dott. Michele Galiano (Direttore Operativo) e l'ing. Walter Rasini (Presidente); per CAMPA il dott. Massimo Piermattei (Direttore); per FASCHIM il dott. Claudio Giammatteo (Direttore); per il Fondo Sanitario Integrativo Gruppo Intesa San Paolo l'ing. Pietro De Sarlo (Responsabile Welfare del Gruppo Intesa San Paolo); per il Fondo EST il dott. Simonpaolo Buongiardino (Presidente); per Previmedical SpA il dott. Enrico Barracano (collaboratore) e il dott. Marco Vecchietti (Direttore); per Uni.C.A. il dott. Alessandro Rasino (Direttore).

<sup>2</sup> Dopo la costituzione del SSN, la prima norma che menziona i fondi sanitari integrativi è il d.lgs. 502/1992 (art. 9), modificato poi dal d.lgs. 517/1993 (art. 10). Successivamente il d.lgs. 229/1999 (art. 9) e la l. 328/2000 (art. 26) hanno indicato le possibili aree d'integrazione dei fondi rispetto al SSN. Infine, l'attuale regolamentazione fa riferimento a due decreti ministeriali: d.m. della Salute 31/03/2008 (Ministro on.le Livia Turco) «Ambiti d'intervento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da altri enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali»; d.m. del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali 27/10/2009 (Ministro on.le Maurizio Sacconi) «Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante "Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale"».

dali e negoziali il proprio oggetto di regolamentazione e di promozione attraverso trattamenti fiscali di favore<sup>3</sup>. Comunque, al di là di tali orientamenti, i soggetti pubblici sembrano avere una percezione spesso limitata e incompleta del settore e quest'ultimo, dall'altra parte, sembra avere avuto nel tempo difficoltà sia a rappresentarsi sia a farsi rappresentare presso le istituzioni.

A parere di chi scrive, l'origine di queste difficoltà ad entrare nella «scatola nera» della sanità integrativa italiana deriva dall'eterogeneità che caratterizza il settore. Di conseguenza, raramente si è entrati nel merito di cosa c'è *dentro* i fondi<sup>4</sup> e ancora meno si è analizzato cosa c'è *dietro* all'operare di un fondo, fermanosi piuttosto alla facciata esterna. L'obiettivo di questo capitolo è dunque di proseguire con l'indagine iniziata nel precedente Rapporto OASI (Cavazza e De Pietro, 2011), avviando questa analisi relativa al cosa c'è *dentro* ai fondi e *dietro* all'operare dei fondi. Per farlo ci si è avvalsi di sei casi di studio che riguardano fondi sanitari di diversa tipologia. Tale analisi è poi stata supportata da interviste condotte presso due aziende che forniscono servizi assicurativi e amministrativi agli stessi fondi sanitari, influenzandone profondamente il funzionamento e contribuendo in modo sostanziale a definire le prospettive future del settore.

Prima di presentare i casi, è tuttavia opportuno evidenziare al lettore alcuni aspetti fondamentali del settore della sanità integrativa, necessari per interpre-

<sup>3</sup> Il periodo in cui più chiaramente emerge la promozione di un «welfare negoziale» quale «secondo pilastro» (accanto al primo, pubblico e universalistico) del *welfare* italiano coincide con il mandato dell'on.le Sacconi quale Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. In particolare nel Libro Verde pubblicato dal suo Ministero si legge: «Lo sviluppo del pilastro privato complementare è un passaggio essenziale per la riqualificazione della spesa e la modernizzazione del nostro Welfare. (...) Lo sviluppo dei fondi su base contrattuale, delle forme di mutualità, delle assicurazioni individuali o collettive può essere la risposta alle limitate risorse pubbliche e alla domanda di accesso a maggiori servizi. In particolare, le organizzazioni rappresentative dei lavoratori e dei datori di lavoro possono dare vita a un robusto Welfare negoziale ((...) sanità integrativa, *long term care*, salute e sicurezza nel lavoro (...)), nella dimensione nazionale come in quella territoriale, organizzando una vera e propria cogestione diffusa dei servizi che danno valore alla persona. Si tratta di esperienze già avviate e che meritano tuttavia sostegni maggiori in funzione del conseguimento di idonei livelli di massa critica. (...) In questo quadro, le diverse forme di mutualità fra privati, realizzate attraverso la bilateralità, le assicurazioni private o le forme miste (...), possono concorrere in maniera efficiente ed equa a migliorare la gestione dei rischi, specie di quelli di maggiore rilievo. Per questo motivo, queste realtà devono essere collocate all'interno di una visione organica del sistema di Welfare del Paese. Occorre dare, dunque, maggiore impulso (...) ai fondi sanitari integrativi del servizio pubblico al fine di orientare e convogliare la spesa privata verso una modalità di raccolta dei finanziamenti (...) in grado di porsi accanto al finanziamento pubblico di derivazione fiscale ed integrarlo. Si potrebbe favorire così la «socializzazione dei rischi» e la conseguente riduzione dei problemi di selezione degli iscritti. Lo Stato può disegnare un quadro normativo adeguato, offrire benefici fiscali, aiutare le parti e soprattutto le persone a prendere atto dei limiti, ormai ineludibili, dell'intervento pubblico» (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, 2008, pp. 20-21). Coerente con tale visione, il Ministro Sacconi terminava un'intervista a Il Sole 24 Ore sui fondi sanitari affermando: «La strada, ripeto, è quella dei contratti» (Turno, 2008, p. 7).

<sup>4</sup> Due contributi che hanno tentato di farlo, tra difficoltà dovute all'eterogeneità del settore, sono Mastrobuono et al. (1999) e Rebba e Marcomini nel volume di Nomisma (2003).

tare le evidenze che emergono dai casi di studio. In particolare, sembra opportuno guardare ad alcune tra le principali dimensioni della sopra citata eterogeneità tra fondi, che riguarda: i contenuti della copertura offerta, le scelte in ordine alla gestione assicurativa e amministrativa, la natura degli enti attivi nel settore (fondi negoziali originati nei contratti collettivi di lavoro, «fondi di fondi», società di mutuo soccorso, ecc.), oltre che il numero di iscritti e di assistiti (questi ultimi spesso comprendono i familiari) e l'entità dei premi richiesti (che possono variare da alcune decine ad alcune di migliaia di euro *pro-capite* all'anno).

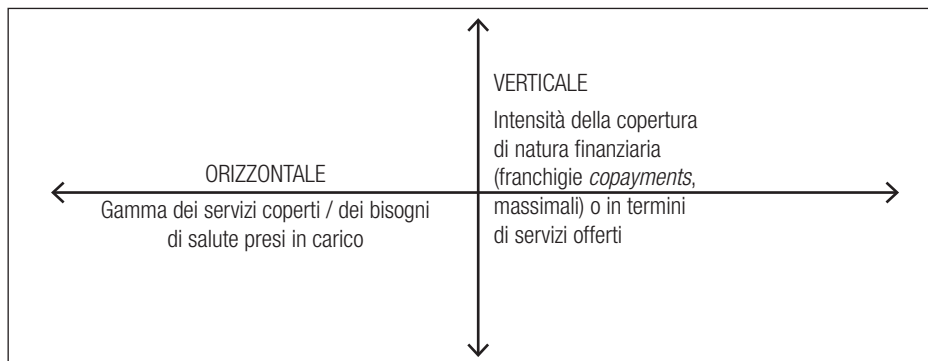
### 5.1.1 Contenuti e dimensioni della copertura

L'estensione della copertura offerta dai fondi può essere intesa in senso *orizzontale* (relativo all'ampiezza della gamma di problemi/bisogni di salute considerati dalla polizza e dei servizi che, in qualche misura, sono coperti dallo schema assicurativo) e in senso *verticale* (relativo all'entità della copertura – finanziaria o in servizi prestati in natura – offerta dalla polizza a fronte di un problema di salute; cfr. Figura 5.1).

È evidente che un elemento fondamentale per determinare i gradi di copertura orizzontale e verticale è, a sua volta, il valore economico del premio pagato o dei rimborsi pro-assistito effettuati dai fondi. Tanto più alto sarà tale valore, tanto più estesa potrà essere la copertura su entrambe tali dimensioni. Al contrario, i fondi che prevedono premi molto modesti si limiteranno con tutta probabilità a rimborsare i *ticket* pagati in occasione di prestazioni erogate dal SSN e a coprire poche altre prestazioni.

Allo stesso modo, è chiaro che il ruolo «integrativo» dei fondi rispetto al SSN<sup>5</sup> sarà determinato in buona parte proprio dalla combinazione di contenuti della copertura orizzontale, contenuti della copertura verticale e premi/costi annui *pro-capite*.

Figura 5.1 **Le dimensioni dell'estensione della copertura assicurativa**



<sup>5</sup> Per un inquadramento si rimanda a Cavazza e De Pietro (2011, p. 181-183).

### 5.1.2 L'esternalizzazione delle funzioni assicurativa e amministrative

Un secondo aspetto di forte eterogeneità nel modello di gestione dei fondi riguarda la decisione di esternalizzare o meno le principali attività richieste per lo svolgimento della propria funzione, relative rispettivamente alla funzione assicurativa e a quelle amministrative (cfr. Figura 5.2)<sup>6</sup> nonché, eventualmente, la scelta dei soggetti a cui affidare tali servizi.

Le motivazioni che possono spingere i fondi a esternalizzare la funzione assicurativa sono molteplici. I fondi di nuova istituzione possono decidere di ricorrere alle compagnie di assicurazione perché non sufficientemente maturi e competenti rispetto al funzionamento del mercato sanitario o perché incapaci di stimare con sufficiente affidabilità il profilo di rischio e dunque i comportamenti di consumo dei propri assistiti. I fondi già esistenti da tempo possono avvalersi

Figura 5.2 Opzioni *make or buy* per i fondi sanitari

|  |                      |   |   |
|--|----------------------|---|---|
| Gestione delle Attività Amministrative     | Gestite internamente | ESTERNALIZZAZIONE FUNZIONE ASSICURATIVA   | MASSIMA INTERNALIZZAZIONE ( <b>MAKE</b> ) |
|  | Esternalizzate       | MASSIMA ESTERNALIZZAZIONE ( <b>BUY</b> )  | ESTERNALIZZAZIONE FUNZIONI AMMINISTRATIVE |
|  |                      | Assicurato con compagnie di assicurazione | Auto-assicurato                           |
| <b>Assunzione del Rischio Assicurativo</b> |                      |   |   |

<sup>6</sup> Ovviamente la scelta di esternalizzazione può essere solo parziale. Quanto riportato in Figura 5.2 è dunque una rappresentazione estrema di scelte che possono in realtà sostanzarsi in situazioni intermedie.

Con riguardo alle funzioni amministrative, queste comprendono, tra le altre (Cavazza e De Pietro, 2011, pp. 189-190): la definizione e l'aggiornamento del nomenclatore e cioè dell'elenco delle prestazioni per le quali è riconosciuto un rimborso; la definizione e l'aggiornamento del tariffario e cioè degli importi rimborsati ad aziende e professionisti che erogano i servizi sanitari (soprattutto nel caso di convenzionamento diretto) oppure agli iscritti; la stipulazione di convenzioni con le aziende e i professionisti che prestano i servizi sanitari; l'assistenza alle persone interessate ad iscriversi e a chi è già iscritto; la gestione del processo di liquidazione dei sinistri agli erogatori (nel caso di convenzionamento diretto) o agli iscritti (nel caso di convenzionamento indiretto); il monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle aziende e dei professionisti erogatori, nonché delle prestazioni sanitarie rese agli iscritti. Il fondo potrebbe dunque decidere di esternalizzare i servizi di liquidazione, ma non gli altri.

Nel caso della funzione assicurativa, il fondo potrebbe decidere di avvalersi di una polizza appositamente sottoscritta con una compagnia di assicurazione per coprirsi ad esempio dai rischi finanziari di determinati servizi particolarmente onerosi (es. trapianti), assumendosi invece per intero il rischio legato alla domanda di servizi di specialistica ambulatoriale, caratterizzata da importi unitari meno elevati. Allo stesso modo, molti fondi decidono di sottoscrivere contratti di riassicurazione per l'insieme delle proprie attività.

delle compagnie di assicurazione perché hanno un numero di assistiti limitato. In quest'ultimo caso, il ricorso all'ulteriore intermediazione dei *broker* può essere utile perché questi ultimi, acquistando numerosi pacchetti di polizze collettive da una stessa compagnia assicurativa riescono, a loro volta, a distribuire i rischi dei fondi dai profili più incerti abbassando i premi assicurativi. In ogni caso, la sottoscrizione di una polizza con una o più compagnie di assicurazione carica gli assistiti di un costo di gestione assicurativa.

Relativamente all'esternalizzazione delle funzioni amministrative, un aspetto su cui i fondi hanno investito in modo rilevante negli ultimi anni è la costruzione di una rete di erogatori con i quali sottoscrivere convenzioni, possibilmente «dirette» (che cioè prevedono la fatturazione direttamente al fondo, senza che l'assistito debba anticipare la somma chiesta dal professionista o dalla struttura per poi chiederne rimborso al fondo). La definizione di reti di erogatori convenzionati consente ai fondi di convogliare i consumi dei propri assistiti sugli erogatori appartenenti alla rete, aumentando dunque i volumi di prestazioni rimborsate a ciascun professionista o ciascuna struttura sanitaria. In tal modo il potere contrattuale dei fondi nei confronti degli erogatori aumenta e dunque i fondi potranno ottenere tariffe più convenienti. Veicolare la domanda su una rete predefinita di erogatori permette inoltre ai fondi di controllarne meglio i comportamenti, l'appropriatezza, la qualità, ecc. D'altro canto, lo sviluppo in proprio di tali reti richiede al fondo competenze specifiche, non sempre presenti nella realtà. Per questa ragione, alcuni fondi operanti già da anni dispongono oramai di proprie reti costruite nel tempo. I fondi più giovani o con un numero limitato di assistiti possono invece trovare più conveniente o opportuno aderire a reti già esistenti, gestite da società esterne. In tale modo, tra le altre cose, i fondi possono beneficiare del maggiore potere contrattuale che queste società esterne hanno, offrendo lo stesso servizio a più fondi e dunque raggiungendo dimensioni operative più ampie<sup>7</sup>.

Nel definire quali erogatori convenzionare, i fondi e le società di assistenza amministrativa operano una scelta che ha un impatto rilevante sui risultati economici dei professionisti o delle strutture, ma anche sulle prospettive di sviluppo del settore. Con riguardo in particolare agli impatti sul SSN, l'eventuale coinvolgimento (attraverso libera professione intramuraria o area a pagamento aziendale<sup>8</sup>) di erogatori pubblici nella rete gestita dai fornitori di servizi amministrativi comporta per le aziende sanitarie pubbliche un'occasione di sviluppo orga-

<sup>7</sup> La costruzione della rete di strutture convenzionate, collegata alla definizione di un tariffario nomenclatore, allo sviluppo e all'adozione di *software* dedicati per gestire la fatturazione diretta, nonché alle modalità di controllo dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle strutture convenzionate, costituisce un punto centrale del funzionamento del settore, che dunque meriterebbe forse di essere trattato in modo distinto, e non ricondotto all'insieme delle attività amministrative.

<sup>8</sup> La normativa (d.m. della Salute 31/03/2008 e d.lgs. 229/99, art. 9), infatti, include l'accesso a prestazioni in intramoenia tra le attività integrative al SSN.

nizzativo, una possibile leva di gestione dei professionisti, ma anche una possibilità concreta per aumentare le proprie entrate.

Più in generale, i fornitori di servizi amministrativi – e in particolar modo quelli che gestiscono le reti delle strutture convenzionate – potranno influire in modo sostanziale sulla definizione dei contenuti della copertura offerta dai fondi. In altre parole, il diffuso ricorso all'esternalizzazione dei servizi amministrativi non può essere considerato in alcun modo come esternalizzazione di una funzione accessoria o *peripheral* rispetto all'azione dei fondi. Al contrario, l'esperienza italiana sembra mostrare che i fornitori di servizi amministrativi, o *third party administrator* (TPA), potrebbero diventare in futuro l'attore centrale della sanità integrativa nel nostro paese.

### 5.1.3 Fondi «chiusi» e fondi «aperti»: una tassonomia ambigua e incompleta

La letteratura disponibile<sup>9</sup> individua l'origine dell'eterogeneità esistente tra i fondi principalmente nella modalità di adesione: questa in effetti implica diversi livelli di *pooling* dei rischi individuali e ha conseguenze dirette sulle possibilità di avere problemi di selezione avversa (o autoselezione). In particolare, spesso si fa riferimento alla differenza tra i cosiddetti *fondi chiusi* e i *fondi aperti*, dove i primi sono rivolti a categorie predeterminate di potenziali iscritti, mentre i secondi si rivolgono a un pubblico indifferenziato o comunque non vincolano l'iscrizione a classi specifiche di persone.

Pur utile, tale distinzione in fondi chiusi e aperti risulta però parziale, di fronte ad una situazione molto più articolata e, ancora una volta, eterogenea tra i diversi fondi. Descrivere tutte le possibili opzioni disponibili ai fondi e le soluzioni da essi scelte non è facile. In ogni caso, è possibile provare a definire le principali tipologie di fondi e poi sottolinearne alcune possibili scelte:

- ▶ «casse sanitarie aziendali» e «fondi sanitari negoziali». Si tratta di fondi originati (con poche eccezioni relative alle casse aziendali) nella contrattazione collettiva nazionale o decentrata (aziendale o locale), oppure nell'autogestione di ordini o collegi professionali. Questi fondi si rivolgono dunque a popolazioni «chiuse», che condividono l'adesione a un contratto collettivo di lavoro o l'iscrizione a un ordine o collegio. In tal caso alcune delle principali scelte a disposizione dei fondi riguardano la decisione di: (i) riservare l'adesione ai soli dipendenti o collaboratori o invece di estenderla anche ai loro familiari, nei limiti definiti nello statuto o nel regolamento di ciascun fondo; (ii) riservare l'adesione ai soli dipendenti o collaboratori in servizio (prevedendo dunque la decadenza dalla copertura in caso di licenziamento, dimissioni volontarie oppure fusioni, acquisizioni, scorpori di rami di azienda, passaggio

<sup>9</sup> Cfr., ad esempio, Giannoni (2001) e Labate e Tardiola (2011).

- dell'azienda ad altro contratto collettivo nazionale di lavoro, ecc.), o invece estenderla anche ai lavoratori in pensione, in cassa integrazione, ecc.;
- ▶ «fondi di fondi». A differenza dei fondi visti al punto precedente, non si rivolgono a individui (o, eventualmente, ai gruppi familiari), ma alle imprese perché iscrivano in gruppo i loro dipendenti o collaboratori (e, eventualmente, prevedano la possibile estensione della copertura ai familiari dei lavoratori). In questo caso dunque siamo in presenza di fondi che accolgono *collettività di lavoratori* (e, eventualmente, loro familiari), spesso ponendo come condizione che tale iscrizione sia estesa a tutti i lavoratori (o almeno a una percentuale minima), così da ridurre i rischi di selezione avversa. In questo caso, dunque, i fondi sono *aperti* nel senso che non si rivolgono ad una popolazione pre-definita di potenziali iscritti o assistiti, ma allo stesso tempo sono *chiusi* poiché non consentono l'iscrizione di individui che non siano legati – in prima persona o per via dei propri familiari – a un particolare datore di lavoro<sup>10</sup>;
  - ▶ «società di mutuo soccorso» (SMS). In genere si tratta di fondi *aperti* poiché si rivolgono a chiunque – singoli o gruppi familiari, a seconda dei regolamenti – voglia iscriversi. Le SMS dunque si trovano a mediare tra un maggior rischio di autoselezione dei propri aderenti e l'applicazione dei principi solidaristici che le ispirano. All'interno di questa categoria, sono poi da differenziare le SMS che operano esclusivamente nell'ambito dell'integrazione sanitaria, da quelle che invece sono presenti in più ambiti sociali e assistenziali (che quindi potrebbero avere competenze limitate in campo sanitario).

Da quanto appena scritto, risultano evidenti le conseguenze che tali diverse tipologie di fondi e le scelte da essi operate hanno sul rischio di autoselezione degli iscritti e sulle condizioni di *pooling* dei rischi assicurativi. In generale, tanto più i fondi sono rivolti a un pubblico indistinto di singoli iscritti, tanto più i rischi di autoselezione saranno rilevanti. In questa situazione, i fondi dovranno allora definire condizioni e clausole di salvaguardia mantenendo franchigie, compartecipazioni alla spesa, massimali e «carenze» (cioè periodi di non copertura, ad esempio per le spese legate agli interventi di chirurgia programmata o alla gravidanza). Per le stesse ragioni, in situazioni di maggiori rischi assicurativi i fondi – soprattutto quando hanno pochi iscritti – tenderanno a trasferire tale rischio alle compagnie e dunque saranno meno propensi ad auto-assicurarsi.

<sup>10</sup> A questa tipologia è riconducibile anche il caso, per esempio, di FASI Open, destinato a imprese che vogliono offrire copertura assicurativa ai propri operai, impiegati o quadri. Tale fondo è nato come gemmazione di FASI, fondo auto-assicurato costituito nel 1981 da FNDAl (oggi Federmanager) e Confindustria per i dirigenti di aziende industriali, che negli anni ha sviluppato un elevato *know-how* sul settore sanitario, ha definito un proprio nomenclatore tariffario, ha sviluppato una rete di strutture convenzionate, ecc. Con FASI Open, FASI ha perseguito sinergie nella gestione amministrativa e la valorizzazione delle proprie competenze.

### 5.1.4 Una eterogeneità che rende difficile un'analisi sistematica

Quanto descritto alle pagine precedenti conferma l'eterogeneità dei fondi sanitari italiani, che rende molto difficile proporre schemi di analisi o tassonomie capaci di descriverne in modo efficace ed esaustivo le molte varianti. Di più, gli stessi confini del settore sono difficili da definire e anche i dati di base per descriverlo sono contraddittori. Rappresentativo di queste difficoltà è il dibattito in corso circa il numero di persone che godono di coperture sanitarie fornite da enti *non profit*, o ancora, la difficoltà di conoscere la tipologia di prestazioni effettivamente coperte dai fondi per i propri assistiti.

In questo senso, una possibile definizione dei confini del settore potrebbe far riferimento a tutti e soli i fondi iscritti all'Anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il Ministero della Salute (cfr. Box 5.1)

Il problema è però che molte forme di copertura sanitaria privata in Italia sfuggono all'iscrizione all'Anagrafe perché questa non comprende, ad esempio, le polizze che le compagnie di assicurazione sottoscrivono direttamente con singoli o famiglie. Inoltre, come nell'esempio delle casse edili<sup>11</sup> e come confermato da numerosi interlocutori, diverse forme di copertura sanitaria integrativa, pur potendosi in principio iscriversi all'Anagrafe, non lo fanno perché, a volte, non riescono a raggiungere la quota del 20% da destinare ai rimborsi di odontoiatria e non autosufficienza o, altre volte, ritengono di non trarre particolari vantaggi da tale iscrizione.

Il paragrafo che segue (§ 5.2) descrive il funzionamento di sei fondi sanitari: ASSIDIM, CAMPA, FASCHIM, Fondo sanitario integrativo del Gruppo Intesa San Paolo, Fondo EST e UNICA. La scelta di tali fondi è basata su due ragioni. Da un lato, essi rappresentano alcuni tra i maggiori fondi per risorse impegnate<sup>12</sup> nel 2010, per come risultava dai dati contenuti nell'Anagrafe ad agosto 2011. Dall'altro lato, essi presentano caratteristiche istituzionali e modalità di funzionamento rappresentative dell'eterogeneità sopra ricordata.

La descrizione dei casi aziendali e le conclusioni del § 5.3 si basano anche sulle informazioni rilevate presso Assicurazioni Generali spa (in particolare il

<sup>11</sup> Premi non elevati e numero limitato di iscritti possono limitare i margini di azione dei fondi, come ad esempio nel caso delle casse edili che operano a livello provinciale in base al CCNL dell'edilizia. Una comunicazione emanata nel 2010 dal Comitato nazionale paritetico delle casse edili evidenziava la difficoltà di iscriversi all'Anagrafe dei fondi sanitari istituita presso il Ministero della Salute (cfr. Comitato nazionale paritetico delle casse edili, Comunicazione n. 432 del 26/5/2010 avente per oggetto «Prestazioni sanitarie». Posizione implicitamente confermata da una successiva Comunicazione n. 483 del 13/1/2012 avente per oggetto «Contributi sanitari» in cui si spiega l'impossibilità di applicare ulteriormente la deducibilità fino al 3.615,20 euro; [www.cassaedilenovara.it](http://www.cassaedilenovara.it)).

<sup>12</sup> Le risorse impegnate corrispondono all'«ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti» (d.m. del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 27/10/2009, art. 2, c. 2, lett. d).



### Box 5.1 **L'Anagrafe dei Fondi Sanitari istituita presso il Ministero della Salute.**

Il d.m. della Salute del 31/03/2008 ha istituito presso il Ministero della Salute l'Anagrafe dei Fondi Sanitari. L'iscrizione riguarda due tipi di fondi:

- il tipo A include quei fondi che forniscono esclusivamente prestazioni definite integrative al SSN dalla normativa (e dunque sostanzialmente complementari o supplementari);
- il tipo B include «enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale di cui all'art. 51 c. 2 lett. a) del DPR 22/12/1986, n. 917, e successive modificazioni». I fondi di tipo B, che potrebbero operare in funzione duplicativa rispetto al SSN, per l'iscrizione all'Anagrafe sono tenuti a destinare il 20% delle risorse impiegate a prestazioni di «assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti nonché prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio».

Per l'iscrizione all'Anagrafe i fondi sono tenuti a trasmettere annualmente (art. 3, c. 3, d.m. del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 27/10/2009):

- atto costitutivo;
- regolamento;
- nomenclatore delle prestazioni garantite;
- bilancio preventivo e consuntivo o documento equivalente;
- schema di modelli di adesione relativi al singolo iscritto ed eventualmente al nucleo familiare
- se fondi di tipo B, la documentazione per verificare il rispetto della soglia minima del 20% (nelle modalità indicate all'art. 3, c. 4).

Dunque per l'iscrizione non serve rispettare *standard* contabili minimi né indicare il numero di iscritti o assistiti.

Servizio Vita e Employee Benefit, responsabile tra le altre cose dei prodotti relativi a infortuni, malattia e fondi sanitari) e Previmedical spa, attori *leader* del settore in Italia.

I casi di studio si sono basati su interviste al *management* dei fondi e delle due aziende sopra citati, sul materiale istituzionale messo a disposizione in occasione delle interviste, nonché sulle informazioni tratte da internet o altre fonti pubbliche.

## 5.2 I casi di studio

### 5.2.1 ASSIDIM

#### *Storia*

ASSIDIM – Associazione per l'Integrazione Sanitaria e di Altre Assistenze per i Dipendenti in Servizio e Pensionati di imprese private e pubbliche nonché studi professionali ed enti non profit, è un'associazione non riconosciuta ex art. 36 codice civile, fondata nel 1981 da quattro grandi imprese.

Nata per offrire copertura sanitaria ai dirigenti, dopo poco tempo si è rivolta anche al personale non dirigente e, negli anni, si è sviluppata associando un nu-

mero crescente di imprese (all'inizio del mondo confindustriale, poi anche esterne), per perseguire economie di scala e un maggiore potere contrattuale nei confronti di *broker* e compagnie di assicurazione. Alle imprese nel tempo si sono aggiunte anche altre organizzazioni, quali associazioni professionali, società scientifiche mediche, ecc. In totale oggi sono associate quasi duemila organizzazioni sono associate e le persone coperte per l'assistenza sanitaria sono circa novantamila.

Anche per adeguarsi a tali evoluzioni, l'associazione si è dotata di un nuovo statuto nel 2006.

Le persone che lavorano nell'associazione sono dodici.

### *Organi*

L'associazione ha un'Assemblea a cui partecipano gli le aziende associate con potere di voto legato ai contributi (un voto ogni 2500 euro). L'Assemblea annualmente approva il bilancio e ogni tre anni nomina Consiglio Direttivo e Collegio dei Revisori. Il Consiglio Direttivo nomina al suo interno un Presidente e un Vice-presidente.

### *Modello di funzionamento*

ASSIDIM per la sua azione si avvale di un *broker*, circa venti primarie compagnie di assicurazione, diverse società di servizi amministrativi.

Il *broker* è Marsh, che agisce anche quale principale canale di reclutamento per nuove aziende potenzialmente interessate ad associarsi con ASSIDIM.

Le aziende o gli enti chiedono una particolare copertura ad ASSIDIM e al *broker*. A questo punto ASSIDIM stipula una polizza con una compagnia di assicurazione disponibile a offrire la copertura richiesta e alle migliori condizioni (nessuna compagnia offre tutto e alle stesse cAccanto a tale gestione assicurata, ASSIDIM prevede anche una autogestione a livello aziendale per un totale di circa due milioni di euro annui. Di fatto alcune aziende associate, desiderose di offrire ai propri lavoratori prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste dalla copertura contrattata con ASSIDIM, affidano all'associazione risorse aggiuntive. ASSIDIM e le società di servizi amministrativi di cui si avvale gestiranno poi tali risorse per conto delle aziende, consuntivando a fine anno le spese di tale gestione aziendale separata e rimborsando all'azienda l'eventuale residuo.

Passando a considerare le funzioni amministrative, queste sono affidate a un insieme di attori: il *broker*; le società di assistenza Blue Assistance e Generali Business Solutions (GBS), che offrono pure le proprie reti convenzionate di strutture sanitarie e di professionisti; la centrale operativa Filo Diretto, che offre assistenza telefonica 24 ore al giorno e tutti i giorni dell'anno per la gestione degli appuntamenti presso la rete convenzionata, consulti medici telefonici, invio gratuito di un medico a domicilio in caso di urgenza (max 3 volte l'anno),

consegna gratuita di farmaci a domicilio (max 3 volte l'anno), trasporto gratuito in ambulanza in Italia (max 3 volte l'anno e max 200 km A/R), reperimento di personale per assistenza infermieristica, consulenza nazionale e internazionale per cardiologia e oncologia (ricerca dello specialista, organizzazione logistica del trasferimento, traduzione della cartella clinica, *check-up* oncologico e informazioni ai familiari).

### *Membri del fondo*

Gli associati sono gli enti e le imprese. Gli assistiti sono i dipendenti in servizio di tali organizzazioni associate, i familiari dei dipendenti in servizio, i pensionati e i titolari di pensioni di reversibilità e di sopravvissuto. Sono eventualmente inclusi, previa procedura speciale per l'accettazione, anche i collaboratori autonomi, gli amministratori o i consiglieri, i sindaci o i revisori, l'imprenditore o i soci delle organizzazioni associate.

La qualifica di azienda associata si acquisisce mediante conferma che ASSIDIM dà a seguito della richiesta di ammissione presentata dall'organizzazione interessata. Ciascun'azienda associata potrà poi recedere dall'Associazione o da alcune aree di prestazione.

I contributi sono versati ad ASSIDIM dalle aziende associate. ASSIDIM non sa (né è interessata a sapere) quanto del contributo complessivo è pagato dall'azienda e quanto dai lavoratori, ma nella richiesta di adesione le aziende dichiarano formalmente di «conoscere e accettare lo Statuto di ASSIDIM, con particolare riferimento agli articoli 3 e 4», cioè di avere un contratto/accordo/regolamento aziendale da cui nasce l'obbligo di garantire le prestazioni assistenziali a propri collaboratori.

### *Prestazioni coperte*

I contenuti orizzontale e verticale della copertura variano in base alle richieste delle aziende e a quindici opzioni tipizzate dal regolamento ASSIDIM o a soluzioni assistenziali differenziate in funzione dei singoli contratti, accordi o regolamenti aziendali.

Peraltro la copertura ASSIDIM deve considerarsi residuale nel caso gli assistiti beneficino già di un'altra copertura (ad esempio, quando un assistito beneficia già di copertura FASI o FASDAC in qualità di dirigente di azienda, rispettivamente, industriale o commerciale, ASSIDIM opererà soltanto a integrazione di quanto non sia stato già coperto da FASI o FASDAC).

Sono previste diarie nel caso di ricoveri a totale carico del SSN.

Alcune delle opzioni disponibili prevedono prestazioni odontoiatriche. In genere la copertura prevede poi il rimborso di apparecchiature per trattamenti fisioterapici, di protesi ortopediche, di lenti, montature e lenti a contatto a seguito di modifica del *visus*.

ASSIDIM non ha sviluppato servizi sanitari specifici per non autosufficienza

e LTC. In tale ambito, le prestazioni offerte sono quelle «vita» e «per invalidità permanente totale o parziale da malattia», che ASSIDIM propone alle aziende associate in parallelo alla copertura sanitaria<sup>13</sup>.

#### *Regole attuali e scenari futuri*

ASSIDIM auspica una maggiore regolamentazione del settore, che promuova più trasparenza e una concorrenza basata sul valore dei servizi offerti. In particolare si considera positivamente la possibile definizione di criteri contabili minimi. Allo stesso modo, per le prestazioni LTC è auspicato un passaggio da logiche e strumenti di tipo finanziario (corresponsione di indennità o rendite) ad altri di tipo più sanitario (fruizione di servizi sanitari alla persona).

### 5.2.2 CAMPA

#### *Storia*

La CAMPA – Cassa Nazionale Assistenza Malattie Professionisti Artisti e Lavoratori Autonomi, è una SMS fondata nel 1958 a Bologna per assistere in caso di malattia i professionisti, gli artisti e più in generale i lavoratori autonomi che in quegli anni erano privi di qualsiasi copertura assicurativa sanitaria. Nel 1978, con la creazione del SSN, l'iscrizione a CAMPA è divenuta possibile per tutti i cittadini che desiderino una copertura sanitaria integrativa.

Un'ulteriore e più recente evoluzione è stata l'ingresso nell'ambito della sanità integrativa aziendale e negoziale, segnato da due iniziative:

- ▶ nel 2006 CAMPA e altre otto SMS impegnate esclusivamente nella sanità integrativa hanno costituito il Consorzio Mutue Sanitarie (Mu.Sa.) con l'obiettivo di rafforzare il ruolo e la capacità contrattuale delle singole SMS e di competere a livello nazionale con gli altri soggetti presenti nel mercato della sanità integrativa. Si tratta, ad esempio, di svolgere il ruolo di *general contractor* per conto delle SMS, nei CCNL, così come con gli erogatori di prestazioni sanitarie al fine di costruire una comune rete di strutture convenzionate;
- ▶ la seconda conseguente azione, più recente, è l'assunzione del ruolo di gestore di fondi aziendali.

#### *Organi*

L'Assemblea dei Soci, costituita da tutti gli associati maggiorenni a CAMPA, elegge il Consiglio di Amministrazione (CdA) e il Collegio dei Revisori dei Conti. Le due principali funzioni dell'Assemblea, oltre ad eleggere le cariche sociali, sono deliberare eventuali modifiche statutarie e approvare i bilanci. Il CdA, inve-

<sup>13</sup> ASSIDIM offre una copertura per invalidità permanente. Le risorse impegnate a tal fine non sono però ricomprese nella soglia del 20%, poiché si tratta di prestazioni monetarie non vincolate.

ce, delibera annualmente il Piano di Assistenza, determinando prestazioni e contributi associativi. È infine previsto un Comitato Esecutivo, composto all'interno del CdA, che ratifica le convenzioni in forma diretta e delibera circa le iscrizioni.

#### *Modello di funzionamento*

CAMPA gestisce internamente l'intera attività, dalla liquidazione e rimborso delle prestazioni (con esame delle cartelle cliniche), alla costruzione e al mantenimento della rete di strutture sanitarie convenzionate anche attraverso il Consorzio Mu.Sa. È inoltre auto-assicurata ad eccezione di una copertura di secondo rischio con massimale illimitato per i grandi interventi chirurgici per i propri assistiti garantita da una compagnia assicurativa.

Relativamente alla natura delle strutture sanitarie con cui stipulare convenzioni, CAMPA e MuSa si avvalgono quasi esclusivamente di strutture private, anche perché le tariffe dell'attività *intramoenia* nelle aziende pubbliche risultano molto spesso più elevate di quelle ottenute presso gli erogatori privati.

#### *Membri del fondo*

I membri della Cassa sono gli individui che su base volontaria si associano a CAMPA. Tale situazione presenta rischi di selezione avversa affrontati rendendo obbligatoria l'iscrizione di tutto il nucleo familiare (da stato di famiglia). La prima iscrizione può essere fatta entro il settantesimo anno di età, ma una volta iscritti gli associati possono restar tali tutta la vita. Infine, le persone che fanno la prima iscrizione possono includere familiari, appartenenti al proprio nucleo, che hanno superato i settanta anni.

L'iscrizione è rinnovata tacitamente di tre anni in tre anni. Si può recedere inviando lettera di disdetta, oppure il rapporto si estingue per decesso o per esclusione in caso di danni materiali o morali da parte del Socio. CAMPA non esercita mai, invece, il diritto di recesso, data la sua finalità assistenziale.

Attualmente gli iscritti volontari a CAMPA sono poco più di quattordicimila. Recentemente CAMPA ha, inoltre, iniziato a proporsi come gestore di fondi negoziali attraverso un fondo separato specificamente creato a questo scopo. È questo fondo ad essere iscritto all'Anagrafe; nel 2010 esso contava duecento assistiti saliti a circa 500 nel 2011.

#### *Prestazioni coperte*

Le prestazioni coperte dalla SMS e dal fondo separato più o meno coincidono. Nel primo caso, sono previsti diversi pacchetti caratterizzati da un diverso livello di copertura in termini di prestazioni. Nel secondo, invece, di volta in volta ciascuna azienda che decide di utilizzare CAMPA, può personalizzare il pacchetto di prestazioni in base alle proprie esigenze o preferenze.

Per i ricoveri chirurgici è rimborsata la retta di degenza insieme agli onorari professionali, esami diagnostici, medicinali e materiali di sala operatoria utilizza-

ti durante il ricovero che può avvenire sia in strutture pubbliche che private (accreditate o no). Sono coperti gli esami diagnostici siano essi collegati o meno ad un episodio di ricovero, così come le visite specialistiche. Le tariffe non variano tra le strutture convenzionate o meno. Se gli accessi per interventi chirurgici e diagnostica avvengono, tuttavia, in strutture appartenenti alla rete Mu.Sa, gli iscritti possono farlo senza anticipo della spesa; per tutte le altre prestazioni si hanno anche costi preferenziali ridotti.

È poi possibile integrare i pacchetti scelti con due programmi specifici: (i) i Grandi Interventi Chirurgici, che consente di aumentare la quota di copertura già garantita attraverso una specifica polizza assicurativa con una compagnia terza; (ii) una copertura odontoiatrica per alcune prestazioni con un massimale di duemila euro all'anno.

Nel 2011 CAMPA ha raccolto circa dieci milioni di euro di premi e ha speso otto milioni e ottocentomila euro nel rimborso di prestazioni, di cui il 53% è stato di tipo specialistico ambulatoriale e diagnostico, il 33% per ricoveri chirurgici inclusi i grandi interventi, il 7% per ricoveri di medicina e il 5% per cure odontoiatriche.

Circa le coperture erogate per i fondi aziendali, è incluso un sussidio per le cure odontoiatriche che ha in gran parte consentito nel 2010 di ottemperare all'obbligo di destinazione del 20% delle risorse impegnate. Un minore impatto hanno gli interventi nell'ambito della LTC che riguardano sussidi per l'assistenza domiciliare di persone in temporaneo stato di non autosufficienza per periodi limitati a trenta giorni, insieme al rimborso della riabilitazione fisica.

#### *Regole attuali e scenari futuri*

CAMPA applica due diversi regimi fiscali ai propri associati. Nel caso dell'attività come SMS, fa riferimento alla detraibilità dalle imposte del 19% fino ad un massimo di 1.291,14 euro per i contributi associativi versati, in quanto destinati ad un'organizzazione non a fine di lucro<sup>14</sup>. Nel caso del «fondo pluriaziendale» iscritto all'Anagrafe, applica la deduzione dal reddito imponibile dei contributi versati dai datori di lavoro e dai lavoratori per un ammontare massimo di 3.615,20 euro<sup>15</sup>.

L'esperienza di CAMPA evidenzia come l'attuale impostazione dell'Anagrafe possa non permettere o non rendere utile l'iscrizione a molti fondi operanti in Italia. Infatti, come già accennato, l'attuale normativa richiede all'ente, al momento dell'iscrizione, di identificarsi in modo alternativo quale fondo di tipo A (fondi aperti in cui tutte le prestazioni sono integrative del SSN) o di tipo B (fondi chiusi di origine negoziale di cui all'art. 51 del TUIR, come enti, casse e SMS aventi esclusivamente fini assistenziali, con vincolo di destinare almeno il 20%

<sup>14</sup> Art. 13bis), lett. i bis), TUIR DPR 917/1986.

<sup>15</sup> D.m. della Salute 28/3/2008 e art. 51, c. 2, lett a), TUIR DPR 917/1986.

delle risorse impiegate all'odontoiatria e all'assistenza per persone temporaneamente o permanentemente non autosufficienti). Nel caso di CAMPA, già dopo la riforma sanitario del 1992-93, fu proposta agli associati l'opzione tra: (i) diventare un fondo esclusivamente integrativo del SSN e quindi eliminare ad esempio il rimborso di prestazioni ambulatoriali presso erogatori privati, ma potere così usufruire della deduzione fiscale sui contributi fino al massimo di 3.615,20 euro; (ii) mantenere le medesime prestazioni coperte e continuare a godere della detrazione fiscale del 19% sui contributi associativi. I soci di CAMPA si espressero a favore di quest'ultima opzione. Come già accennato, nell'ambito di una strategia di sviluppo delle attività, la Cassa ha iniziato a gestire coperture sanitarie collettive aziendali e si è quindi iscritta all'Anagrafe quale fondo di tipo B.

Si osserva che le regole dell'Anagrafe hanno comportato un maggiore controllo sui fondi aziendali e un loro spostamento verso prestazioni scoperte dal SSN. Per l'Anagrafe, il ruolo di osservatorio del settore sembra oggi, invece, essere più difficilmente perseguibile per la mancata inclusione di tutti gli enti che gestiscono i diversi tipi di fondi che si auspica, in tal caso, possa avvenire. Un secondo aspetto da considerare è l'equiparazione di trattamento fiscale e della soglia di prestazioni vincolate tra i fondi aperti – come le SMS tradizionali – e i fondi chiusi di origine negoziale.

### 5.2.3 FASCHIM

#### *Storia*

FASCHIM – Fondo di assistenza sanitaria per i lavoratori dell'industria chimica, chimico-farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e GPL e per i lavoratori dei CCNL minerario e coibentazioni, è un'associazione non riconosciuta ex art. 36 codice civile. Alla sua costituzione, nel 2003, prevedeva i due settori chimico e chimico-farmaceutico, ai quali nel tempo se ne sono aggiunti altri.

#### *Organi*

L'Assemblea dei Delegati è composta da 30 membri, metà dei quali nominati dalle imprese associate e metà eletti dai lavoratori iscritti. Anche il Consiglio di Amministrazione, con 12 membri, ha composizione paritetica. Presidente e Vice-presidente sono eletti nell'ambito del CdA, a turno tra i componenti di nomina datoriale e quelli nominati dai lavoratori. Infine, il Consiglio dei Revisori Contabili è composto da 4 membri effettivi e 2 supplenti, nominati pariteticamente dall'Assemblea dei Delegati.

#### *Modello di funzionamento*

FASCHIM è un fondo auto-assicurato, che non si avvale di compagnie di assicurazione.

Per i servizi amministrativi, il fondo si avvale invece di una società esterna che

gestisce l'anagrafica degli iscritti, i contributi, il *call center* (aperto dalle 8 alle 18 dal lunedì al venerdì), la liquidazione delle prestazioni usufruite dagli associati (con il rimborso agli iscritti per l'assistenza indiretta, conformemente a quanto stabilito dal proprio Regolamento e Nomenclatore tariffario e delle fatture emesse dalle strutture sanitarie per l'assistenza diretta).

Negli ultimi anni, il fondo ha promosso con determinazione il convenzionamento diretto di studi odontoiatrici e altre strutture sanitarie.

### *Membri del fondo*

I lavoratori (operai, impiegati, quadri) dei CCNL interessati partecipano a titolo volontario e su richiesta. L'iscrizione dell'impresa avviene automaticamente con l'adesione a FASCHIM di uno o più suoi lavoratori. Possono poi rientrare tra gli assistiti i componenti del nucleo familiare fiscalmente a carico del lavoratore o del coniuge/convivente.

I lavoratori in mobilità possono continuare ad essere associati.

Qualora un lavoratore o il suo nucleo familiare disdica l'iscrizione, è possibile una sola volta la reiscrizione al fondo.

I contributi sono ripartiti tra lavoratori (3 euro al mese) e imprese (21 euro al mese per lavoratore iscritto), per un totale di 288 euro all'anno *pro-capite*. L'iscrizione del nucleo familiare è a carico del lavoratore iscritto e costa 24 euro al mese per i nuclei «monocomposti» (cioè con soltanto un'altra persona oltre al lavoratore) e 30,25 euro al mese per i nuclei «pluricomposti» (cioè con due o più persone, oltre al lavoratore).

### *Prestazioni coperte*

Il fondo rimborsa il 100% dei *ticket* pagati per prestazioni SSN, senza massimali, ad eccezione dei *ticket* per rilascio cartella clinica, rinnovo patente, vaccini, quota ricetta, medicinali, IVA, marca da bollo.

FASCHIM poi riconosce una diaria per i ricoveri SSN: 50 euro a notte in caso di ricovero (massimo 180 giorni in un anno); 25 euro per intervento chirurgico eseguito in *day surgery*; 25 euro per le terapie oncologiche in *day hospital* o ambulatorio. Le eccezioni riguardano i ricoveri di psicologia, psichiatria, odontoiatria e *day hospital* senza intervento chirurgico (tranne terapie oncologiche), che non beneficiano di diarie.

Con riguardo all'assistenza odontoiatrica, il fondo rimborsa il 30% dei costi sostenuti con un limite annuo di 250 euro. Per implantologia e protesi tale massimale è elevato a 2500 euro, con franchigia annua di 500 euro.

Per ricoveri ordinari o diurni, nonché diagnostica e specialistica ambulatoriale fruiti presso strutture private o in regime di libera professione intramuraria, il fondo prevede un rimborso parziale, con una tariffa massima di rimborso definita dal proprio nomenclatore tariffario. Per i presidi e le protesi il fondo rimborsa il 50% della spesa nel caso di dispositivi usati nell'ambito di un ricovero e il 30%



(con limite annuo di 100 euro) per quelli usati non in ricovero, dietro prescrizione medica. Le analisi di laboratorio private sono rimborsabili solo se eseguite durante un ricovero oppure ambulatorialmente 30 giorni prima o dopo un ricovero con intervento chirurgico (salvo alcune particolari analisi isto/patologiche e alcune se in gravidanza). Per la diagnostica per immagini sono rimborsate angiografia, mineralometria, densitometria ossea, radiologia tradizionale, RMN, TAC. Le ecografie sono rimborsate fino a un massimo di tre all'anno (cinque in caso di gravidanza). La fisiokinesiterapia è rimborsata a tariffa per un massimo di 60 prestazioni all'anno, dietro prescrizione medica. Le lenti correttive sono rimborsate per 75 euro, dietro prescrizione dell'oculista che attesti la modifica del *visus*. Gli apparecchi acustici sono rimborsati per un massimo di 300 euro dietro prescrizione medica, con rimborso non ripetibile prima di tre anni.

Non sono rimborsati: medicine alternative e omeopatia; medicina del lavoro, medicina legale e medicina dello sport; cure e interventi di carattere estetico, salvo se ricostruttivi e certificati da una struttura sanitaria pubblica; infortuni avvenuti in concomitanza con la partecipazione dell'iscritto a competizioni sportive non di carattere amatoriale; infermità mentali non derivate da sindromi organiche e trattamenti per problemi psichiatrici o psicologici (visite e terapie); in allergologia, terapie, medicinali, vaccini e relativi esami; *check-up*; dialisi, anche se effettuata in regime di ricovero; diagnostica, terapie e interventi attinenti l'infertilità e la sterilità; iniezioni sclerosanti; farmaci, salvo quelli somministrati nell'ambito di ricoveri e quelli chemioterapici; visite per le certificazioni mediche a pagamento; chirurgia refrattiva; corsi pre-parto; montature; spese fiscali e amministrative (IVA e marca da bollo presente nelle fatture; rilascio della cartella clinica; diritti amministrativi).

A partire dal 2012, il fondo ha avviato anche alcuni programmi di prevenzione secondaria, gestiti direttamente.

Infine, con riguardo alla non autosufficienza<sup>16</sup>, FASCHIM riconosce una rendita mensile posticipata di 200 euro per i primi 24 mesi dal riconoscimento della non autosufficienza e, al termine di questo periodo o prima qualora l'assistito cessi di essere iscritto al fondo, un capitale liquidabile in unica soluzione, corrispondente al valore attuale della rendita per la durata residua sino al 60° mese dalla data di riconoscimento della non autosufficienza. Gli importi sono liquidati sempreché l'assistito sia in vita.

<sup>16</sup> Le prestazioni sono erogate se l'assistito non è più in grado, in modo permanente, di compiere, anche parzialmente, quattro delle seguenti sei azioni della vita quotidiana e per il cui svolgimento necessita di assistenza da parte di un'altra persona: (i) farsi il bagno o la doccia; (ii) vestirsi e svestirsi; (iii) igiene del corpo; (iv) mobilità; (v) continenza; (vi) bere e mangiare. L'assistito per beneficiare di questa prestazione deve essere iscritto da almeno sei mesi. Il fondo, qualora ravveda l'appropriatezza della richiesta, invia un medico presso il domicilio dell'assistito per certificare lo stato di non autosufficienza.

## 5.2.4 Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa San Paolo

### *Storia*

Il fondo è stato costituito nel 2010 a seguito dell'accordo tra le Fonti Istitutive del Gruppo Intesa Sanpaolo ed è operativo dal 2011. Nel nuovo fondo di gruppo sono confluiti iscritti e patrimoni delle tre casse che già operavano nell'ambito del Gruppo: Cassa Sanitaria Intesa, Cassa per l'Assistenza Sanpaolo IMI e Fondo di Assistenza CR Padova e Rovigo. Al fondo inoltre possono iscriversi i colleghi delle banche e società del Perimetro Italia del Gruppo in servizio e in quiescenza.

A tutt'oggi il fondo conta 210.000 iscritti tra associati e rispettivi familiari e rappresenta una realtà che riveste un ruolo centrale nei programmi di Welfare del Gruppo Intesa Sanpaolo.

### *Organi*

L'Assemblea dei Delegati è composta in modo paritetico da diciotto rappresentanti di nomina aziendale, diciotto eletti dai dipendenti in servizio e due dagli iscritti in quiescenza. Il Consiglio d'Amministrazione è costituito da nove membri designati dalla Capogruppo, nove componenti eletti tra gli iscritti in servizio e un componente eletto dagli iscritti in quiescenza. Il Consiglio, al proprio interno, nomina il Presidente e il Vice-presidente. Il Collegio dei Sindaci è composto da tre membri, di cui due nominati dagli iscritti e uno dalla Capogruppo: quest'ultimo con funzioni di Presidente.

### *Modello di funzionamento*

Il fondo è auto-assicurato poiché ha una base ampia di iscritti, per la maggioranza dei quali dispone di un'approfondita conoscenza sul piano statistico.

Nella fase iniziale, per la parte di iscritti (circa 42.000 inclusi i familiari), che prima dell'istituzione del fondo non aveva alcuna copertura assicurativa da parte del proprio istituto bancario, è stata attivata una polizza diretta, limitata ad un periodo di tre anni al termine dei quali fruiranno delle prestazioni previste del regolamento del fondo. Ciò ha consentito, da una parte, di scaricare il rischio iniziale di assistiti su cui non si disponeva di informazioni precise circa la sinistrosità; dall'altra, ha permesso all'iscritto di accumulare un proprio monte risorse, destinato a patrimonio, attraverso il versamento al fondo per l'intero periodo di copertura della polizza, dello 0,5% della propria retribuzione mensile.

La gestione dei servizi amministrativi, dei processi autorizzativi e di liquidazione ai centri medici o di rimborso agli iscritti, è affidata a Previmedical SpA (cfr. Box 5.1), che mette a disposizione una rete di strutture convenzionate. Iscritti e familiari possono inoltre contare anche sui centri sanitari in convenzione diretta già inclusi nella rete della Cassa Sanitaria Intesa, la cui titolarità è stata trasferita al fondo.

Al fine di esercitare uno stretto controllo sull'operatore esterno, il fondo ha costituito un'unità interna di monitoraggio per verificare i processi gestiti dalla società di servizi, fino alla possibilità di accedere al *database* del provider per i propri iscritti. Il modello di funzionamento prescelto consente di limitare i costi amministrativi e di funzionamento del fondo in circa l'8% del volume delle contribuzioni.

È infine in via costituzione un comitato scientifico, con la finalità di prevenire ad un accreditamento ulteriore delle strutture convenzionate, di monitorare l'evoluzione del quadro normativo, di valutare opportune campagne di prevenzione a beneficio degli iscritti.

### *Contribuzioni*

I contributi sono ripartiti tra l'azienda di appartenenza (novecento euro a dipendente) e gli iscritti. A questi ultimi, se in servizio, è richiesto l'1% della propria retribuzione valevole ai fini INPS (con tetto di centomila euro), oltre allo 0,1% per ogni familiare a carico e 0,9% per quelli non a carico inclusi nella copertura. Nel caso di personale in quiescenza, la percentuale contributiva sale al 3% della pensione AGO (mentre le percentuali di contribuzione per i familiari sono analoghe a quelle degli iscritti in servizio).

Tale combinazione di contribuzioni soggette a rivalutazione ISTAT, garantisce mediamente un premio pari a circa millecinquecento euro a nucleo iscritto.

Il fondo ha un bilancio con due sezioni: quella relativa agli iscritti attivi e quella riguardante i quiescenti, così da assicurare trasparenza ai rispettivi andamenti. È da segnalare, infine, che annualmente il 4% dei contributi degli iscritti in servizio è destinato alla gestione dei colleghi in quiescenza.

### *Prestazioni coperte*

Sono coperti i ricoveri con e senza interventi chirurgici, includendo onorari per i professionisti, rette di degenza insieme a diaria giornaliera, esami diagnostici, riabilitazione e medicinali. Tra i gravi eventi patologici di cui si garantisce copertura sono inclusi anche i trapianti e le cure oncologiche. Anche al di fuori dei ricoveri, sono inserite nel nomenclatore le visite specialistiche e un ampio spettro di prestazioni di diagnostica. In caso di accesso a prestazioni erogate in strutture convenzionate, gli oneri sono sostenuti direttamente dal Fondo con franchigie in quote fisse a carico dell'iscritto; è previsto il rimborso del ticket per le prestazioni SSN.

Le protesi acustiche e oculistiche, nonché le prestazioni odontoiatriche sono coperte dal nomenclatore del fondo, sino alla capienza dei specifici massimali per nucleo familiare. Non sono previsti i check up, mentre per la non autosufficienza si fa riferimento al fondo per la LTC di CASDIC, la cassa per la sanità integrativa dell'Associazione Bancaria Italiana (ABI). In particolare, nei CCNL è stato previsto un contributo di 50 euro per ogni lavoratore in servizio e 200 per ogni dirigente allo scopo di finanziare le prestazioni di LTC sia ai dipendenti in

servizio sia a quelli andati in quiescenza a partire dal 2008. Dimostrata la non autosufficienza, la CASDIC eroga una rendita compresa tra i tredicimila e i quattordicimila euro all'anno, a fronte di presentazione di fatture delle specifiche spese sostenute. Il regolamento del fondo non prevede diaria per inabilità temporanea da malattia.

### *Regole attuali e scenari futuri*

Nell'attuale contesto, l'intervistato ritiene necessari due interventi.

Il primo riguarda la necessità di migliorare la circolazione di informazioni circa il settore (andamento, *benchmark* gestionali, indicazioni circa gli scenari futuri della sanità pubblica). Infatti, il fondo si percepisce come integrativo al SSN, anche quando offre prestazioni teoricamente duplicative, ma nei fatti considerate come poco esigibili in quelle parti del paese in cui il SSN mostra forti criticità nell'accesso ai servizi e nella qualità dell'assistenza.

Il secondo intervento concerne l'attuale frammentarietà del settore. In particolare, potrebbe essere opportuno favorire una concentrazione del settore (ad esempio attraverso la promozione dei fondi di categoria oppure l'introduzione di un numero soglia di iscritti per potere operare) e ridurre il numero dei fondi, spesso così piccoli da dover sottoscrivere polizze con le compagnie di assicurazione.

### Box 5.2 **Previmedical SpA**

Previmedical, costituita nel 2003, ha origine da un ramo di azienda di Previet che dal 1997 aveva esteso la sua attività dalla previdenza complementare alla sanità integrativa. A sua volta Previet è una società costituita all'inizio degli anni Novanta, partecipata inizialmente da Comit e Assicurazioni Generali e dal 1995 anche da Unipol con una quota di minoranza, attiva nella costituzione e nella gestione di fondi pensione.

Alla sua costituzione, Previmedical sceglie di non essere partecipata da nessuna compagnia assicurativa così da mantenere autonomia quale *third party administrator* (TPA) e fornire servizi a compagnie di assicurazione, *broker* e fondi. Attualmente, Previmedical è parte del gruppo RBHold SpA, attivo nei settori dell'assistenza sanitaria integrativa, della previdenza complementare, dell'assicurazione. Nel 2010, è stata sottoscritta poi una *partnership* con il Gruppo Munich Re, compagnia di riassicurazione *leader* a livello internazionale, e con una compagnia di assicurazione dello stesso Gruppo, DKV Salute (dal 2011 RBM Salute), costituita nel 2007 per operare nel settore dell'assistenza sanitaria integrativa. L'obiettivo è offrire l'intera filiera di servizi (Previmedical), assicurazione (RBM Salute) e riassicurazione (Munich Re), con attori specializzati nei diversi segmenti ma integrati tra loro.

Previmedical offre le tipiche attività amministrative, con la gestione di una propria rete di strutture e professionisti sanitari convenzionati: (i) gestione delle anagrafiche; (ii) raccolta di premi e contributi; (iii) gestione della contabilità; (iv) gestione dei sinistri (sia in regime rimborsuale sia in regime di assistenza diretta): calcolo dei rimborsi, gestione delle richieste di revisione delle liquidazioni, archiviazione; (v) erogazione di servizi di *customer care*, informatici e consulenziali: fornitura di risposte e informazioni, agli iscritti (*contact center*), alle aziende e ai *broker* prenotazione della prestazione, monitoraggio medico della prestazione, controllo dei costi rispetto alle tariffe convenzionate, consulenza tecnico-attoriale, consulenza normativa-fiscale; (vi) *network* di strutture sanitarie convenzionate con un tariffario unico nazionale: verifica delle credenziali, monitoraggio di costi e qualità delle prestazioni.

Un'ulteriore area di intervento è quella della erogazione di servizi assistenziali, quali la guardia medica permanente, la consulenza medica, l'invio di farmaci a domicilio, i trasporti medici (anche d'urgenza), ecc.

Utilizzando la rete di erogatori, Previmedical interviene inoltre nell'ambito della non autosufficienza fornendo prestazioni servizi assistenziali domiciliari e residenziali, presidi medici permanenti, oltre al *tutoring* per individuare il «migliore» percorso di cura. Prima di accedere a queste prestazioni, un *team* composto da un MMG, un geriatra, un cardiologo e un ortopedico fa una valutazione del livello di non autosufficienza. La scelta di fornire prestazioni sanitarie alla persona in luogo (o in alternativa) ad una rendita vitalizia, è frutto di più considerazioni: (i) i decreti Turco e Sacconi menzionano prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali; (ii) l'opportunità di evitare il ricorso del finanziamento a capitalizzazione, che richiede un impegno di lungo periodo spesso non disponibile; (iii) la constatazione che, nel caso di stati di grave dipendenza, anche rendite elevate non riescono a coprire i costi dell'assistenza necessaria e dunque non sono in ogni caso risolutive.

L'ente che si rivolge a Previmedical può decidere diversi livelli e ambiti di esternalizzazione delle sue attività gestionali (gestione portafoglio e gestione contabile del ciclo attivo; gestione rimborsi; gestione *front office* convenzioni dirette). Qualunque sia la soluzione, Previmedical si occupa in ogni caso di gestire la rete delle convenzioni dirette. A metà 2012 la rete comprendeva 97.513 convenzioni con IRCCS, case di cura, centri diagnostici e laboratori, medici specialisti, operatori sanitari e socio-sanitari, RSA e odontoiatri. L'82% delle convenzioni era stata registrata con medici specialisti, centri diagnostici e laboratori. Il 37% riguardava professionisti e strutture operanti in Piemonte, Lombardia e Lazio. Le strutture coinvolte nella rete convenzionata sono prevalentemente private benché negli ultimi anni siano aumentati i soggetti pubblici o gli specialisti in libera professione *intramoenia*.

A metà 2012 erano clienti Previmedical oltre cento fondi o casse e tredici compagnie di assicurazione per un totale di circa 2.300.000 iscritti gestiti.

### 5.2.5 Fondo EST

#### *Storia*

Il fondo EST – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i Dipendenti delle Aziende del Commercio, del Turismo e dei Servizi, è stato istituito nel 2005 in attuazione di quanto stabilito dal CCNL per i dipendenti delle aziende del Terziario e dei Servizi (che rappresentano circa l'80% degli iscritti complessivi) e dal CCNL per i dipendenti delle aziende del Turismo, firmati quello stesso anno. Nel 2007 hanno poi aderito al fondo anche il CCNL per i dipendenti di aziende ortofrutticole ed agrumarie e il CCNL per i dipendenti di Aziende Farmaceutiche Speciali.

Il fondo ha natura giuridica di associazione non riconosciuta e non persegue finalità di lucro ex art. 36 del codice civile.

Il fondo ha cominciato ad essere operativo nel 2006 e ad erogare prestazioni nel 2007. Nel 2011 gli assistiti erano circa 1.400.000<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> I CCNL prevedono l'obbligatorietà dell'adesione al fondo, ma non prevedono meccanismi di *enforcement* per le aziende che non ottemperano.

### *Organi*

L'Assemblea è composta dai legali rappresentanti delle organizzazioni socie o da loro delegati.

Il fondo è gestito da un Consiglio Direttivo con 18 componenti, di cui 9 nominati dalle parti datoriali e 9 da quelle sindacali.

Altri organismi nominati dall'Assemblea, all'interno del Consiglio Direttivo, sono il Presidente, il Vice-presidente, i due Comitati di Settore (Terziario, distribuzione e servizi; Turismo) con 6 componenti ciascuno (3 scelti dalle organizzazioni datoriali e 3 dai sindacati). Il fondo si avvale infine di un Collegio dei Revisori dei Conti (3 componenti, di cui uno designato dagli enti datoriali, uno dai sindacati e il terzo con la funzione di presidente dalla parte che non esprime il presidente del Comitato Direttivo).

### *Modello di funzionamento*

Al momento della costituzione, il fondo prevedeva un ampio numero di iscritti e dunque ha optato per una gestione assicurata, così da beneficiare dell'esperienza maturata dalle compagnie e non esporsi a rischi finanziari.

Il fondo si avvale di due compagnie di assicurazione e di un *provider* della rete di strutture convenzionate, del servizio di *call center* e dei servizi amministrativi di gestione dei rimborsi, ecc. In vista della scadenza dei contratti, prevista per il 2014, il fondo sta sperimentando la gestione diretta, per ora su un ambito circoscritto, e cioè l'inabilità temporanea, che dà luogo a un rimborso monetario.

### *Iscritti al fondo*

Il fondo copre i lavoratori attivi o in cassa integrazione. Sono quindi esclusi i pensionati e i familiari. Il risultato è un'età media degli assistiti di circa 40 anni.

Fino al rinnovo del CCNL del Commercio nel 2011, i contributi sono stati solo a carico dell'azienda (10 euro al mese per lavoratore a tempo pieno; 7 per lavoratore a tempo parziale). Ora si chiede al lavoratore un contributo di 2 euro al mese.

### *Prestazioni coperte*

Per le prestazioni di diagnostica la copertura rimborsa le spese sostenute nelle strutture della rete convenzionata. Nel caso di prestazioni ricevute in regime SSN, il fondo rimborsa il *ticket*.

I ricoveri senza intervento chirurgico non danno luogo ad alcuna prestazione. Quelli con intervento chirurgico erogati dalla rete in convenzione diretta con il *provider* prevedono il rimborso degli onorari dell'*équipe* medica e l'uso della sala operatoria incluse le endoprotesi. I ricoveri in strutture SSN (pubbliche o private accreditate) danno luogo al rimborso delle spese sostenute per i servizi alberghieri e del *ticket* o, in alternativa, alla richiesta di una indennità giornaliera. Nel caso in cui nella Provincia di domicilio non vi siano strutture conveziona-

te con il *provider*, l'iscritto può essere autorizzato ad eseguire l'intervento in qualsiasi struttura privata. Le rette di degenza sono rimborsate totalmente nelle strutture della rete; sono oggetto di un massimale nelle strutture non convenzionate. Gli accompagnatori ricevono un'indennità giornaliera fino al massimo di 30 giorni. È inoltre previsto il rimborso di servizi di assistenza infermieristica privata individuale nel limite di 60 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero. Nella fase post-ricovero è prevista la copertura di prestazioni di fisioterapia.

Per gli esami diagnostici svolti nelle strutture convenzionate, il fondo chiede all'assistito un contributo di 35 euro.

In ambito odontoiatrico il fondo paga con un massimale le prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse, le estrazioni di denti, l'ablazione del tartaro e la visita specialistica odontoiatrica in strutture e con personale convenzionato.

#### *Regole attuali e scenari futuri*

A detta del Presidente del Fondo, per la non autosufficienza e la LTC, le leve di sostenibilità in futuro sono principalmente due: l'integrazione tra sanità integrativa e previdenza integrativa; l'obbligo di iscrizione ad un fondo LTC come avviene in Germania.

In generale, nella percezione del Presidente il settore ha una regolamentazione assai blanda ed è forse giunto il momento di porre alcune regole. Resta il fatto che la sanità integrativa non è un settore nuovo (come è stato invece quello dei fondi pensione), ma vi sono molte situazioni anche con una storia consolidata e gli enti che vi operano non sono favorevoli a interventi dirigitisti dall'alto, anche se molto disponibili a collaborare.

Infine, dal Ministero della Salute il presidente del Fondo EST si attende una descrizione dei dati contenuti nell'Anagrafe, dagli stessi fondi alimentata, che permetta di fotografare la varietà dei fondi e spieghi, tra le altre cose, le ampie differenze nei contributi *pro-capite*.

### **5.2.6 UNI.C.A.**

#### *Storia*

La Cassa UNI.C.A. – Cassa Assistenza Personale Gruppo UNICREDIT, è stata costituita nel 2007 in seguito alla volontà di omogeneizzazione delle soluzioni in tema di assistenza sanitaria nei diversi istituti bancari nel tempo confluiti nel gruppo. Tale iniziativa è stata definita da un accordo sindacale che ha previsto un governo paritetico della nuova cassa tra azienda e lavoratori (questi ultimi di fatto rappresentati dagli stessi delegati sindacali). Omogeneizzare le soluzioni organizzative delle precedenti casse e aziende assorbite ha richiesto un percorso graduale concluso nel 2011.

L'accorpamento ha consentito di ottenere economie di scala e aumentare il potere contrattuale con le assicurazioni e i fornitori di servizi. Attualmente gli assistiti sono circa centocinquantamila, di cui il 44% sono lavoratori e il resto familiari a carico. Nel 2010, le risorse impegnate da UNI.C.A. sono state di poco superiori ai settanta milioni di euro.

### *Organi*

La cassa è una associazione non riconosciuta ex art. 36 del codice civile. L'Assemblea degli iscritti elegge i propri rappresentanti, presenti in un numero pari a quelli di nomina aziendale, nel Consiglio di Amministrazione. Quest'ultimo a sua volta nomina un Comitato Esecutivo caratterizzato sempre da una rappresentanza paritetica. Il Comitato dei Revisori, è pure nominato in parte dall'azienda e in parte dall'Assemblea dei soci.

### *Modello di funzionamento*

UNI.C.A. ha adottato fino ad ora una gestione assicurata del rischio. La principale motivazione di tale soluzione è la mancanza di informazioni e conoscenze sui profili di rischio. Tuttavia, dopo cinque anni di attività, la cassa è arrivata ad accumulare un patrimonio di dati che ha già consentito di contrattare con le assicurazioni in una situazione di minore asimmetria informativa e di conoscenze specifiche. A fronte di un eventuale contenimento delle risorse disponibili, una conseguenza potrebbe essere l'adozione di una soluzione di almeno parziale auto-assicurazione.

Fin dalla costituzione della cassa, inoltre, è stata fatta la scelta di rivolgersi ad una società di servizi non collegata alle compagnie a cui è stato trasferito il rischio assicurativo. In particolare, la società esterna gestisce liquidazioni e rimborsi per le prestazioni erogate in forma indiretta e mette a disposizione la propria rete di strutture convenzionate per le convenzioni dirette.

### *Membri del fondo*

Gli iscritti del fondo sono tutti i dipendenti a tempo indeterminato o determinato delle aziende del gruppo. A questi si aggiungono non solo i superstiti di dipendenti, i pensionati e i titolari di pensioni di reversibilità, ma anche i coniugi e i figli a carico dei dipendenti stessi. Questi ultimi possono chiedere l'ammissione ad UNI.CA anche dei familiari non fiscalmente a carico.

Seguendo questa logica, la titolarità di socio cessa con: (i) il termine del rapporto di lavoro per motivi diversi dal pensionamento; (ii) l'uscita dell'azienda di cui si è dipendenti dal gruppo Unicredit; (iii) il passaggio ad un contratto collettivo di lavoro che prevede forme diverse d'integrazione sanitaria. Gli esodi anticipati a seguito di esuberi sono equiparati ai lavoratori in servizio.

Per ridurre i rischi di selezione avversa, ai neoiscritti ultra-ottantacinquenni che possono essere tra i familiari a carico di un nuovo assunto, è chiesta la com-



pilazione di un questionario di anamnesi al momento dell'iscrizione. In generale, agli assistiti al di sopra degli ottantacinque anni è chiesto un incremento del 25% del premio.

### *Prestazioni coperte*

Il fondo offre tre pacchetti definiti *standard* in funzione dell'inquadramento aziendale (aree professionali e quadri direttivi di primo e secondo livello; quadri direttivi di III e IV livello; dirigenti), coperti interamente dal solo contributo aziendale. Ad onere del lavoratore sono, invece, l'assistenza odontoiatrica e l'opzione di uno specifico pacchetto di prestazioni per i dipendenti e i dirigenti provenienti da Capitalia.

Nel 2009 è stato necessario aumentare l'onere a carico delle aziende del gruppo per garantire la sostenibilità finanziaria della cassa. D'altro canto, nella percezione del direttore di UNI.C.A., alla luce degli attuali scenari economici, è difficile prospettare qualsiasi ulteriore incremento dei contributi aziendali; ciò imporrà uno sforzo di maggiore efficienza nella gestione della cassa.

Le prestazioni coperte vanno dai ricoveri con e senza intervento chirurgico a tutte le relative spese per la diagnostica e la specialistica nei cento giorni precedenti e successivi il ricovero. Gli onorari delle visite specialistiche e gli esami di alta diagnostica sono coperti anche al di fuori dell'evento del ricovero, così come il relativo *ticket* previsto dal SSN. Le cure oncologiche e i trapianti sono inclusi. La riabilitazione è prevista in seguito a infortunio, neoplasie o interventi chirurgici. L'adesione ai pacchetti superiori a quello base comporta, ad esempio, il rimborso della psicoterapia, di occhiali e lenti a contatto, o ancora un massimale più elevato nelle cure oncologiche.

Un investimento significativo di UNI.C.A., al di fuori del pacchetto di prestazioni coperto da polizze assicurative, è stato nella prevenzione secondaria, con una serie di *screening* in ambito oncologico e cardiovascolare. Il valore aggiunto, individuato dal direttore di UNI.C.A., rispetto alle prestazioni fornite dal SSN, è la possibilità di svolgere l'intero insieme di esami in mezza giornata in un'unica struttura. Tali iniziative hanno avuto una vasta adesione soprattutto da parte degli associati nelle fasce di età a maggior rischio.

Un capitolo a parte è rappresentato dalle prestazioni oggetto del vincolo di destinazione del 20%. Infatti, al momento della pubblicazione della normativa, le cure dentarie e gli interventi per non autosufficienza erano presenti in modo marginale (solo nei pacchetti opzionali a carico del lavoratore, o nelle coperture integrative per i dirigenti). Tale situazione ha indotto UNI.C.A. a due iniziative, tese a raggiungere il limite, salvando la defiscalizzazione dei contributi incassati:

- relativamente alle cure dentarie, è stato creato un pacchetto specifico con obbligo di adesione da parte di tutti gli associati. La contribuzione defiscalizzabile a carico del lavoratore è stata, tuttavia, impostata su principi solidaristici:

a fronte di una contribuzione media annua di circa 130 euro, un neoassunto partecipa con circa 60 euro (la quota di un dirigente è maggiore). Anche in questo caso, il pacchetto base può essere esteso al nucleo familiare in seguito ad un maggiore contributo volontario. Le prestazioni possono essere erogate sia in convenzione diretta dalla rete proposta da UNI.C.A., sia in modo indiretto con un onere maggiore per l'assistito;

- ▶ per la LTC, UNI.C.A. si è avvantaggiata della contribuzione versata dalle aziende del Gruppo UniCredit al fondo CASDIC, di cui si è già detto (cfr. § 5.2.4), come consentito da una specifica risoluzione ministeriale.

L'ammontare totale delle risorse impegnate è stato nel 2010 di settantuno milioni di euro. Sebbene la cassa voglia aumentare le convenzioni dirette, per il momento i rimborsi relativi a prestazioni erogate in forma diretta sono più o meno equivalenti a quelli per le prestazioni erogate in forma indiretta.

Infine, considerati i contenuti della copertura offerta, risulta evidente che UNI.C.A. è un fondo che opera secondo una logica prevalentemente duplicativa del SSN. Tuttavia, a detta del suo direttore, il fondo è pronto a mutare orientamento se cambierà la normativa.

#### *Regole attuali e scenari futuri*

Il vincolo di destinazione del 20% delle risorse impegnate ha richiesto ad UNI.C.A. uno sforzo notevole e il valore raggiunto è di poco superiore a quanto richiesto dalla normativa. Tale situazione porta la cassa a proporre l'inclusione della prevenzione, campo in cui ha investito, tra le voci destinatarie delle risorse vincolate.

### **5.3 Discussione e conclusioni**

1. L'analisi condotta su alcuni tra i principali fondi sanitari italiani evidenzia ancora una volta come sia difficile parlare di fondi *integrativi* del sistema sanitario pubblico. Riprendendo quanto già descritto nel Rapporto OASI 2011 (Cavazza e De Pietro, 2011, pp. 182-183), i fondi sanitari potrebbero svolgere un ruolo propriamente integrativo rispetto al servizio pubblico nel caso di:

- ▶ rimborso delle compartecipazioni ai costi (*ticket*) che il SSN chiede ai suoi utenti o, eventualmente, rimborso dei costi indiretti della malattia, attraverso indennità o diarie per i giorni di ospedalizzazione o soluzioni simili. In tal caso, la letteratura parla di ruolo *complementare* per i fondi sanitari;
- ▶ rimborso (o erogazione) dei servizi non coperti dal sistema sanitario pubblico (nel caso italiano prestazioni extra-LEA) o, eventualmente, offerta di più elevati livelli di *comfort*. In tal caso, la letteratura parla di ruolo *supplementare* per i fondi sanitari.

Nell'esperienza italiana, però, buona parte delle attività dei fondi non sono né complementari né supplementari rispetto al SSN, bensì *duplicative* rispetto a quanto già garantito dal sistema sanitario pubblico. In questa situazione i residenti utilizzano i fondi per avere un più facile accesso ai servizi sanitari (ad esempio evitando le liste di attesa) o per poter scegliere con maggiore libertà professionisti o *équipe* di fiducia.

Se il ruolo complementare o supplementare svolto dai fondi può avere, a determinate condizioni, ricadute positive sul benessere della collettività e persino sul funzionamento del sistema sanitario pubblico, il ruolo duplicativo risulta invece assai più problematico. In qualche misura, il ruolo duplicativo è sintomo di carenze del sistema sanitario pubblico, come nel caso delle liste di attesa. Inoltre, le soluzioni che il ruolo duplicativo offre al sistema pubblico spesso non sono coerenti coi valori di fondo dell'SSN. Sempre per restare al problema delle liste di attesa, per esempio, i fondi sanitari duplicativi permettono di aggirarle sia quando esse sono strumento positivo di appropriatezza, sia – ed è il caso più frequente – quando sono invece frutto di difficoltà strutturali e organizzative del SSN. In quest'ultimo caso, la possibilità data agli iscritti ai fondi di accedere velocemente ai servizi sanitari riduce l'equità di accesso.

Se dunque un regime fiscale di favore può trovare giustificazione per coperture complementari o supplementari, esso risulta più difficile da spiegare nel caso di coperture duplicative.

2. Lo sviluppo auspicato dalle norme per il secondo pilastro del *welfare* si ispira ad evidenti criteri di solidarietà. È dunque interessante verificare se i fondi sanitari italiani rispondono a tali criteri. In particolare, sembra utile riferirsi a concetti che l'economia e la politica sanitaria considerano caratteristici di sistemi assicurativi solidali, quali:

- ▶ il libero accesso ai piani di copertura sanitaria da parte di individui e famiglie (*open enrollment*);
- ▶ i vincoli al recesso unilaterale (in particolare, i limiti posti ai piani assicurativi di recedere dai contratti una volta che un assicurato/assistito sviluppi patologie costose o, semplicemente, raggiunga un'età avanzata);
- ▶ la definizione di premi basati su rischi medi (*community rating*) e dunque l'esclusione di pratiche che permettano ai piani assicurativi di definire premi basati sul rischio individuale attuariale;
- ▶ collegato ai due punti precedenti, i vincoli alla possibilità per il piano assicurativo di limitare l'estensione della copertura in base alle condizioni di salute pregresse o in atto al momento dell'iscrizione di un nuovo assistito (cioè limiti alla possibilità di escludere dalla copertura le prestazioni richieste da condizioni di salute pregresse – *pre-existing conditions* – quali malattie già in corso o passate);

- ▶ criteri di finanziamento del sistema coerenti con principi di equità (ad esempio prevedendo premi d'importo proporzionale al reddito degli iscritti);
- ▶ finalità non lucrative dei piani sanitari.

In generale, le esperienze analizzate confermano il carattere solidale dei fondi sanitari italiani. Ciò è vero in particolare nel senso di escludere o limitare la possibilità di considerare *pre-existing conditions*, di limitare la possibilità per i fondi di recedere unilateralmente dal rapporto contrattuale, di porre premi basati su *community rating* e non sul profilo di rischio individuale.

Quando uno o più degli elementi sopra indicati non sono presenti nei casi di studio, ciò è dovuto per lo più alla natura e all'origine dei fondi stessi. Così, ad esempio, i fondi originati nei CCNL sono ovviamente destinati in primo luogo ai lavoratori a cui si applicano tali contratti di lavoro e non sono invece aperti a chiunque voglia iscriversi.

Probabilmente l'elemento più problematico è, paradossalmente, quello relativo alla natura *non profit* dei piani assicurativi. La struttura industriale del settore e, nel caso di alcuni fondi, il ricorso a forme molto estese di esternalizzazione, fanno sì che tale assenza di finalità lucrativa risulti più una caratteristica di facciata che sostanziale. Per capire meglio la natura del problema, si può fare riferimento ad esempio a un fondo iscritto presso l'Anagrafe ministeriale. Giuridicamente il fondo è un'associazione riconosciuta ex artt. 12 e segg. codice civile, costituita da una compagnia di assicurazioni *for profit* quale socio fondatore unico. Il fondo propone ai datori di lavoro la possibilità di iscrivere i propri lavoratori e poi questi, eventualmente, possono estendere a pagamento la copertura ai propri familiari. La copertura offerta è *standard* e non prevede quindi la possibilità di personalizzazioni da parte dei singoli datori di lavoro o lavoratori. La gestione assicurativa è affidata alla compagnia socio fondatore del fondo. La gestione amministrativa è invece affidata a una società *for profit* posseduta al 100% dalla stessa compagnia. Ad evidenza, si tratta di un fondo sanitario privo di attività gestionali proprie e di fatto emanazione di una compagnia di assicurazione *for profit*. Tutti gli eventuali profitti sono facilmente trasferibili dal fondo – controllato dalla compagnia – alla compagnia stessa o alla società di assistenza amministrativa controllata. L'unica ragione della costituzione del fondo, formalmente *non profit*, è l'iscrizione all'Anagrafe ministeriale e dunque il trattamento fiscale di favore.

3. Il tentativo di orientare i fondi a un ruolo più propriamente supplementare, richiedendo di destinare almeno il 20% delle risorse impegnate a odontoiatra a non autosufficienza, mostra risultati ambigui. Certamente i fondi si sono «aperti» alle cure odontoiatriche, aiutati in ciò dalla concomitante riorganizzazione del sistema di offerta (in particolare con la rapida diffusione di studi associati, «catene» e formule di *franchising* che hanno permesso una più facile interlocuzione tra i fondi e gli odontoiatri). Tale apertura in alcuni casi è stata esplicita-

mente il frutto del vincolo normativo del 20%. Molto più riluttanti i fondi si sono mostrati invece nei confronti dell'autosufficienza (con la rilevante eccezione, tra quelli da noi analizzati, del comparto bancario attraverso la CASDIC). Tale riluttanza è frutto di diversi elementi, tra i quali certamente:

- ▶ la difficoltà di conciliare logiche sanitarie a ripartizione (prevalenti nel caso di prestazioni sanitarie acute) con logiche più previdenziali e a capitalizzazione (prevalenti nel caso della LTC)<sup>18</sup>;
- ▶ l'insicurezza attuale e, soprattutto, futura del quadro di tutele pubbliche sulla non autosufficienza e sulla LTC, che rende difficile costruire scenari economici solidi;
- ▶ la natura di tanti fondi sanitari, originati nella contrattazione collettiva e dunque legati strettamente a logiche collettive di appartenenza lavorativa (quindi temporanee), più che a logiche individuali. Non autosufficienza e LTC sono condizioni strettamente legate all'età degli assistiti e diventano rilevanti soprattutto in età avanzata, quando gli assistiti sono tipicamente in pensione. Per questo motivo, si tratta di un'assistenza che mal si concilia con il funzionamento delle casse sanitarie aziendali o dei fondi originati nei CCNL.

4. Come più volte affermato, l'eterogeneità dei fondi rende difficile definire una regolamentazione efficace, capace di orientare lo sviluppo del settore quale secondo pilastro fiscalmente favorito del sistema di *welfare*. Come sintetizzato in Cavazza e De Pietro (2011, pp. 175-179), il tentativo negli anni Novanta di promuovere fondi realmente integrativi (cioè complementari o supplementari) del SSN, aveva incontrato resistenze e alla fine era fallito, anche perché non riconosceva la natura per lo più duplicativa dei fondi già operanti in Italia. Proprio per rispondere a ciò, il d.m. 31/3/2008 e poi il d.m. 27/10/2009 avevano adottato un approccio diverso e più conciliante rispetto a quella tradizione:

- ▶ da un lato, si chiedeva ai fondi di comunicare alcune informazioni rispetto al loro assetto istituzionale e al loro funzionamento (sono le informazioni che il d.m. 31/3/2008 chiede di inviare all'Anagrafe), nonché di destinare almeno il 20% delle risorse a due ambiti di assistenza tradizionalmente deboli del SSN (odontoiatria, soprattutto dopo la definizione dei LEA nel 2001, e non autosufficienza e LTC);
- ▶ dall'altro, si ricompensava tale disponibilità con un'alta deducibilità fiscale dei premi.

<sup>18</sup> Ripartizione e capitalizzazione differiscono per l'orizzonte temporale con cui i contributi (premi) sono raccolti e utilizzati. Nei sistemi a ripartizione i contributi versati nell'anno da tutti gli assicurati sono immediatamente resi disponibili per finanziare le prestazioni riconosciute a quegli assicurati che cadono malati o comunque hanno bisogno nello stesso anno. Nei sistemi a capitalizzazione i contributi sono accantonati e capitalizzati, in attesa di essere disponibili in futuro, in primo luogo per i bisogni di chi li ha versati.

Pur comprendendo le ragioni di tale approccio, l'analisi svolta nelle pagine precedenti conferma come l'eterogeneità renda oltremodo difficile, da un lato, conoscere e descrivere il settore, dall'altro, orientarne lo sviluppo in coerenza con l'interesse generale.

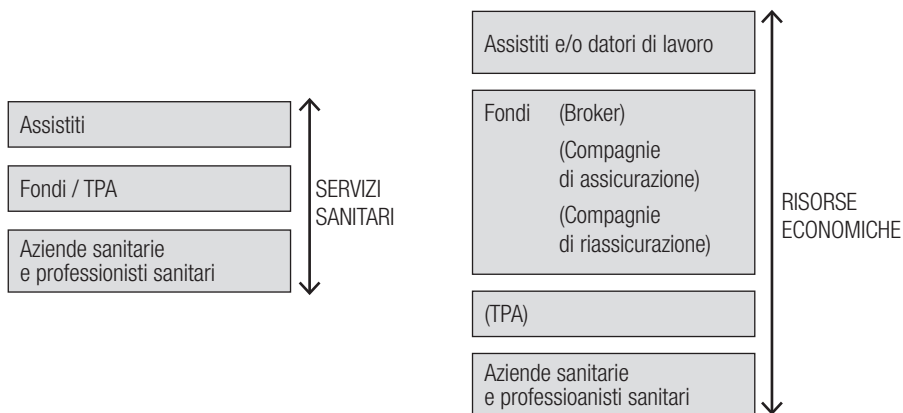
A tale eterogeneità contribuiscono le origini e la natura profondamente diverse dei vari fondi, le scelte fatte circa l'esternalizzazione o meno delle funzioni assicurativa e amministrative, i rapporti difficili da modellizzare che intercorrono tra i numerosi attori che operano nel sistema (cfr. Figura 5.3).

5. Tale eterogeneità si conferma anche nelle visioni che i diversi fondi hanno rispetto alla regolamentazione pubblica auspicata, strettamente legate alla natura dei fondi e ai modelli di funzionamento da essi adottati.

In generale, tanto più i fondi agiscono e si percepiscono in concorrenza con altri, quanto più auspicano una regolamentazione del mercato. In particolare, «fondi di fondi» e SMS di dimensioni medio-grandi percepiscono come un problema la polverizzazione del settore e auspicano una maggiore chiarezza normativa (es. sulla differenza tra fondi di tipo A e di tipo B, sul 20% minimo di risorse vincolate, ecc.), *standard* contabili da richiedere a tutti i fondi, regole che rendano più verificabile l'economicità delle varie attività e dei diversi attori del settore.

Rispetto a questo ultimo punto, sembra rivestire particolare criticità l'ampio margine di azione di *broker* e compagnie di assicurazione, che spesso propongono offerte in ambito sanitario che non rispecchiano, da sole, condizioni di economicità. In altre parole, *broker* e compagnie di assicurazione possono a volte offrire polizze sanitarie anche «in perdita» a un determinato cliente, se pensano di poter poi «recuperare» con altri servizi offerti allo stesso cliente (coperture re-

Figura 5.3 **Attori del ciclo dei servizi sanitari e del ciclo economico-finanziario**  
(tra parentesi gli attori non sempre presenti)



sponsabilità civile, ecc.). Così facendo, però, alterano la concorrenza sul settore malattia e creano difficoltà agli altri fondi che vi operano.

È chiaro che i fondi negoziali, rivolti ai soli lavoratori di un'azienda o settore, risentono molto meno di tale concorrenza e dunque spesso auspicano di avere meno regolamentazione possibile, confermando il quadro attuale (pur ritenendolo «leggero»).

Nella percezione degli intervistati, meno problematico sembra un altro ambito di possibile regolamentazione, relativo alla natura solidaristica delle coperture offerte.

Più sensibile, come già detto, è considerato il tema dell'autosufficienza e della LTC. In generale, emerge l'auspicio che le norme non chiedano ai fondi ulteriori attività in tale ambito. Alcuni fondi ritengono opportuno prevedere prestazioni vincolate alla fruizione di servizi di assistenza sanitaria e non soltanto indennità economiche, così da distinguere meglio le prestazioni sanitarie da quelle previdenziali.

Infine, tutti gli interlocutori chiedono di avere più informazioni da parte dell'Anagrafe ministeriale, in modo da conoscere meglio il settore e il proprio posizionamento.

## Bibliografia

- Cavazza M. e De Pietro C. (2011), «Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale», in Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2011. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA, pp. 174-200.
- Giannoni M. (2001), «Fondi sanitari integrativi e Information Technology: situazione attuale e prospettive», *Tendenze Nuove*, 1/01, pp. 46-55.
- Labate G. e Tardiola A. (2011), «La sanità integrativa in Italia», in De Vincenti C., Finocchi Ghersi R., Tardiola A. (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il Mulino.
- Mastrobuono I. et al. (a cura di) (1999), *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (2008), *La vita buona nella società attiva. Libro Verde sul futuro del modello sociale*, Roma.
- Nomisma (2003), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana*, Milano, Fondazione Pfizer, Franco Angeli
- Turno A. (2008), «Spazio a mutue e polizze sanitarie», *Il Sole 24 Ore*, lunedì 4 agosto, p. 7.