



CONFCOMMERCIO
IMPRESE PER L'ITALIA

FONDI INTEGRATIVI DEL SSN

INDAGINE CONOSCITIVA

CAMERA DEI DEPUTATI

XII Commissione Affari Sociali

Roma, 24 luglio 2019

Nonostante il legislatore sia intervenuto diverse volte, negli ultimi vent'anni, sul sistema dei fondi sanitari va ricordato che nel nostro Paese i fondi stessi – anche se con diverse caratteristiche ed articolazioni strutturali – operano già dal 1886 quando attraverso apposita normativa si decise di disciplinarne l'operatività in **una logica squisitamente mutualistica**.

Le evoluzioni normative e le modifiche poi intervenute nel corso del tempo nel tessuto economico e sociale, pur modificando l'assetto complessivo del welfare italiano, hanno comunque mantenuto intatto il **valore sociale e solidaristico** di iniziative tendenti a garantire varie forme di copertura sanitaria.

Tanto che oggi tutti i principali contratti collettivi destinano a questa finalità sociale una parte del trattamento salariale e del costo del lavoro.

Nel caso del Terziario, in particolare, queste esperienze hanno la duplice finalità di favorire il benessere aziendale, rendendo più competitiva l'impresa, e quella di rendere più attrattivo un settore che si fonda proprio sul capitale umano e che grazie anche alla sanità integrativa ha così possibilità di **attrarre le risorse umane più qualificate e motivate** che il mercato del lavoro offre.

Su queste basi Confcommercio, nel corso degli anni, ha dato vita come Parte istitutiva a:

- **Fondo EST**, rivolto ai dipendenti delle aziende del Commercio, del Turismo, dei Servizi e dei settori affini, con 219.000 aziende ed oltre un milione e 550 mila lavoratori iscritti;
- **QuAS**, che fornisce assistenza sanitaria ai dipendenti con qualifica di quadro operanti nel terziario, nel turismo, nei servizi e nei settori affini, contando oggi oltre 20.700 aziende iscritte e circa 92.000 tra attivi e pensionati;
- **Fasdac**, che è il fondo rivolto ai dirigenti di aziende del settore terziario (commercio, turismo e servizi), trasporti, magazzini generali, alberghi, catene alberghiere e delle agenzie marittime, e che con 8.310 aziende iscritte e 36.000 dirigenti iscritti fornisce già dal 1949 assistenza sanitaria ad una popolazione di oltre 96.000 soggetti tra dirigenti, pensionati e loro familiari.

Una platea che - insieme a quella delle mutue commercianti territoriali, che da oltre 60 anni operano come prosecuzione del sistema mutualistico obbligatorio di categoria, offrendo coperture sanitarie integrative a tanti imprenditori e professionisti – arriva oggi ad interessare circa **1,7 milioni di cittadini**, concor-

rendo in maniera fondamentale e **senza alcun scopo di lucro** al completamento e rafforzamento del nostro sistema sanitario dal quale i fondi sanitari contrattuali ricalcano gli stessi principi fondanti: **mutualità e non selezione dei rischi**.

È proprio in questa logica che trova fondamento la deducibilità fiscale, sempre prevista dal legislatore, basata innanzitutto sull'assenza di un rapporto sinallagmatico tra contribuente e destinatario della prestazione che è tipica dei sistemi mutualistici; in un sistema caratterizzato da un meccanismo che si fonda quindi su principi solidaristici di categoria che rendono virtuoso l'utilizzo di **risorse esclusivamente private** – di aziende e lavoratori – destinate a tale specifica finalità dai CCNL.

Da questo punto di vista, va comunque sottolineato che tutti i fondi sanitari sono gravati di un **contributo di solidarietà del 10%** che il legislatore ha inteso introdurre in una logica di sostegno al primo pilastro.

La presenza delle **Parti sociali istitutive nella governance** dei fondi sanitari, in un contesto siffatto, ha dimostrato di saper guidare in maniera efficiente ed efficace tali strumenti, contenendo al massimo i costi di gestione e garantendo **elevate professionalità** che hanno consentito al sistema di crescere in maniera costante con soddisfazione degli aderenti, come dimostrano empiricamente tutte le analisi di *customer satisfaction* che i fondi del sistema Confcommercio svolgono regolarmente.

Una **governance di livello** che, rappresentando i **soggetti finanziatori del sistema**, risulta indispensabile affinché sia garantito un costante monitoraggio rispetto al **miglior funzionamento dello strumento contrattuale**, valutando l'eventuale necessità di correzioni ed adeguamenti che nel tempo garantiscano la sostenibilità ed il perseguimento dello scopo sociale.

Tutti i fondi sanitari del sistema Confcommercio operano infatti con l'obiettivo di mantenere un **equilibrio ed una stabilità nel tempo**, che si basa in maniera rigorosa su proiezioni statistico-attuariali, tenendo conto delle specificità del settore economico in cui operano e della strutturazione della platea di riferimento.

I fondi esercitano così anche una funzione di **indirizzo e filtro della spesa sanitaria** di milioni di soggetti che - a seguito comunque di prescrizioni mediche che garantiscano l'effettiva necessità e appropriatezza della prestazione – ricorrono sia al Servizio Sanitario Nazionale che alle strutture private convenzionate, alle quali ci si rivolge in particolare per le prestazioni a più alta frequenza.

I fondi sono quindi in questo senso i **migliori alleati del SSN** grazie alla possibilità di convenzionamento con strutture pubbliche, che può garantire l'apporto di risorse private al sistema, e alla loro azione quotidiana che libera lo

stesso da adempimenti ed oneri che rischierebbero, altrimenti, di appesantirne l'organizzazione a scapito dei livelli generali di servizio.

Peraltro, la possibilità di rivolgersi a strutture private tramite il fondo sanitario non è una distorsione ascrivibile ai fondi sanitari, come erroneamente sostenuto in alcuni ambienti, ma un elemento che favorisce semmai la **razionalizzazione di comportamenti individuali** che non derivano necessariamente da situazioni eterogenee della copertura pubblica ma anche dalla **naturale tendenza dell'individuo a rivolgersi a strutture di propria fiducia**. Ciò è dimostrato dalla circostanza che, se si analizza la spesa sanitaria italiana, si può facilmente rilevare come il fenomeno della spesa *out of pocket* interessi in maniera indistinta tutte le aree geografiche del Paese, **ivi comprese quelle delle regioni considerate più virtuose**.

Proprio per questo, nell'ottica di un sistema di welfare sempre più basato su due pilastri, occorre lavorare per **valorizzare il ruolo della sanità integrativa** in chiave di *partner* ideale e più prossimo del sistema pubblico, mentre qualsiasi intervento che vada a penalizzarne l'attuale assetto impatterebbe negativamente su delicati equilibri faticosamente raggiunti e metterebbe a rischio la tenuta dell'intero sistema italiano di coperture sanitarie, facendone di fatto ricadere la spesa sui cittadini.

I numeri del sistema

A fronte di una oggettiva condizione di sotto-finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, con una dotazione che nell'ultimo decennio è cresciuta mediamente di circa l'1% annuo contro il 4% della media UE, gli ultimi dati a disposizione del Ministero della Salute, anagrafe dei fondi sanitari, evidenziano che oltre **nove milioni di cittadini sono stati coperti da una forma di sanità integrativa**.

Il numero sale a più di tredici milioni se si prendono in considerazione anche le polizze, sia individuali che collettive.

Una rete che ha quindi consentito concretamente di intermediare la spesa sanitaria privata collegata a quel 25% di cure che oggi, nonostante l'universalismo del sistema, vengono comunque pagate di tasca propria dalle famiglie incidendo in maniera molto più importante proprio tra le fasce più basse di reddito non coperte da una qualche forma di assistenza sanitaria complementare.

Tutto ciò a dimostrazione di come il sistema dei fondi sanitari sia oggi prezioso in un quadro, peraltro, in cui il 75% della spesa sanitaria privata in servizi – esclusa quindi quella per farmaci – risulta costituito da odontoiatria, diagnostica e visite specialistiche, ovvero dagli ambiti che rappresentano una parte importante proprio dell'offerta inserita nei nomenclatori dei nostri fondi sanitari.

I numeri ufficiali dimostrano infatti che nella loro attività quotidiana **i fondi hanno erogato nell'ultimo anno circa 2,3 miliardi di prestazioni sanitarie, con costi di funzionamento medi estremamente bassi - inferiori al 6%** - che consentono di assicurare il più ampio impegno per il raggiungimento delle finalità istituzionali di enti che nascono senza alcun scopo di lucro.

Fondi sanitari alleati del SSN

Questi risultati i fondi li hanno raggiunti – non da oggi, per quanto riguarda in particolare il mondo Confcommercio, ma in oltre 70 anni di attività - **senza mai in alcun modo sottrarre risorse al Sistema Sanitario Nazionale** visto che i contributi con cui coprono la spesa *out of pocket* dei propri associati provengono dalle disponibilità economiche stabilite, a tal fine, dai contratti nazionali di lavoro a carico di imprese e lavoratori.

La componente di finanziamento dei fondi, quindi, aumenta i servizi di welfare **senza sottrarre risorse finanziarie al primo pilastro ma completandolo e ripartendo il rischio** tra le diverse popolazioni di riferimento e, quindi, tra le diverse propensioni al consumo di prestazioni sanitarie.

I grandi numeri sui quali il rischio viene, in tal modo, diluito consentono sostanzialmente di operare in assenza di politiche di discriminazione del contributo rispetto alle condizioni di salute del singolo e di conseguire un **forte contenimento del costo della copertura** gravante su ogni iscritto che, altrimenti, si posizionerebbe su livelli sensibilmente più alti proprio a scapito di chi necessita di maggiori e più elevati livelli di integrazione sanitaria (anziani, malati cronici ecc.).

Il sistema mutualistico su cui sono incardinati i fondi sanitari complementari contrattuali del sistema Confcommercio è quindi il modo più efficiente, efficace e sostenibile per garantire **prestazioni di livello adeguato ad intere collettività fungendo da completamento naturale dell'universalismo del Sistema Sanitario Nazionale.**

La complementarietà rispetto al primo pilastro è infatti garantita sia da questo sistema di funzionamento dei fondi sanitari – il cui mutualismo ricalca, appunto, i principi fondanti il SSN, compresa la non selettività dei rischi – sia dalla tipologia di prestazioni garantite. Tali prestazioni, infatti, rispettano in parte le **esigenze di integrazione del sistema** in coerenza con le prescrizioni del Decreto Ministeriale del 31 marzo 2008 e per il resto garantiscono prestazioni che, pur ricomprese nei LEA, appaiono oggi non sempre facilmente accessibili nella pratica.

Per questo riteniamo che il **dibattito tra integrazione e sostituzione sviluppatosi ultimamente in diversi contesti meriti un maggior livello di**

approfondimento nella consapevolezza che, oltre ai LEA, ci sono i Piani di Rientro ed i vincoli previsti dal Patto per la Salute ma c'è anche un'accessibilità reale alle prestazioni fortemente condizionata dal luogo in cui deve essere fruita.

Sperequazioni che i fondi sanitari integrativi possono contribuire a ricomporre in maniera efficace.

Non si tratta, quindi, di sostituzione o duplicazione delle coperture ma va valutato che gli oltre due miliardi di prestazioni erogate dal secondo pilastro hanno concretamente contribuito al completamento del sistema, **sgravando le strutture pubbliche da prestazioni ad alta frequenza e minor valore aggiunto** e redistribuendo, quindi, in maniera più efficiente una quota importante di consumi sanitari.

E questo ha ricadute considerevoli anche sullo **stato di salute e sulla prevenzione delle famiglie italiane** con beneficio anche del sistema economico (oltre che del contenimento della spesa a carico del SSN).

Basti pensare che la percentuale di famiglie che hanno speso per visite specialistiche è pari al 46,6% nel caso degli iscritti a Fondi e al 25,9% se si tratta invece di non iscritti.

La copertura da parte di un Fondo, quindi, garantisce uno **schema di controlli più efficace** anche perché l'accesso agli stessi è in ogni caso fatto dietro prescrizione del medico e, quindi, indirettamente anche dietro controllo del sistema sanitario pubblico.

Quanto si verifica per le visite specialistiche si ripropone per le altre categorie di spesa ed in particolare per la prevenzione, rispetto alla quale i modelli dei fondi sanitari di natura contrattuale sono allineati alle linee guida ministeriali.

In questa direzione, i **fondi sanitari del sistema Confindustria si pongono all'avanguardia** e stanno progressivamente abbandonando il concetto prettamente rimborsuale, diretto o indiretto, per approdare ad **un nuovo approccio di presa in carico del soggetto iscritto**, sempre più seguito nelle diverse fasi della propria vita di assistito, così da poter offrire un'offerta sanitaria **più mirata alle specifiche condizioni ed evitando costi inutili o prestazioni ridondanti**.

Un **livello di assistenza del tutto nuovo e più maturo** che può portare notevoli vantaggi anche al Sistema Sanitario Nazionale in termini di messa a regime di quella che l'OCSE chiama "esigenza di infrastruttura sanitaria informativa".

I sistemi sanitari hanno infatti più o meno tutti la stessa difficoltà nel ricostruire una figura completa dell'intero processo di assistenza del paziente.

Per questo l'OCSE raccomanda ai Paesi di superare una serie di barriere legali e tecniche per collegare i dati individuali tra diversi a parametri omogenei.

E' evidente che, in questo senso, **un sistema di fondi sanitari sviluppato e capace di mettere a fattor comune una mole immensa di dati può essere il miglior alleato per la programmazione sanitaria del Paese**, concorrendo di fatto alla creazione di una vera consulta nazionale della sanità che non disperda dati, buone pratiche ed esperienze ma sappia invece renderle patrimonio di tutti attraverso la costruzione di *benchmark* virtuosi nati dall'alleanza pubblico/privato.

Fondi sanitari, più benefici che costi

Rispetto al **dibattito nato in questi mesi intorno alla quota di spesa pubblica destinata alle agevolazioni fiscali** in favore della sanità integrativa - deducibilità di 3.615,20 euro annui dei contributi versati - occorre innanzitutto chiarire che tale previsione è legata al fatto che detta contribuzione è frutto di quote del CCNL che a tale finalità sono state destinate dalle Parti sociali e che tale finalità è stata sempre ritenuta dal legislatore meritevole di attenzione in chiave di **sussidiarietà tra iniziativa privata e pilastro pubblico in tema di welfare**. Così come da sempre si fa d'altra parte anche con la previdenza complementare.

Inoltre il beneficio fiscale specifico non va interamente valutato come un costo posto che, se le prestazioni in questione non venissero erogate tramite i fondi, opererebbe ovviamente la detrazione del 19% la quale, applicandosi su ogni prestazione, comporterebbe per la finanza pubblica costi maggiori e pari a circa 3 miliardi contro i 2 miliardi di contributi dedotti per i fondi sanitari.

I contributi annualmente dedotti, rispetto ai numeri ben più elevati che erano stati forniti in passato, comportano invece minori entrate per il Bilancio dello Stato per neanche 500 milioni di euro (€ 492.773.027 come da Relazione Agenzia delle Entrate del 15 maggio 2019) ed in ogni caso sui premi di polizza pagati dai fondi non totalmente auto-assicurati è anche applicata l'imposta specifica.

La sanità complementare, inoltre, svolge un altro ruolo virtuoso in questo senso, consentendo di sfruttare i benefici generati dalla **tracciabilità della spesa** che l'impianto garantisce, facilitando così anche i processi legati alla dichiarazione precompilata, e favorendo **l'emersione di base imponibile**, proprio grazie all'intermediazione della spesa, con notevoli ricadute positive per la finanza pubblica.

Oltre alla mappatura della spesa privata intercettata dai fondi, il sistema consente anche di sfruttare una mole di dati importante oggi in possesso dell'anagrafe dei fondi sanitari, utili anche ad alimentare il **sistema tessera sanitaria** con la possibilità di analizzare flussi e dati delle spese mediche.

Ciò senza tenere di quanto l'intermediazione incida positivamente sulla **quota di spesa libera e consumi**, rendendo disponibili risorse altrimenti vincolate alle cure.

Dal punto di vista della creazione di valore occorre poi considerare che l'intermediazione dei fondi permette ai cittadini un più facile accesso a prestazioni di vario tipo all'interno di strutture private che, altrimenti, in molti casi non sarebbero assorbite dal SSN ma **semplicemente non verrebbero svolte**.

Questo alimenta una parte non trascurabile del sistema economico del Paese se è vero che, negli anni a cavallo della crisi (2008-2012), il settore dei servizi sanitari, di cura e assistenza ha generato oltre 1,6 milioni di nuovi posti di lavoro nei Paesi dell'Europa a 15.

La filiera salute pesa oggi il 10,7% del PIL ed il 13% degli investimenti in ricerca e innovazione e, senza la compartecipazione alla spesa garantita dai fondi sanitari, subirebbe un'innegabile contrazione a fronte di una dinamica della domanda sanitaria cui bisognerà, invece, sempre più far fronte in maniera adeguata.

La **crescita dei consumi sanitari** e della spesa totale, peraltro più contenuta rispetto a quella di altri paesi, non può infatti essere attribuita all'esistenza del secondo pilastro - come emerso invece alcune volte nel dibattito degli ultimi mesi, senza però contare che in realtà i fondi ne intermediano una quota limitata e che quando lo fanno abbassano invece i costi generali grazie alla negoziazione accentrata delle tariffe applicate dalle strutture convenzionate - ma è semmai dovuta alle **dinamiche demografiche, alla cronicizzazione delle malattie ed al progresso scientifico e tecnologico** che richiede **continui investimenti** per mantenere la competitività delle coperture sanitarie.

Per questo la **collaborazione pubblico/privato non può che essere strategica** per il futuro del nostro sistema sanitario che, per forza di cose, deve ricercare la sua sostenibilità nella diversificazione delle fonti di finanziamento.

I convenzionamenti pubblico/privato

In questo quadro, è evidente che anche il tema del **convenzionamento pubblico/privato è centrale**.

I fondi sanitari collettivi, per le loro caratteristiche ed il loro funzionamento basato sulla mutualità e la socializzazione dei rischi, potrebbero infatti operare in maggior sinergia con la sanità pubblica indirizzandovi risorse economiche, attraverso innovative politiche di convenzionamento diretto con strutture pubbliche in grado di rispettare determinati *standard* di qualità ed efficienza ed innescando così un **meccanismo virtuoso** che consentirebbe di migliorare i livelli complessivi di assistenza.

Per far questo serve, però, un **contesto regolamentare che favorisca i convenzionamenti diretti pubblico/privato**, oggi troppo spesso più onerosi di quelli svolti solo tra privati e quindi poco convenienti, e dotazioni tecnologiche in grado di far dialogare le strutture pubbliche con i sistemi di prenotazione e accettazione dei fondi.

Occorre anche un **percorso meno burocratico** e più in linea con i tempi di convenzionamento necessari ai fondi sanitari, oltre alla definizione dei requisiti comuni che le strutture pubbliche devono possedere per accedere a detti convenzionamenti.

Quest'ultimo aspetto permetterebbe di ridurre i tempi di *due diligence* sulle strutture da parte dei Fondi Sanitari, accedendo direttamente ad una lista di soggetti rispetto ai quali è già stata verificata la conformità.

Un sistema orientato ad erogare prestazioni

In sostanza, il valore sociale dei fondi sanitari contrattuali rappresenta, ora ed in prospettiva, il **miglior alleato del servizio sanitario nazionale pubblico** in quanto, a differenza dei soggetti *for profit*, è **orientato naturalmente all'erogazione delle prestazioni** a vantaggio degli associati e non alla massimizzazione dei margini di guadagno.

Per quanto ci riguarda, i fondi sanitari del sistema Confcommercio presentano un **rapporto prestazioni/contributi più elevato rispetto alla media e superiore al 90% nel caso dei fondi più maturi**.

L'azione delle Parti istitutive è infatti **costantemente orientata ad accrescere il grado di utilizzo degli strumenti**, da una parte incrementando gradualmente le prestazioni offerte dai nomenclatori – sulla base comunque di attente valutazioni attuariali che ne garantiscano sempre la sostenibilità di medio e lungo periodo – dall'altro lavorando sulla **diffusione dell'informazione**.

Ciò è dimostrato dal fatto che i **livelli di consumo sono sempre crescenti**, anche sulle prestazioni vincolate di cui al Decreto Ministeriale del 31 marzo 2008 le quali risultano, comunque, non sempre di facile inquadramento.

I dati forniti infatti dall'Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero sulla percentuale di risorse destinate dai fondi alla quota vincolata del 20% risultano disomogenei per l'assenza di una griglia dettagliata di cosa possa o meno essere ricompreso nelle categorie di prestazioni socio-sanitarie, di recupero della salute e odontoiatriche citate dal decreto.

Tali dati vengono inoltre classificati in maniera diversa a seconda delle specifiche modalità di funzionamento del fondo.

Bisognerebbe, pertanto, **mettere a punto un sistema condiviso** capace di valutare compiutamente i dati forniti dai diversi fondi, contenendo eventuali di-

screzionalità nelle metodologie di azione che oggi possono rendere difficile la comprensione del quadro.

È di tutta evidenza che il **tema delle risorse vincolate deve essere affrontato quindi con il giusto approfondimento**, in quanto incide sulla stessa sostenibilità dei fondi.

Interventi sulle prestazioni in carico ai fondi sanitari devono infatti essere sempre valutati con cautela stimandone l'impatto, anche attuariale, in termini di sostenibilità degli impegni.

Il ruolo delle Parti istitutive datoriali e sindacali dei fondi sanitari, che rappresentano gli unici soggetti finanziatori del sistema, non è in tal senso una indebita ingerenza ma è in via primaria strettamente connesso all'esigenza e necessità di **garantire l'indispensabile coerenza tra gli impegni assunti e i costi contrattuali stabiliti**.

Si tratta in definitiva di non mettere a rischio da una parte la tenuta dell'offerta sanitaria integrativa di settore e, dall'altra, l'equilibrio del contratto che è indispensabile per lo sviluppo sia delle imprese che, conseguentemente, dell'occupazione e della ricchezza del paese.

È in questo senso, quindi, che va prima di tutto considerata la presenza delle Parti istitutive negli organi di *governance* dei fondi come elemento di **garanzia per lo sviluppo di un sistema di sanità integrativa che sia coerente con i bisogni delle singole platee di riferimento**.