

NUMERO 1 ANNO 1
OTTOBRE 2020 - EDIZIONE ONLINE

SANITÀ COMPLEMENTARE

Collana di approfondimento
della Rivista LavoroWelfare Online



**Un nuovo paradigma
per il welfare
complementare**

A CURA DI




LABORES
CESARE DAMIANO

Un nuovo paradigma per il welfare complementare

Indice

Nasce una nuova rivista online sulla sanità complementare Cesare Damiano, Paolo De Angelis, Nino Savelli.....	3
È il momento di definire una giusta via per la sanità integrativa Cesare Damiano	5
Il monitoraggio dei rischi nella gestione di un fondo sanitario Paolo De Angelis, Nino Savelli	7
Welfare sanitario: regolamentazione da adeguare Riccardo Cesari	10
Il ruolo delle piattaforme digitali per il nuovo welfare Mauro Maré.....	13
Una sinergia più forte tra pubblico e privato Giovanna Gigliotti	16
Welfare sanitario, contributi e reddito Alessandro Germani.....	19
La gestione finanziaria nei fondi sanitari: quali obiettivi? Giuseppe Patriossi	22
La sanità complementare dopo il Covid-19 Paolo De Santis.....	25
La sanità integrativa per favorire l'accesso alle cure Marcello Garzia	27
Non più sola assistenza: un investimento nel capitale umano Demetrio Houlis.....	30
Integrare evitando le diseguaglianze Rossana Dettori.....	33



Sanità pubblica e integrativa: le lezioni dell'emergenza Covid	
Luigi Sbarra.....	35
A tutto vantaggio dei cittadini	
Domenico Proietti.....	38
Far crescere efficienza, equità e accessibilità del sistema sanitario	
Pierangelo Albini	40

Aggiornato al
13/10/2020

*Coordinamento editoriale: Luciana Dalu e Vittorio Liuzzi
Progetto grafico: Mattia Gabriele*

Nasce una nuova rivista online sulla sanità complementare

di
Cesare Damiano
Paolo De Angelis
Nino Savelli

Il Sistema Sanitario è uno dei pilastri fondamentali del nostro Stato e, vorremmo sottolinearlo, di una moderna democrazia.

A riprova di questa premessa, vogliamo ricordare che il Sistema Sanitario Nazionale italiano, a carattere universale, non esiste da sempre. In realtà è un progresso recente rispetto ai tempi della storia. Esso è stato, infatti, istituito nel 1978. Una testimonianza, insomma, della modernizzazione, anzi, della creazione del Welfare universale del nostro Paese, frutto di un sistema autenticamente democratico e dello sviluppo economico che questo ha favorito nell'ambito di un libero mercato temperato dalla forte spinta sociale che ha caratterizzato il periodo di maggior crescita del nostro Paese.

La spesa sanitaria - che dovremmo considerare assai più come un investimento di natura sociale - è una delle voci fondamentali di uno Stato moderno. E non ci possiamo nascondere che quella del nostro Paese, come percentuale di Pil e come importo pro capite, è progressivamente scesa rispetto a quella dei nostri vicini maggiormente sviluppati come, ad esempio, Francia e Germania. Le difficoltà emerse con l'irruzione della crisi del Covid-19 hanno messo in evidenza alcuni innegabili limiti del nostro sistema sanitario, compensati solo parzialmente dall'immenso valore dei suoi operatori.

È perciò necessario accendere un faro su un elemento di potenziale e necessaria innovazione che è rappresentato dalla sanità complementare. Non si tratta di un percorso a noi sconosciuto. Una simile strada l'abbiamo già percorsa nel campo della previdenza. Nel 1993, il decreto legi-

slativo 509, noto come “riforma Amato”, diede l’avvio a un esemplare itinerario di sostenibilità di quel settore. Un sentiero nel quale l’Italia ha costruito una soluzione originale ed efficiente per salvaguardare il reddito dei cittadini dopo il pensionamento.

Nel passaggio dal sistema retributivo a quello contributivo, i Fondi pensione complementari, in particolare quelli contrattuali, hanno dimostrato il valore di tale soluzione in oltre vent’anni di attività.

Oggi, anche la sanità complementare attende la propria regolazione legislativa così come avvenne per la previdenza integrativa. È dunque venuto il momento, in un periodo reso critico dalla pandemia che attanaglia il mondo, di diffondere - con ampiezza di voci e di argomenti - informazione di qualità sull’attività e il futuro dei fondi sanitari complementari e di offrire uno spazio allo sviluppo del discorso pubblico su tale settore.

Per questa ragione gli Studi Labores di Cesare Damiano e De Angelis Savelli &Associati, hanno deciso di unire le proprie forze a quelle di altri soggetti che elaborano idee e ricerca su quest’area dello Stato sociale. La nostra rivista online LavoroWelfare, a tal fine, dà perciò avvio all’edizione di questa nuova collana intitolata “Sanità Complementare”.

In un momento storico tanto drammatico abbiamo tutti il dovere di spingere lo sguardo oltre l’impellenza del quotidiano e indirizzare al meglio le energie del Paese. Il progresso è una responsabilità che dobbiamo affrontare con ambizione e realismo.

Questa nuova serie di pubblicazioni è uno dei contributi che intendiamo offrire al corso di tale processo.

Cesare Damiano, Paolo De Angelis, Nino Savelli

Ottobre 2020

È il momento di definire una giusta via per la sanità integrativa

**Cesare Damiano è
Presidente
dell'Associazione
Lavoro&Welfare**

Nel corso degli anni, sotto i nostri occhi, è cresciuto un welfare secondario che ha abbracciato un grande arco di temi. Dalla previdenza integrativa alla sanità integrativa; dai fondi paritetici interprofessionali agli enti bilaterali, ai provider fornitori di servizi di welfare aziendale. Si tratta di centinaia di Fondi che interessano circa 15 milioni di lavoratori (contando le persone coinvolte, circa il doppio se si considera che molti lavoratori fruiscono contemporaneamente dei benefici di più Fondi) e che hanno ormai totalizzato una raccolta di risorse di alcune centinaia di miliardi di euro.

Per quanto riguarda la sanità integrativa, secondo un censimento del 2018 del Ministero della Salute, i numeri sono questi: 332 Fondi sanitari che riguardano 10,5 milioni di lavoratori iscritti, con prestazioni già erogate del valore di 2,5 miliardi di euro. A mio avviso, se la strada è quella di evitare nel modo più rigoroso una sovrapposizione con le prestazioni della Sanità pubblica agendo in modo genuinamente complementare, tutta questo comparto va sostenuto e regolamentato. Come si fece nel 1993 con la legge 124 che disciplinò la costituzione dei Fondi di previdenza complementare: i primi due a nascere furono Fonchim e Cometa, rispettivamente dei lavoratori chimici e metalmeccanici. Anche per la sanità complementare va prevista, dunque, una legge di regolamentazione per superare l'attuale giungla.

Occorre uscire da una sterile contrapposizione tra sanità pubblica e privata: se si tracciano precisi confini per quanto riguarda i servizi da erogare ai cittadini, non si corrono rischi di invasione di campo. La Sanità pubblica, come si è visto nel corso di questa pandemia, deve rimanere il pilastro fondamentale. Come abbiamo accennato,

non mancano elementi di critica nei confronti dei Fondi di Sanità Complementare, relativi al rischio di ridimensionamento del Welfare pubblico. Così come, non va sottovalutato un altro aspetto: gli sgravi contributivi e fiscali che favoriscono la contrattazione sindacale sono, da un lato, un fattore di irrobustimento della coesione sociale e, dall'altro, una accentuazione delle diseguaglianze di trattamento tra chi è contrattualmente forte e stabile nel lavoro e chi è imprigionato, suo malgrado, nel recinto del lavoro fragile e discontinuo. Partire anche dall'esame di limiti e contraddizioni può rappresentare un utile stimolo per affrontare, senza pregiudizi, un tema di grande attualità e importanza. Sappiamo anche che, il progressivo venir meno della distinzione tra lavoro dipendente e autonomo, impone una ricerca a vasto raggio sul futuro dei diritti del lavoro: quel "pavimento" di diritti universali che debbono necessariamente comprendere la tutela della salute.

Il monitoraggio dei rischi nella gestione di un fondo sanitario

**Paolo De Angelis è
Presidente Studio di Consulenza
Attuariale e Finanziaria
De Angelis Savelli & Associati**

**Nino Savelli è
Presidente Studio di Consulenza
Attuariale e Finanziaria
De Angelis Savelli & Associati**

La natura e la struttura delle procedure del controllo interno nella gestione economico-finanziaria dei fondi sanitari non ha assunto, a oggi, una configurazione standardizzata e questo soprattutto a causa di una situazione di limitata regolamentazione del settore. L'assenza di regole uniformi a cui i fondi sanitari si possano ispirare è strettamente connessa ad un quadro normativo sostanzialmente carente; al quale in più occasioni il legislatore ha cercato di dare risposte estemporanee e, quindi, non di tipo strutturale.

Peraltro, l'incertezza dell'assetto normativo crea una ulteriore complessità in un mercato della sanità integrativa in cui dal lato dell'offerta operano, in evidente concorrenza, soggetti diversi ovvero fondi sanitari, mutue di soccorso e compagnie di assicurazione.

È proprio in un tale quadro di incertezza normativa che i fondi sanitari e non solo stanno mettendo a punto delle buone regole di best practice nella gestione dei controlli interni finalizzate alla sostanziale verifica di carattere tecnico ed economico-finanziario della sostenibilità di medio-lungo termine.

È rilevante sottolineare preliminarmente che il tema della implementazione di buone pratiche per il controllo di gestione nei fondi sanitari assume un ruolo cruciale crescente, anche in ragione del modello organizzativo e gestionale assunto dall'ente sanitario.

È evidente che i fondi sanitari che adottano un modello di gestione basato sulla "ritenzione" parziale o totale del rischio abbiano maggiore necessità e, quindi, consapevolezza dell'importanza del ricorso a procedure di controllo della gestione nella sua doppia accezione, ovvero: controllo di gestione di tipo "contabile" e controllo di gestione di tipo "tecnico".

I fondi sanitari con modello organizzativo fondato esclusivamente sulla cessione totale del rischio, in stile "riassicurazione", presentano minori esigenze per l'attivazione di un controllo di gestione di tipo tecnico; mentre certamente adottano buone pratiche per l'implementazione di attività di audit contabile.¹ Ma cosa si intende per "controllo di gestione" nella governance di un fondo sanitario?

Il controllo di gestione è l'insieme delle procedure di carattere qualitativo, contabile e statistico finalizzate all'analisi ex-post dei driver gestionali che caratterizzano la vita di un ente, con lo scopo di monitorarne nel tempo i fattori di criticità, determinarne le cause, misurarne gli impatti economici e, dunque, stabilire le azioni di mitigazione da adottare per gli anni successivi.

Nella governance di un fondo sanitario, il rischio assume un ruolo fondamentale sulla valutazione degli esiti connessi all'equilibrio tecnico-finanziario e alla sostenibilità dell'ente; per questa ragione le procedure del controllo di gestione si muovono lungo le due direttrici del monitoraggio, secondo un approccio ex-post, e un approccio ex-ante.

Entrambe gli approcci si basano in linea generale sull'analisi temporale delle medesime metriche di riferimento degli andamenti di natura tecnica, gestionale ed economico-finanziaria del fondo sanitario; la differente denominazione, pertanto, è da ricondursi esclusivamente al momento temporale in cui la valutazione è eseguita ed al periodo di osservazione a cui le metriche fanno riferimento.

Limitatamente al controllo di gestione tecnica ex-post, lo stesso si basa su procedure di analisi retrospettive e prende a riferimento l'andamento storico dei contributi e delle prestazioni per sinistri; l'analisi comparativa intertemporale degli indicatori restituisce l'informazione sullo stato di solidità della gestione al momento della valutazione.

Il controllo di gestione tecnica ex-ante - a differenza del precedente - si fonda su processi di analisi prospettiva. Esso prende a riferimento opportune stime statistiche dell'andamento prospettico dei contributi e delle prestazioni per sinistri, tenendo conto dei principali risk drivers quali il sesso, l'evoluzione demografica della collettività, nonché il potenziale di morbilità, cercando di individuarne non solo gli andamenti attesi, ma anche gli eventuali scostamenti possibili.

L'adozione di un sistema complesso basato sulla ratio analysis, sia nell'approccio ex-ante che nell'approccio ex-post, non può prescindere da una corretta declinazione a priori delle fonti di rischio a cui la gestione di un fondo sanitario è sottoposta, proprio al fine di individuare le aspettative di costo.

1 La distinzione tra gestione assicurata/riassicurata o in Self Retention è analoga, seppure nelle sue declinazioni distintive, a quanto è avvenuto in Italia negli ultimi dieci anni per le coperture di Medical Malpractice per le strutture sanitarie, laddove nei recenti sviluppi normativi sono stati rafforzati i compiti delle strutture di risk management.

Tav. 1 Tassonomia delle fonti di rischio che incombono sulla gestione di un Fondo Sanitario.

Fonte di rischio	Natura	Grado di impatto
Demografico	Invecchiamento della collettività e aumento della probabilità di insorgenza malattie.	Medio/Alto
Biometrico	Caratteristiche biometriche della collettività assicurata e propensione alla morbilità.	Alto
Ambientale	Condizioni ambientali di vita e probabilità di insorgenza di particolari patologie.	Alto
Economico	Condizioni economico-sociali e lavorative degli individui appartenenti alla collettività assicurata e aumento del costo delle prestazioni per inflazione.	Medio/Basso
Politico	Aumento della spesa per prestazioni sanitarie in ragione di interventi legislativi finalizzati al contenimento della spesa a carico del SSN.	Medio
Finanziario	Volatilità dei mercati finanziari e impatto sulle dotazioni patrimoniali dei fondi sanitari.	Medio/Basso

In particolare, nella tavola che segue è sintetizzata una possibile tassonomia delle diverse fonti di rischio a cui un ente è sottoposto, nonché un primo giudizio sul grado di impatto di ciascun rischio sulla sostenibilità di medio-lungo termine di un fondo sanitario integrativo.

Un sistema di controllo di gestione per il monitoraggio della situazione di sostenibilità di un fondo sanitario richiede l'implementazione di un cruscotto di indicatori tecnici e contabili, rispetto ai quali impostare una analisi di trend (la cosiddetta ratio analysis) e la definizione di valori "soglia", necessari per l'analisi precoce di situazioni di latente distress.

Da ultimo, in funzione delle specifiche aree oggetto di analisi è possibile classificare gli indicatori nelle seguenti categorie: gestionali-amministrativi, tecnico-attuariali e finanziario-patrimoniali.

Gli indicatori di tipo gestionale-amministrativo hanno quale principale obiettivo la misurazione dell'incidenza delle varie categorie di spesa in rapporto al volume dei contributi e/o delle riserve tecniche appostate a bilancio e consentono di evidenziare alcuni aspetti amministrativi della gestione del Fondo. Gli indicatori di tipo tecnico-attuariale consentono di riassumere informazioni sul numero (frequenza) e intensità di danno (costo del sinistro) conseguente agli eventi sanitari che danno diritto alla prestazione. Ciò al fine del controllo della congruità dei contributi rispetto alle prestazioni erogate e per la valutazione prospettica dell'andamento dei sinistri

. Gli indicatori di tipo patrimoniale-finanziario consentono di monitorare l'andamento della performance degli investimenti in funzione delle asset class in cui l'eventuale patrimonio è allocato.

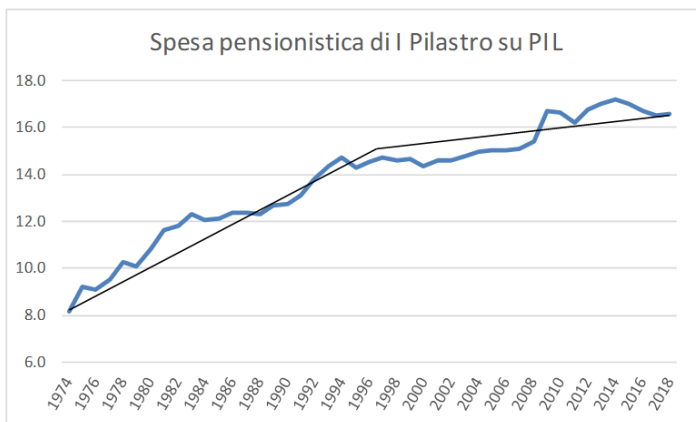
Welfare sanitario: regolamentazione da adeguare

Scuola, Sanità e Previdenza sono i capisaldi di ogni sistema di welfare. In particolare, Sanità e Previdenza, in Italia, sembrano mostrare importanti affinità e tendenze strutturali comuni: un consolidato pilastro di base a partecipazione universale e un pilastro integrativo (di tipo individuale o collettivo) che va ad aggiungersi alla copertura di base.

Nel caso italiano, le affinità finiscono qui, in quanto a fronte di uno sviluppo, anche regolamentare, della Previdenza che può dirsi in gran parte compiuto, la Sanità attende ancora una sistemazione adeguata ai diversi livelli della regolamentazione. Infatti, l'evoluzione pluridecennale della spesa previdenziale di I Pilastro mostra molto chiaramente due fasi: una prima fase di forte crescita fino alla metà degli anni 90 e una seconda fase, caratterizzata dalla riforma globale del sistema pensionistico, di crescita più moderata, affiancata dallo sviluppo dei fondi pensione (Fig. 1).

**Riccardo Cesari è
consigliere IVASS,
Istituto per la Vigilanza
sulle Assicurazioni**

Fig. 1



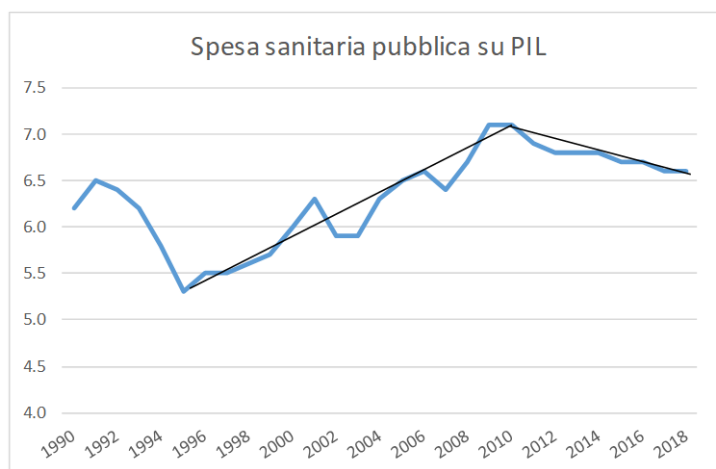
Fonte: Istat

La spesa sanitaria pubblica, oltre a collocarsi su livelli assai più contenuti (7.1% il valore di picco, nel 2009 dopo il 3.3% del 1960 e il 5.9% del 1980) ha visto una netta inversione di tendenza che l'ha portata, in quasi 10 anni, a scendere progressivamente fino al 6.6% del Pil, vale a dire a 115 miliardi di euro (Fig. 2). A questi vanno aggiunti, con riferimento al 2019, 4.3 miliardi di spesa sanitaria intermediata (da fondi, mutue e imprese di assicurazione) e quasi 36 miliardi di spesa diretta delle famiglie (spesa out-of-pocket).

Nel complesso, l'intera spesa sanitaria pubblica e privata italiana (155 miliardi di euro) copre circa il 9% del PIL, in linea con i dati di Spagna e Portogallo ma circa 2 punti sotto la media dell'Europa Occidentale.

La spesa intermediata, che si è rivelata di gran lunga la più dinamica negli ultimi

Fig. 2



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze

7 anni (+37%), è costituita per oltre due terzi da fondi e società mutue sanitarie (+35%) e per un terzo da polizze malattia intermedie direttamente dalle compagnie di assicurazione (+40%) (Tab. 1)

Tab. 1 La spesa sanitaria in Italia 2013-2019(in miliardi di euro)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Var%
Spesa pubblica	107.2	110.6	110.8	112.2	113.1	114.9	114.8	7.1%
Spesa intermediata	3.1	3.2	3.4	3.4	3.7	4.2	4.3	36.7%
di cui fondi e mutue	2.1	2.2	2.4	2.3	2.5	2.9	2.9	35.4%
di cui compagnie	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	39.6%
Spesa out-of-pocket	31.5	32.4	33.8	33.9	36.0	35.7	35.8	13.6%
Totale	141.8	146.2	148.0	149.5	152.8	154.8	154.8	9.2%

Fonte: MEF, Istat e Ivass

A oggi si contano 9 fondi sanitari e oltre 310 società mutue, enti e casse con più di 10 milioni di soci. L'attività regolamentare su questo tipo di intermediari

non è andata molto oltre l'istituzione dell'anagrafe dei fondi integrativi presso il Ministero della Salute (prevista dall'art. 9 D.Lgs 502/1992 come modificato dall'art. 9 D.Lgs 229/1999 ma in realtà istituita solo nel 2008); con il vincolo di destinare almeno il 20% delle risorse a prestazioni non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale e con iscrizione volontaria ma necessaria per poter accedere ai benefici fiscali. Essa richiederebbe, però, un'articolata stesura sia in termini di vigilanza prudenziale che di vigilanza di condotta, per una piena salvaguardia degli utenti finali.

Tenendo presente il Codice delle Assicurazioni Private (CAP), anche ai fini di un corretto level playing field, un'adeguata normativa di settore dovrebbe includere requisiti minimi per l'autorizzazione e la gestione professionale, il ricorso all'outsourcing, la costituzione di riserve tecniche, l'adeguatezza patrimoniale e organizzativa, la redazione dei bilanci, la trasparenza dei contratti, i processi di distribuzione e di verifica dell'adeguatezza delle coperture offerte.

Attraverso i canali, sempre attivi, del Contact Center e dei reclami dei consumatori - che pervengono ad IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni), a volte, anche in assenza dei presupposti normativi per un ruolo attivo dell'Istituto -, emerge che la trasparenza in tema di (1) perimetro delle prestazioni e modalità di attivazione, (2) autorizzazione preventiva all'assistenza sanitaria diretta e (3) valutazione successiva delle richieste di rimborso, è di gran lunga l'aspetto di maggiore criticità, che raccoglie non poche lamentele, con effetti negativi sia sulla soddisfazione della clientela che sulla reputazione degli intermediari assicurativi.

Sebbene i reclami ricevuti dalle imprese assicurative siano complessivamente in calo, all'opposto, i reclami ricevuti da IVASS tra il 2016 e il 2019 sono in riduzione nell'insieme del ramo danni (-25%) ma più che raddoppiati nel ramo malattia (+113%).

Si tratta di un segnale da monitorare attentamente e che chiama in causa tutti gli operatori del mercato, incluso lo stesso legislatore.

Il ruolo delle piattaforme digitali per il nuovo welfare

Mauro Marè è professore di Scienza delle Finanze presso l'Università Luiss Guido Carli e l'Università della Tuscia e Presidente Mefop

Il tasso di adesione attuale alla previdenza complementare (il 31,4% a fine 2019) è sicuramente positivo, ma siamo ancora lontani dai livelli di adesione auspicati dal legislatore nel 1993 e nel 2006, che sarebbero fondamentali per garantire la tenuta del sistema pensionistico nei prossimi decenni. Un'adesione elevata alla previdenza complementare garantirebbe infatti ai futuri pensionati contributivi una pensione complessiva adeguata con rischi diversificati sul piano politico e demografico.

Il tasso di adesione, come è noto, è disomogeneo sul territorio nazionale: la parte prevalente di aderenti risiede essenzialmente nel Centro-Nord, lavora nelle medie e grandi aziende sindacalizzate, ha un'età medio-alta. Gli aderenti, in prevalenza, sono uomini. Tra loro ci sono pochissimi giovani. Dalle indagini campionarie che Mefop¹ regolarmente svolge sul profilo degli aderenti ai fondi pensione, emerge in modo netto che l'elemento determinante per l'adesione è la fiducia nel sindacato.

Altri fattori molto rilevanti sono l'interesse per il contributo datoriale e i vantaggi fiscali, fattori che possono essere portati a conoscenza del lavoratore soprattutto nelle aziende medio-grandi e sindacalizzate. Emerge anche un'elevata soddisfazione degli iscritti ai fondi pensione.

I dati confermano l'esistenza di uno zoccolo duro, circa 1/3 dei cittadini, che ha un atteggiamento di pregiudizio nei confronti della previdenza complementare, soprattutto se di tipo negoziale

¹ I lavoratori italiani e la previdenza complementare. I risultati della VI indagine campionaria Mefop, Roma, Mefop (2019).

– con motivazioni pretestuose, ma che esprimono una situazione di disagio e l'esistenza di aree del mercato del lavoro che sono coperte dalla previdenza complementare solo con una dimensione individuale. Un ruolo cruciale gioca, come sappiamo, il grado di educazione finanziaria, che appare alquanto modesto – come provato da diverse indagini e dalle analisi Mefop.

Il modesto interesse per gli aspetti finanziari spiega quale sia stata finora la vera determinante di adesione ai fondi pensione: la vicinanza al sindacato in una media-grande azienda.

La vera domanda perciò è: cosa succederà adesso, quando, per gli sviluppi tecnologici e per effetto dell'epidemia, le forme di lavoro saranno sempre più digitali e spesso svolte a distanza? Quando i canali di comunicazione e di sensibilizzazione tradizionali saranno inevitabilmente cambiati dal definitivo avvento delle piattaforme digitali? Soprattutto quando è in atto da un decennio una modifica della rilevanza delle diverse aree del welfare – si veda la tavola 1 che evidenzia in modo chiaro l'evolversi delle preoccupazioni per il futuro dei lavoratori italiani: si osserva uno spostamento dai temi pensionistici a quelli sanitari e del nuovo welfare, come il long-term care, l'assistenza delle persone, il welfare di prossimità.

Tavola 1
Preoccupazioni per il futuro
Confronto 2012-2015-2019

	Totale campione			Aderenti			Non aderenti		
	2019	2015	2012	2019	2015	2012	2019	2015	2012
Malattia/Non autosufficienza	38%	28%	11%	42%	32%	11%	35%	27%	11%
Perdita del lavoro	39%	24%	31%	36%	22%	32%	41%	24%	31%
Pensioni inadeguate	39%	36%	42%	38%	36%	40%	40%	37%	42%
Mantenimento figli	17%	10%	12%	19%	8%	14%	17%	11%	11%
Acquisto casa	7%	4%	1%	7%	3%	0%	8%	5%	1%
Assistenza genitori non autosufficienti	16%	2%	1%	17%	1%	0%	15%	2%	1%
Altro	3%	3%	4%	3%	3%	4%	4%	2%	4%

Si sono lanciate da tempo forme interessanti di silenzio-assenso rafforzato; sono soluzioni che possono avere un sicuro effetto positivo. Il punto cruciale è la sensibilizzazione delle persone, con l'informazione e la formazione previdenziale. La scelta di aderire è delicata e necessita di essere accompagnata da risposte concrete alle tante domande che può avere il potenziale aderente. Per cui è necessario porsi le buone domande e darsi le giuste risposte. È venuto il momento di preparare nuove strategie per coinvolgere i lavoratori nelle forme di welfare integrative – oltre ai fondi pensione, i fondi sanitari, il welfare aziendale e il long-term-care. Vanno pensati approcci innovativi al tema delle adesioni, non solo la riproposizione di un nuovo semestre di scelta.

In questo contesto, si affaccia con sempre maggiore importanza il ruolo del web e delle piattaforme digitali. In generale, l'adesione a un fondo pensione richiede molta fiducia del potenziale aderente verso chi propone l'adesione, cosa che le piattaforme web di per sé non possono garantire. L'attenzione che si riesce a ottenere sul web è del tutto diversa da quella ricevibile per il tramite di canali diretti, basati su meccanismi di fiducia interpersonali e relazioni ripetute e continue. Ma ci si deve rendere conto che il mondo è cambiato e siamo entrati in un'era fortemente immateriale; e che il modo di lavorare, di studiare e di effettuare le scelte di risparmio previdenziale dipenderà sempre di più dai canali digitali e dal web.

La disponibilità delle piattaforme digitali potrà essere un fattore decisivo per rendere il percorso di adesione migliore e più veloce. Inoltre, il rafforzamento dei canali informatici a beneficio del collocatore – azienda, sindacato, patronato o rete professionale – potrebbe notevolmente agevolare il loro compito, per meglio suggerire il comparto e la contribuzione opportuna per il potenziale aderente.

Va detto in modo chiaro che, dopo l'esperienza della pandemia e con i Pepp in arrivo, l'adesione online possa essere comunque realizzata soprattutto da chi – ad esempio i millennials – è abituato a operare online in completa autonomia. Anzi, noi riteniamo che questa sarà la forma di adesione prevalente del futuro. Per cui, c'è poco da fare, ci si deve attrezzare per praticarla in modo efficace, prevedendo un'adeguata regolamentazione normativa e operativa e la fissazione di standard minimi comuni e verificati sul piano internazionale – per evitare asimmetrie competitive e forme di concorrenza basate su una race to the bottom sul piano informativo.

I nati nel nuovo secolo si informano tramite il web, studiano e lavorano in modo digitale. Per cui va definita un'adeguata strategia di comunicazione e di informazione sul web e sulle piattaforme digitali, che possa rafforzare la consapevolezza in merito al risparmio pensionistico e al welfare; e che abbia la potenzialità per sensibilizzare i giovani e i futuri lavoratori che faranno del digitale l'essenza della loro vita.

Una sinergia più forte tra pubblico e privato

La sostenibilità del sistema sanitario pubblico e lo sviluppo della sanità integrativa rappresentano una delle sfide di maggior rilievo per il riassetto del nostro sistema di welfare.

L'invecchiamento, l'aumento medio della speranza di vita, l'incremento delle patologie croniche e, soprattutto, l'emergenza sanitaria senza precedenti legata al Covid-19 hanno determinato un generale innalzamento dei costi e degli sforzi sanitari per rispondere alle esigenze di sostegno e di cura di più soggetti in stato di bisogno.

Tutto il settore della sanità in questi mesi ha subito un vero e proprio stress-test causato da un aumento notevole dei bisogni di protezione dei cittadini, che ha determinato tensioni su tutte le componenti di welfare, rendendo l'ottimizzazione delle capacità di risposta del sistema un tema ancora più prioritario.

Il Sistema Sanitario Nazionale è stato e continuerà a rimanere fondamentale per la salute e la cura degli italiani in un'ottica solidaristica e universalistica, tale da consentire a tutti i cittadini di ricevere le cure necessarie, ma da solo non può reggere. Ritengo infatti che la gestione della crisi dovuta alla pandemia abbia evidenziato ancora una volta la necessità di attivare maggiori sinergie tra pubblico e privato, secondo una logica di maggiore integrazione tra le due componenti, essenziali per un'offerta adeguata alle nuove necessità.

La sanità integrativa in particolare può svolgere un ruolo insostituibile di affiancamento e di supporto al Sistema Sanitario Nazionale alleggerendo il carico che grava sul sistema sanitario pubblico, sotto pressione già prima della pandemia, ma

**Giovanna Gigliotti è
Amministratore Delegato
di UniSalute spa**

soprattutto in prospettiva degli effetti dell'invecchiamento della popolazione. Alcune delle soluzioni più innovative offerte da fondi sanitari integrativi di categoria e dalle compagnie di assicurazione sono già esempi concreti di un percorso proiettato in questa direzione.

Se ci concentriamo su questi mesi di emergenza, infatti, le coperture sanitarie integrative sono state coinvolte in modo significativo nella loro funzione istituzionale e contrattuale di sostegno reddituale e sanitario dei lavoratori e dei professionisti.

Con riferimento ai fondi sanitari integrativi, sono diverse le iniziative promosse attraverso la contrattazione collettiva a favore dei lavoratori ai quali si applicano i CCNL di riferimento. Si tratta per lo più di coperture specifiche legate a Covid-19, come indennità per ricovero e diaria per isolamento domiciliare.

Sul fronte assicurativo, anche le compagnie si sono mobilitate creando prodotti assicurativi ad hoc o integrando le polizze sanitarie con prestazioni specifiche per fornire sostegno all'emergenza Covid-19.

Il Gruppo Unipol, e UniSalute in particolare, hanno attivato da subito un importante programma Covid-19.

Le polizze Malattia proposte dal Gruppo Unipol ai clienti prevedono diverse coperture che valgono anche in caso di contagio da Coronavirus. Oltre alle garanzie già previste, e in via straordinaria, in considerazione della particolare situazione in corso, il Gruppo, ha deciso di estendere gratuitamente il riconoscimento dell'indennità giornaliera anche nel caso in cui l'assicurato fosse costretto a regime di quarantena presso il proprio domicilio a seguito di positività al tampone Covid-19.

UniSalute ha, inoltre, garantito l'estensione delle coperture collettive già in essere con specifiche garanzie a tutela dei soggetti positivi al Covid-19 quali il riconoscimento di una diaria in caso di ricovero o di isolamento domiciliare e un'indennità in caso di ricovero in terapia intensiva.

E non è tutto: per essere sempre al fianco dei nostri clienti in un momento così difficile, abbiamo attivato un servizio di teleconsulto medico 24 ore su 24 e un servizio di video consulto medico specialistico.

Un'attenzione particolare è stata rivolta alle aziende con la nuova copertura #AndràTuttoBene, pensata da UnipolSai per tutte le imprese che vogliono garantire ai dipendenti e ai loro familiari una tutela: diaria da ricovero, da convalescenza, servizi di assistenza e consulenza, sono le principali garanzie previste. Sempre sul fronte aziende, terminata la fase 1, ci siamo dedicati allo sviluppo dell'iniziativa #SicuriRipartiamo, un portale con servizi dedicati al mondo delle imprese per permettere ai datori di lavoro una riapertura delle attività in sicurezza e diminuire quindi il rischio di contagio.

Tutte le azioni messe in atto dal nostro Gruppo sono nate per raccogliere immediatamente le istanze di sicurezza e protezione espresse dai cittadini in un

momento particolare e dimostrano come la coperture assicurative sanitarie integrative sono state capaci, con grande forza e determinazione, di affrontare queste sfida senza precedenti.

L'occasione è, allora, utile per ribadire con ancora più vigore quanto sia necessario rinforzare il ruolo della sanità integrativa accanto al Sistema Sanitario Nazionale, in un'ottica di integrazione e sinergia, per offrire servizi sempre più rispondenti alla domanda dei cittadini e delle aziende nell'ambito di tutto l'ecosistema welfare.

Welfare sanitario, contributi e reddito

Alessandro Germani
è partner dello
studio associato **GDC**
Corporate & Tax

La completa detassazione dei contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale si lega: da un lato alle misure di cosiddetto welfare aziendale introdotte di recente nel nostro sistema tributario, in quanto in grado di amplificarne l'effetto; dall'altro alla recente emergenza legata al Covid-19, che ha riportato alla ribalta le tematiche relative alla salute e alla sanità. Vediamo, dunque, in che modo la variabile fiscale possa giocare un ruolo utile nell'ambito di questi trend.

Per quanto concerne la tassazione del reddito da lavoro dipendente (articolo 51 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi – TUIR) vige la regola per cui tutte le somme in denaro e le attribuzioni in natura costituiscono reddito di lavoro dipendente. A questa regola basilare fanno eccezione alcune previsioni specifiche, che comportano, a seconda dei casi, una parziale o completa detassazione. Tra queste, per quanto di specifico interesse, occorre considerare la previsione della lettera a) del comma 2 dell'articolo 51, che fa riferimento ai contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore, complessivamente, a euro 3.615,20. Pertanto, tale disposizione prevede che, a certe condizioni, i contributi di assistenza sanitaria non configurino reddito di lavoro dipendente fino ad un massimo di euro 3.615,20.

Si parla in questo caso di welfare sanitario azien-

dale, in quanto l'assistenza sanitaria integrativa viene messa a disposizione del lavoratore nell'ambito di un rapporto di lavoro. Ai fini del calcolo di questo limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter) ossia dei contributi versati dal contribuente fino ad un massimo di euro 3.615,20, ai fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, che erogano prestazioni negli ambiti di intervento stabiliti con Decreto del Ministro della salute.

Di fatto i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale non concorrono a formare il reddito di lavoro e sono deducibili per un importo massimo di 3.615,20 euro.

Chiarito il quadro di base, giova considerare come lo stesso sia stato amplificato dalle recenti norme volte a incentivare il cosiddetto welfare aziendale. In questo contesto, la legge di Stabilità 2016 ha previsto la possibilità, per il lavoratore, di sostituire in tutto o in parte il premio di risultato con contributi sanitari alle casse aventi esclusivamente fine assistenziale, che come già visto, non costituiscono reddito di lavoro dipendente entro il limite complessivo di euro 3.615,20. Infatti l'art. 1 comma 184-bis, lettera b) della legge n. 208/2015 ha stabilito che ai fini di cui sopra non concorrono a formare il reddito di lavoro dipendente, né sono soggetti all'imposta sostitutiva, i contributi di assistenza sanitaria di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a) del TUIR, versati per scelta del lavoratore in sostituzione, in tutto o in parte, delle somme di cui al comma 182 del presente articolo, anche se eccedenti i limiti indicati nel medesimo articolo 51, comma 2, lettera a).

Pertanto a decorrere dal 2017 i contributi versati a enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in sostituzione di premi di risultato non concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente anche se aggiuntivi a contributi già versati dal datore di lavoro o dal lavoratore per un importo di euro 3.615,20. A tale importo potrà, infatti, aggiungersi l'ulteriore importo di contributi esclusi dal reddito nel limite massimo di euro 3.000 a titolo di welfare aziendale.

Quanto sopra è stato espressamente chiarito anche dalla circolare dell'Agenzia delle Entrate n. 5/E del 29 marzo 2018 (paragrafo 2.3). In particolare, poi, la stessa ha evidenziato come la legge di bilancio 2017 non abbia dettato disposizioni circa la deducibilità o detraibilità delle spese sanitarie rimborsate dalla cassa. Secondo l'Agenzia, quindi, tornano utili le regole generali per cui la deduzione o la detrazione spettano al contribuente solo nel caso in cui la relativa spesa sia rimasta a carico del medesimo, condizione che non sussiste qualora la stessa sia sostenuta o rimborsata a seguito di contributi dedotti dal reddito - o che non hanno concorso alla formazione del reddito - come nel caso di contributi versati in sostituzione di premi di risultato agevolabili. Altro aspetto degno di considerazione è contenuto nel paragrafo 4.10 della circolare, nel quale l'Agenzia ha chiarito che non si ravvisano criticità laddove le casse sanitarie operino rispettando principi di mutualità. Viceversa, tali criticità emergono laddove si ravvisi una stretta correlazione fra quanto percepito dalla cassa a titolo di contribuzione e il valore della prestazione resa nei confronti del lavoratore - o

dei suoi familiari e conviventi - al punto che la prestazione , sotto forma di prestazione diretta ovvero di rimborso della spesa, ove erogata, non possa comunque mai eccedere, in termini di valore, il contributo versato dal dipendente o dal suo datore di lavoro. In tali casi l’Agenzia ritiene che il lavoratore non possa beneficiare del vantaggio fiscale disposto dall’articolo 51, comma 2, lettera a) del TUIR, rappresentato dalla non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente dei contributi in parola, ma della detrazione prevista per le spese sanitarie rimaste a carico. Come osservato da Assonime (circolare n. 22 del 10 ottobre 2018) in caso di mancato rispetto delle condizioni individuate dall’Agenzia, dunque, il contributo concorrerà alla formazione dell’imponibile del lavoratore ma la spesa medica risulterà comunque detraibile dal lavoratore stesso.

Infine, l’esclusione dal reddito della contribuzione alla cassa sanitaria avviene nel momento in cui il dipendente, che opti per la sostituzione del premio di risultato con i contributi in esame,effettua la scelta del servizio welfare tramite la piattaforma, indipendentemente quindi dal successivo momento in cui il servizio venga utilizzato o il rimborso erogato, ovvero il datore di lavoro provveda al versamento dei contributi al fondo di previdenza o alla cassa sanitaria (risposta n. 212 del 27 giugno 2019).

La gestione finanziaria nei fondi sanitari: quali obiettivi?

Già negli scorsi anni era emersa la necessità di ridefinire un quadro normativo organico per il sistema sanitario con particolare riferimento al ruolo della sanità integrativa (ferma restando la centralità del sistema sanitario nazionale). La pandemia ha evidenziato, in maniera ulteriore, il bisogno di tale ridefinizione: ciò affinché si possano potenziare le risorse a disposizione dei cittadini, in un quadro di accesso diffuso ai servizi sanitari.

La normativa vigente è incentrata in particolare sulle condizioni che determinano i benefici fiscali per i fondi sanitari, mentre nulla viene indicato sul fronte della forma giuridica, della governance e, in generale, della gestione del fondo sanitario. Di seguito qualche spunto sintetico, in particolare in merito alla gestione delle risorse del fondo sanitario, mantenendo come punto fermo la sua mission: erogare prestazioni socio-sanitarie agli iscritti. Ciò vuol dire che la gestione deve tener conto della struttura delle passività (attuali e prospettive) del fondo e va inquadrata in una logica di asset & liability management (ALM). Tale approccio consente, in particolare ai fondi autoassicurati, di ottimizzare la gestione e ridurre i costi. Il fondo sanitario raccoglie contributi, sia ad adesione collettiva (a seguito di contratti di lavoro collettivi o aziendali tra parti sociali) sia volontaria, con la finalità di pagare le prestazioni sanitarie a tutti gli aderenti.

La mutualità, caratteristica tipica di un fondo sanitario, è la possibilità di rimborsare prestazioni in misura anche superiore ai contributi corrisposti e alle possibilità economiche del singolo aderente, beneficiando di un meccanismo di ripartizione delle risorse versate e di trasferimento a favore di

**Giuseppe Patriossi è
Responsabile dei servizi
di consulenza
alle Casse Previdenziali e
Sanitarie
Prometeia Advisor Sim**

chi ne ha necessità. Altra caratteristica che li contraddistingue dagli altri enti, come ad esempio le assicurazioni, è la non selettività dei rischi.

Trattandosi di enti senza scopo di lucro, le eventuali risorse in eccesso non spese non vengono distribuite ai soci ma accantonate per essere erogate in futuro. Il meccanismo di ripartizione annuale, tipico di tali enti, prevede l'utilizzo dei contributi incassati dagli iscritti per pagare le prestazioni dell'esercizio, con opportuni margini di sicurezza per rischi attuariali e finanziari. La gestione del patrimonio diventa in questo modo fondamentale per mantenere l'equilibrio tecnico annuale.

In questo quadro, la struttura delle passività, pur dipendendo dalla tipologia di prestazioni erogate, esprime in genere differenti obiettivi di gestione ¹, anche in termini di orizzonti temporali. In particolare:

- ottimizzazione dei flussi di cassa (cash flow matching). Si fa riferimento alla gestione delle entrate e delle uscite nell'esercizio, che può essere fatta secondo un modello di poste a vista, che punta a stimare e gestire i rischi di liquidità in termini quantitativi e scadenziati nel tempo, anche tramite generazione di scenari estremi; e, di conseguenza, ad allocare le risorse sull'orizzonte annuale (equilibrio tecnico annuale);
- ottimizzazione delle riserve. Per tutelare l'ente da sviluppi delle prestazioni inattesi, è necessario prevedere e gestire le riserve in un orizzonte di medio periodo, con il fine di stabilizzare l'equilibrio annuale.

Il patrimonio, che deve essere tutelato da eventi inattesi (tenendo anche conto del ruolo di garanzia), va pertanto gestito in maniera funzionale alle caratteristiche del fondo. In particolare ci si deve riferire alla previsione della gestione in monte (in modo diverso dalla gestione in conti individuali tipica dei fondi pensione) e basato sul principio della solidarietà (invece che sulla capitalizzazione tipica degli schemi previdenziali).

In una logica di ALM possono essere utilizzati alcuni indicatori che sintetizzano l'evoluzione prospettica di alcune grandezze chiave dell'equilibrio tecnico. In particolare:

- rimborsi su contributi nell'anno. Consente di misurare se i contributi incassati nell'anno sono sufficienti a pagare rimborsi e costi di esercizio. Per fini prudenziali è opportuno mantenere un margine di sicurezza, attestando ex ante tale indicatore al di sotto del 100;
- patrimonio su rimborsi nell'anno. Misura il livello di capitalizzazione del fondo, grandezza per la quale andrebbe definito un obiettivo (ad esempio: 100%, ovvero un anno di prestazioni accantonate) e un tetto massimo (come 200%, ovvero due annualità di prestazioni) oltre il quale intervenire sull'equilibrio contributi-prestazioni.

¹ nel proseguo ci si concentrerà sulle prestazioni sanitarie "tradizionali", per le quali vale la ripartizione, fermo restando che i fondi sanitari possono anche erogare prestazioni LTC (in tal caso la gestione è orientata al lungo termine)

Tali indicatori sono importanti per individuare vincoli e obiettivi della gestione del patrimonio a riserva in prospettiva. A parità di patrimonio iniziale, ad esempio, è diverso impostare una politica di investimento quando l'indicatore di capitalizzazione ha un marcato trend decrescente rispetto a quando ha un trend stabile.

Il patrimonio accantonato a riserva potrà essere investito con un orizzonte di medio periodo. Non essendo prevista nessuna rivalutazione per legge dello stesso, appare coerente con la finalità delle riserve stesse ipotizzare come obiettivo minimo la conservazione del valore reale del patrimonio, ferma restando la necessità di accantonamento a fondo rischi. In termini finanziari ciò si traduce nell'individuazione di un obiettivo di rendimento di medio periodo pari all'inflazione più uno spread (redditività reale).

L'asset allocation si traduce quindi in un problema di minimizzazione del rischio, dato un obiettivo di rendimento reale, e ha come oggetto il portafoglio a copertura delle riserve; il portafoglio che ne deriva è diversificato, in prevalenza obbligazionario e caratterizzato da un alto livello di liquidabilità. Nell'allocation delle risorse possono inoltre essere valutati investimenti "mission related" ovvero modalità di impiego del patrimonio che abbiano anche un ritorno per la collettività assicurata.

Una corretta individuazione degli obiettivi è condizione necessaria per poter passare alla fase di implementazione del portafoglio investito, nella quale si dovrà tener conto dell'andamento dei mercati finanziari e di quanto l'industria dell'asset management offre in termini di soluzioni di investimento, valutandone sia la qualità sia la coerenza con il profilo di rischio tipico di un fondo sanitario.

La sanità complementare dopo il Covid-19

**Paolo De Santis è
Direttore Esecutivo
di Generali Welion**

Quale potrà essere il ruolo della sanità complementare nel “nuovo mondo”, il periodo di convivenza e successivo al Covid?

Intendo Presentare una proposta relativa al futuro dei Sistemi Sanitari (europeo e nazionali) e, in subordine, al ruolo della sanità complementare. Il motivo di tale approccio risiede nel fatto che l’impatto di un sistema di sanità complementare comunque disegnato, sia in termini di efficienza sia in termini di equità, dipende in modo essenziale dalle caratteristiche del sistema sanitario di cui è parte. La tempesta Covid produrrà inevitabilmente cambiamenti strutturali nell’organizzazione del nostro sistema sanitario e quindi la riflessione deve naturalmente partire da questo. A sua volta molte caratteristiche dei sistemi sanitari e la declinazione concreta del diritto alla salute - costituzionalmente garantito - dipendono dallo spazio fiscale a disposizione. Ne consegue la mia riflessione origina sulla situazione economica nel periodo di convivenza e post-covid.

La nuova ondata di solidarietà europea incoraggia la riflessione su come allargare l’integrazione nell’Unione da una serie di variabili economico-finanziarie ai diritti sociali. Una spinta in questo senso verrebbe dall’introduzione di un Minimum Benefit Package (MBP) per l’Unione Europea. In questo senso ogni cittadino residente nell’Unione a 27 avrebbe diritto a un livello minimo comune di assistenza sanitaria. La misura avrebbe naturalmente costi diversi in diversi Paesi sia in termini di realizzazione sia in termini di mantenimento nel tempo, dati gli standard di sviluppo differenti nei i 27 Paesi. Il trasferimento di risorse, deciso come parte delle misure Post-Covid, finanzierebbe un fondo di aggiustamento strutturale,

di durata predefinita, per finanziare la convergenza dei diversi sistemi sanitari necessaria per garantire, con organizzazioni diverse, un MBP comune.

Un MBP comune nell'Unione non vuol dire un unico Sistema Sanitario, ma sarebbe compatibile con diverse scelte di modello di finanziamento (ad esempio attraverso tassazione generale oppure contributi assicurativi), di modello di erogazione (ruolo primary vs secondary vs tertiary care) nonché di approvvigionamento e remunerazione dei vari input del sistema (fattore lavoro, farmaceutico, e dispositivi medicali). Ovviamente avrebbe un comune sistema regolamentare almeno per quanto riguarda la parte relativa alla definizione e al controllo degli standard associati al MBP che sarebbero espressi (almeno) in forma di qualità e condizioni di accesso. Questo sistema regolamentare dovrebbe essere sufficientemente flessibile per accomodare i differenti punti di partenza e le differenti velocità di convergenza tra Paesi. Dovrebbe però essere un sistema europeo di regolamentazione per evitare il rischio cattura da parte dei vari Paesi. In questo senso, a livello locale si avrebbero soltanto "filiali locali" del regolatore europeo ma non regolatori nazionali.

Quale il ruolo della sanità complementare, o per meglio dire, supplementare, in tale contesto? Distinguo il ruolo di finanziamento, ambito tradizionale delle assicurazioni, da altri ruoli principalmente sui servizi. Per quanto riguarda il ruolo di finanziamento, le assicurazioni private, in primo luogo, potrebbero fornire garanzie per le aree non coperte dal MBP. A queste aree dovrebbero quindi essere indirizzati gli incentivi fiscali disponibili; in quest'ottica candidati primari sono l'odontoiatria, alcune aree di cambiamento comportamentale e di prevenzione, alcune aree della specialistica e della diagnostica, nonché la componente long term care (LTC), sulla quale l'esperienza internazionale mostra come l'obbligatorietà sia necessaria.

Per quanto riguarda il mondo dei servizi, il settore assicurativo potrebbe utilizzare le proprie capacità di gestione e analisi dei dati e del rischio, al fine di supportare chi eroga prestazioni e gestisce la salute di popolazioni nello stimolare comportamenti che giovino alla salute, migliorare la qualità e l'organizzazione delle cure e accelerare il cambiamento nella modalità di erogazione, finanziando modalità innovative di cura.

La sanità integrativa per favorire l'accesso alle cure

**Marcello Garzia è
Presidente Fasi,
Fondo Assistenza
Sanitaria Integrativa
dei dirigenti
aziende industriali**

In questo momento storico in cui l'intero Sistema Paese è posto di fronte a una sfida senza eguali, non è semplice identificare quale ruolo spetterà alla sanità integrativa, in funzione di Secondo Pilastro del Servizio Sanitario Nazionale, nell'Italia post-covid. È, invece, possibile individuare alcune tendenze emerse negli ultimi mesi e immaginare la loro evoluzione alla luce degli importanti cambiamenti che ci attendono in un prossimo futuro, per certi aspetti ancora indefinito.

Eravamo tutti convinti che gli interrogativi principali ai quali avremmo dovuto dare risposte, almeno nelle aree più industrializzate del pianeta, riguardassero il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento esponenziale della "comorbilità", indissolubilmente legati tra loro. L'irruzione sulla scena del Covid-19 ha ribaltato in un sol colpo le attese. Abbiamo scoperto, a nostre spese, che le malattie trasmissibili da virus o batteri rappresentano ancora il fattore di rischio più pernicioso e meno controllabile. L'impatto che esse hanno su tutti gli aspetti del vivere civile, sociale ed economico avrà delle ricadute, per forza di cose, anche sul ruolo e sulla funzione della sanità integrativa. Saremo chiamati ad affrontare nuove e difficili sfide che riguarderanno in primis, la prevenzione e la gestione delle persone non autosufficienti: due aspetti a cui lo Stato in quanto tale farà molta fatica a fare fronte.

La prevenzione, intesa come tutela della salute umana fin dai primi anni intervenendo su stili di vita, abitudini alimentari e attività fisica, ma anche, in senso più generale, come protezione dagli agenti patogeni e dalle malattie trasmissibili, rappresenta attualmente l'unico strumento in grado di fronteggiare e ridurre le forme di conta-

gio (uso di mascherine, lavaggio delle mani, distanziamento fisico). Purtroppo la prevenzione, negli ultimi anni, è stata spesso relegata a un ruolo marginale e puramente "liturgico" nei programmi politici e sanitari.

I Fondi sanitari hanno la possibilità di indirizzare ampie fasce di popolazione verso comportamenti virtuosi, i cui benefici trascendono i propri assistiti, incoraggiando tali azioni con incentivi non solo economici, ma anche comportamentali e di comunità.

In questo contesto, non deve sorprendere che il Fasi si sia sempre fatto portavoce della necessità di indirizzare i propri assistiti verso uno stile di vita corretto e verso condotte che permettano di tenere sotto controllo il proprio stato di salute, favorendo sempre fonti di informazione esatte e attendibili, per attuare delle scelte consapevoli nella vita di tutti i giorni.

Con la pandemia e il seguente lockdown è emerso anche il nodo critico della sanità italiana: l'accesso alle cure, inteso sia come accesso fisico ai luoghi di cura che come disponibilità economica per effettuare e pagare le prestazioni mediche.

La "crisi Covid" ha messo in luce non solo l'assenza di un sistema uniforme e omogeneo per il controllo sanitario del territorio, ma anche la necessità di ripensare la visione "ospedale-centrica" che ha caratterizzato il sistema sanitario italiano degli ultimi decenni. L'abbiamo visto nella fase acuta della pandemia, durante la quale l'accesso ai luoghi di cura è stato fortemente limitato, provocando danni e vittime. Un paradosso che non si può ripetere. I Fondi sanitari integrativi e il Fasi in primis promuovono lo sviluppo di un modello di gestione fondato sulla dimensione di cura intermedia (extra-ospedaliera, territoriale, ambulatoriale e residenziale), all'interno di un disegno organico a livello nazionale che permetta al paziente di non doversi recare nei "luoghi di cura", vicini o meno alla propria abitazione, ma, in determinate situazioni, di ricevere le prestazioni al proprio domicilio.

A maggior ragione quando parliamo di persone non autosufficienti. Il Fasi è da sempre impegnato in questo ambito, anche grazie agli incentivi normativi e fiscali; ma è necessaria una ridefinizione generale del problema, sia dal lato normativo, definendo una classificazione delle necessità e dei bisogni di assistenza della popolazione, sia dal lato operativo, creando una rete di servizi efficiente ed efficace. Siamo convinti che sarà possibile ottenere questi risultati se vi è una forma di coordinamento, instaurando un sistema mutualistico che possa offrire supporto ai soggetti fragili e sviluppando un'integrazione dei sistemi sanitari, socio-assistenziali e previdenziali.

Purtroppo questo necessario cambio di passo è fortemente rallentato dal fatto che in Italia, ad oggi, non esiste una "piattaforma" normativa nazionale in grado di definire un modello per le cure territoriali, di base, intermedie o residenziali. Assumono, dunque, un ruolo fondamentale le moderne tecnologie digitali in ambito sanitario di cui la telemedicina è magna pars, in quanto consente di for-

nire informazioni essenziali per la diagnosi e la terapia da remoto. Una vera e propria rivoluzione nell'assistenza e nella cura del paziente.

Il Fasi ha già da tempo attivato simili servizi per i propri assistiti, investendo risorse significative nello sviluppo della digitalizzazione e delle tecnologie ITC. Convinti, come siamo, che esse rappresentano il canale privilegiato attraverso il quale poter continuare a garantire e migliorare la nostra offerta di tutele. Infatti, se da un lato la raccolta e la consultazione dei dati clinici è utile per i pazienti e fondamentale per gli operatori sanitari, dall'altro, il monitoraggio in tempo reale e l'offerta di servizi medico-diagnostici a distanza è lo strumento attraverso cui è possibile offrire assistenza specialistica, anche in situazioni di emergenza, non vincolata ai ritardi cronici del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo contesto le opportunità per il Fasi e, più in generale, per la sanità integrativa, assumono un doppio valore:

dal un lato consentono alla popolazione maggiori opportunità di accesso alle cure, incentivando l'assistenza domiciliare del paziente; dall'altro potrebbero "aprire" a nuove forme di prevenzione e integrazione in un'ottica di supporto al Servizio Sanitario Nazionale che deve rimanere solidaristico e universalistico, come recita il nostro Statuto costitutivo.

Non più sola assistenza: un investimento nel capitale umano

La pandemia, legata alla diffusione del Covid-19, ha determinato grandi cambiamenti nella nostra vita per i fortissimi vincoli che crea sul piano delle relazioni interpersonali e di quelle economiche.

Per contenere il rischio della diffusione dell'infezione abbiamo limitato i nostri spostamenti, le occasioni d'incontro a livello personale e lavorativo e ripensato i modelli organizzativi che sino a ieri regolavano il mondo delle attività produttive. Abbiamo anche dovuto acquisire una maggiore consapevolezza delle nostre responsabilità a livello di salute pubblica ma anche, più complessivamente, dell'incidenza che i nostri comportamenti hanno nella vita della nostra comunità e del nostro Paese.

Si è inoltre sviluppato un diffuso sentimento di insicurezza e di ansia collegato alle incertezze sulle nostre condizioni di salute, alle prospettive economiche-lavorative e a quanto durerà questa condizione. E, in questo, molti di noi si sono spesso sentiti soli ad affrontare la criticità della situazione. Di ciò abbiamo avuto l'esempio, più emblematico e drammatico, nei giorni più tristi nei mesi di marzo e aprile, quando migliaia di nostri concittadini sono morti in solitudine, per incapacità del sistema sanitario di gestire l'epidemia in modo diverso rispetto alla sola logica della segregazione.

L'esperienza che stiamo vivendo in questi mesi ci sta, perciò, costringendo a ripensare anche l'attuale modello di sanità, tenuto conto che l'introduzione di un vaccino efficace contro il Covid-19 servirà certamente a debellare questa pandemia ma non il rischio di future altre pandemie che, in relazione alle condizioni generali del nostro pianeta, saranno sempre più probabili, come del re-

**Demetrio Houlis è
Presidente Emapi*,
Ente di Mutua Assistenza per i
Professionisti Italiani.**

sto ci avverte una condivisa letteratura scientifica.

Cambiare quindi il paradigma sul quale è strutturata la sanità nel nostro Paese è ormai indispensabile. Cambiare in primo luogo il presupposto che considera la sanità come strumento esclusivamente assistenziale rivolto ai settori più deboli della società e pensarla, invece, come uno dei pilastri su cui un Paese costruisce il proprio sviluppo, il suo benessere e garantisce la sua stabilità e crescita economica: in una società evoluta il capitale umano è la ricchezza maggiore di cui si può disporre.

Questo capitale va alimentato e tutelato anche sul piano della salute, garantendo sicurezza e recuperi efficaci in caso di malattia.

Questo significa anche cambiare un'organizzazione che oggi punta quasi esclusivamente sulle strutture residenziali e relega gli interventi diffusi sul territorio a contributi marginali, spesso formali e con funzioni burocratiche. Certamente le strutture di eccellenza e di elevata specializzazione devono essere sostenute e rinforzate, dal momento che rappresentano i punti focali dell'organizzazione: quelli dove si fa ricerca, si approfondiscono le problematiche, si interviene nei casi più complessi. Accanto ad esse però va costruita un'organizzazione diffusa sul territorio che sia in grado di rispondere alle esigenze di salute delle persone; che sia in grado, quindi, di farsi carico dell'educazione alla salute, degli aspetti di prevenzione, dell'iniziale intervento sul piano della diagnosi e della terapia, della gestione sanitaria dei casi che lo consentono e, successivamente, delle fasi di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo.

In questi mesi abbiamo potuto verificare concretamente come, ad esempio, i modelli organizzativi regionali nei quali la componente territoriale era più strutturata, hanno retto molto meglio all'impatto dell'infezione. Ciò può fornirci un ulteriore elemento di riflessione che riguarda anche agli investimenti futuri che dovranno essere realizzati se si desidera dotarsi di strumenti in grado di affrontare le sempre più probabili sfide di un futuro neanche tanto lontano.

L'assistenza sanitaria integrativa, per parte sua, deve mostrarsi in grado di cogliere questa evoluzione del quadro complessivo se vuole fornire un supporto efficace alla salute e, più in generale, alla qualità della vita dei propri assistiti; in particolare se non è semplice espressione del mercato assicurativo ma deriva da organizzazioni collettive aventi una finalità di tutela sociale, quale è Emapi e quali sono molti dei fondi attualmente accreditati presso il Ministero della Salute.

Per parte nostra, come Emapi, stiamo sviluppando già da tempo un articolato progetto di assistenza domiciliare che offra ai nostri iscritti la possibilità di usufruire di una serie di prestazioni medico-sanitarie presso la propria abitazione. Il modello al quale stiamo lavorando prevede l'integrazione con i servizi offerti dal SSN e dai servizi sociali dei Comuni, intervenendo laddove si evidenzino carenze o specifiche necessità. Teniamo infatti conto che attualmente il sistema pubblico dedica mediamente ad ogni paziente solo 20 ore all'anno di assistenza domiciliare; mentre non sono pochi i Paesi europei che garantiscono le stesse ore in poco più di un mese (fonte: Italialongeva).

Dobbiamo inoltre aver chiaro che l'intervento non va concepito come semplice prestazione genericamente assistenziale ma piuttosto deve essere la risultante di una attenta analisi della domanda che sia in grado di cogliere i bisogni medici, psicologico-relazionali e sociali e possa offrire, attraverso un'organizzazione diffusa sul territorio, prestazioni adeguate che vanno dalla telemedicina all'intervento infermieristico, dal supporto psicologico all'intervento riabilitativo, dall'educazione alla salute all'accudimento assistenziale.

Questo è uno dei principali obiettivi che dobbiamo impegnarci a raggiungere nei prossimi anni.

* Emapi è un Fondo sanitario senza finalità di lucro costituito da 12 enti di previdenza dei liberi professionisti: Cassa Forense, Cassa Notariato, Cipag, Cnpadc, Enpab, Enpacl, Enpaf, Enpam, Enpap, Enpapi, Epap, Eppi

Integrare evitando le diseguaglianze

**Rossana Dettori è
Segretaria Confederale
della Cgil**

L'emergenza sanitaria, dalla quale non siamo ancora usciti, ha reso evidente la centralità e l'insostituibilità del Servizio sanitario pubblico e universale.

La Cgil sostiene, da lunghi anni, la necessità di potenziare il sistema sanitario con finanziamenti adeguati ai bisogni di salute delle persone interrompendo definitivamente la stagione dei tagli. Solo il Servizio Sanitario Nazionale può garantire a tutti i cittadini e le cittadine, non solo i livelli essenziali di assistenza, ma anche il diritto alla salute così come sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Se questo è vero - ed è certamente vero - "l'idea che l'assistenza sanitaria integrativa rappresenti un'ulteriore forma di tutela a disposizione dei cittadini per integrare e/o sostituire i servizi messi a disposizione dal Sistema nazionale" (citazione da Wikipedia) non corrisponde completamente alla realtà. Anzi, se non ben regolata e organizzata rischia di essere un ulteriore elemento che acuisce le diseguaglianze. Nostro obiettivo è azzerare le diseguaglianze e garantire a tutti e a tutte il diritto a stare in salute. Perché acuisce le diseguaglianze? Perché o è contrattuale o è appannaggio di chi può pagarsela. E chi non è un lavoratore dipendente il cui contratto prevede la polizza sanitaria? Pensiamo a lavoratori con contratti discontinui e con tipologie contrattuali parasubordinate e precarie. Insomma, è discriminante nei confronti delle fasce più deboli e precarie del mercato del lavoro. Pensiamo infine ai pensionati, soprattutto oggi che abbiamo toccato con mano il fatto che gli anziani sono le persone più fragili anche economicamente e sono proprio loro ad avere maggiori necessità nell'area della salute. E ancora:

quale polizza sanitaria contrattuale si occupa della salute di genere? Allora, affinché questa forma sia realmente integrativa e non creatrice di diseguaglianze, occorrono precise regole e paletti.

Innanzitutto, non può entrare in competizione con il Servizio Sanitario Nazionale, offrendo prestazioni in tempi inferiori a quelli del Ssn, sfruttando incapacità e limiti che ancora oggi il pubblico non riesce a correggere. Poi, ed è la questione centrale, deve essere realmente integrativa e quindi garantire le prestazioni che oggi non rientrano nei livelli essenziali di assistenza, ad esempio più cure odontoiatriche ed occhiali al posto di ecografie e analisi cliniche. Deve, inoltre, rispondere agli obiettivi di salute indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali integrando, appunto, là dove il Ssn non riesce a garantire i Lea o prestazioni aggiuntive che rispondano a bisogni di salute della popolazione. Aggiungo poi che i "fornitori" dei servizi integrativi dovrebbero essere anche - e prioritariamente - le strutture pubbliche, se vogliamo davvero realizzare integrazione. Indispensabile è, quindi, per rendere cogenti questi paletti, un efficace sistema di governance che individui le caratteristiche dei soggetti che possono far parte del sistema integrativo e ne controlli l'attività e la gestione. Insomma, il pubblico deve mantenere un ruolo centrale sia nella definizione degli obiettivi, sia nell'individuazione delle caratteristiche dei soggetti che nel controllo.

È evidente che la grande crescita della sanità integrativa/sostitutiva contrattuale risponde alla richiesta dei lavoratori e delle lavoratrici di risposte più efficienti alle proprie necessità nell'area della salute. A partire dalla estrema lunghezza delle liste di attesa per le prestazioni che, con la crisi da coronavirus, si è aggravata. O dalla difficoltà di alcune Regioni, ancora in Piano di rientro (peraltro tutte dell'Italia meridionale), a garantire i Livelli essenziali di assistenza; difficoltà che costringe i cittadini a vere e proprie "migrazioni sanitarie". Torna quindi centrale la necessità di potenziare il Servizio Sanitario Nazionale, in coerenza con i principi della Costituzione e della Legge istitutiva del 1978. Innanzitutto è necessaria una Sanità pubblica e universale che garantisca prevenzione riabilitazione e cura, che faccia della presenza sul territorio e della presa in carico del paziente il proprio nucleo centrale; e che realizzi una reale integrazione - questa sì integrazione - con i servizi sociali. A questo proposito la Cgil ritiene che vadano utilizzate tutte le risorse disponibili a cominciare dal Mes.

Infine una Sanità pubblica davvero funzionante sarebbe utile anche al buon funzionamento di quella contrattuale perché renderebbe chiaro il ruolo di integrazione e non di sostituzione di quest'ultima nei Livelli essenziali di assistenza. Una sfida comune tra sistema pubblico e sanità integrativa potrebbe essere quella di immaginare forme di copertura anche per quei soggetti che oggi sono esclusi dalla seconda, come coloro che non hanno la copertura del Contratto Collettivo Nazionale.

Sanità pubblica e integrativa: le lezioni dell'emergenza Covid

**Luigi Sbarra è
Segretario Generale Aggiunto
della Cisl**

La pandemia con la quale abbiamo convissuto negli scorsi mesi e che ancora oggi determina fattori di rischio e dati preoccupanti di grande impatto a livello mondiale, con picchi problematici in alcuni paesi, rende necessaria una riflessione; non solo sull'efficienza del sistema sanitario pubblico, ma anche sul ruolo e le funzioni della sanità integrativa.

Peraltro questo avviene in una fase di ancora elevata incertezza, nella quale i contagi sono nuovamente diffusi e la prospettiva circa la disponibilità di un vaccino o di cure specifiche per il Covid-19 ha tempi ancora indefiniti.

Va ricordato, inoltre, che non abbiamo a che fare solo con la problematica sanitaria ma anche con le conseguenze economiche e sociali che da essa si sono già generate e che rischiano di accentuarsi ulteriormente nei prossimi mesi.

Tornando ai temi strettamente sanitari, resta naturalmente fermo il principio che assegna la responsabilità di gestire l'emergenza al Servizio Sanitario Nazionale. Quanto ai fondi sanitari integrativi, sono stati caratterizzati dalla pronta capacità di risposta fin dal primo momento e, proprio per la prossimità al lavoro e ai bisogni delle imprese e dei lavoratori iscritti, hanno saputo immediatamente aggiornare e fornire loro risposte, principalmente attraverso misure di sostegno economico.

Si è trattato infatti, in prima istanza, di risposte di natura economica come la sospensione dei versamenti contributivi pur mantenendo il diritto alle prestazioni e l'introduzione di apposite diarie destinate ai ricoverati e agli iscritti in quarantena a domicilio per il Covid. Diversi fondi hanno poi

anche introdotto servizi innovativi per i propri assicurati anche in considerazione della sospensione di gran parte delle visite specialistiche presso le unità sanitarie locali e la chiusura di molti poliambulatori sul territorio, lanciando appositamente il nuovo servizio di video-consulto specialistico.

In tal modo è stato garantito un confronto diretto con lo specialista nel caso in cui non fosse necessario un contatto fisico. Dando comunque la possibilità di condividere con lo specialista i risultati di esami, di avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, di dialogare con il medico per eventuali approfondimenti, di scambiarsi documenti.

Questi servizi sono stati molto apprezzati in una fase in cui rivolgersi a uno specialista era diventato impossibile in qualsiasi tipo di struttura sanitaria, se non in situazioni di assoluta emergenza. Mesi in cui, per fare un esempio non esaustivo, le morti per infarto sono aumentate perché sono cessati i controlli e il pronto soccorso sono diventati luoghi difficilmente accessibili.

Possiamo dire che i mesi duri del Covid hanno reso esplicito che il servizio sanitario nazionale universalistico ha un valore fondamentale che va difeso e sostenuto. Hanno mostrato, da un lato eccellenze che dovrebbero essere adeguatamente riconosciute e finanziate sempre, e non solo in emergenza e, dall'altro i danni dei tagli alla spesa sanitaria e la differente efficacia dei modelli organizzativi dei servizi delle diverse regioni. La migliore capacità di risposta è arrivata da una medicina ben organizzata sul territorio e meno dipendente dai grandi ospedali.

L'esperienza della pandemia ha infine, fatto, ben comprendere come la strada della digitalizzazione dei servizi, nel pubblico come nel privato, va percorsa in tutti i casi in cui è percorribile, e che la telemedicina può avere un ruolo importante non solo per la gestione delle malattie croniche che richiedono il continuo monitoraggio del paziente ma anche in numerose altre casistiche.

Il ruolo della sanità integrativa si ripropone con forza alla luce di tali considerazioni. Il Servizio sanitario pubblico, da tempo sotto pressione sia per gli interventi sulla spesa sia per l'invecchiamento della popolazione potrà infatti continuare a garantire servizi universalistici efficaci ed efficienti solo in presenza di una buona integrazione tra pubblico e privato e con la ridefinizione e il riconoscimento dei rispettivi ruoli riconoscendo alla sanità integrativa un valore fondamentale.

La sanità integrativa, infatti, veicola servizi di qualità che, grazie a sistemi di mutualità e di solidarietà in essere, hanno costi estremamente limitati di cui si fa carico la contrattazione collettiva. Uno sforzo bilaterale che, con intelligenza e lungimiranza, ha dedicato quote dei risultati contrattuali alla istituzione e al finanziamento di servizi a favore della persona.

Occorre ora estendere la platea dei fruitori diretti e dei loro nuclei familiari, costruendo welfare contrattato sempre più vicino alla persona, capace di intercettare anche le piccole e medie imprese anche attraverso una dimensione negoziale territoriale che aggrega le realtà assicurando necessaria "massa critica"

negli enti. Vanno costruiti nuovi affidamenti contrattuali che portino, tra l'altro, a meccanismi di adesione automatica e rafforzata la divulgazione dei benefici del welfare negoziato.

L'attività dei fondi merita di essere apprezzata e sostenuta dal livello pubblico con importanti leve fiscali che ne riconoscano la funzione sussidiaria e complementare nei confronti del Servizio sanitario nazionale. In tal senso, in coerenza con l'auspicabile e attesa regolamentazione, i fondi sanitari integrativi devono sempre più positivamente orientarsi all'integrazione dei servizi e all'investimento sulla prevenzione e sulle aree di servizio non coperte dal SSN con attenzione alle nuove tecnologie e alle differenti necessità del territorio.

A tutto vantaggio dei cittadini

L'universalità e l'uniformità nell'accesso alle cure sono principi fondativi del nostro Servizio Sanitario Nazionale, che garantisce il diritto alla salute a tutti gli individui senza discriminazioni di reddito, di genere o di età. Tuttavia, negli ultimi anni, in Italia abbiamo assistito a pesanti tagli alla sanità pubblica, che hanno indebolito il SSN. Un confronto internazionale evidenzia bene questo aspetto: nel 2019, nel nostro Paese la spesa sanitaria, pari al 6,6% del PIL, è stata inferiore a quella di altri Paesi europei, come la Germania e la Francia, dove la spesa sanitaria ammontava rispettivamente al 9,6% e al 9,5% del PIL.

Questo dato, da una parte, evidenzia la necessità di aumentare gli investimenti nel settore della sanità pubblica, così da equiparare la situazione italiana a quella degli altri Paesi europei. D'altra parte, mette in evidenza l'importante sostegno offerto dai Fondi sanitari integrativi, istituiti dalle organizzazioni sindacali e datoriali mediante i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, nella erogazione di prestazioni e servizi di natura sanitaria laddove la Sanità pubblica è carente.

L'introduzione di forme negoziali di assistenza sanitaria ha, infatti, garantito la diffusione delle coperture integrative nei confronti di oltre 9 milioni di lavoratrici e lavoratori, favorendo la diffusione di una vera e propria cultura della prevenzione.

Nell'ultimo decennio tali fondi sono nati con l'intento di offrire coperture assicurative nei confronti di una pluralità di categorie di lavoratrici e lavoratori, erogando servizi di qualità e sostenendogli iscritti nei momenti di bisogno legati all'insorgenza di problemi di salute, svolgendo un importante ruolo di sostegno e di supporto al SSN. Numerosi studi dimostrano l'importanza ed i

Domenico Proietti
è Segretario Confederale
della Uil

vantaggi derivanti dall'interazione regolata tra i fondi sanitari integrativi e il sistema di Sanità pubblica; e il ruolo della negoziazione contrattuale è un elemento fondamentale e imprescindibile per il consolidamento di questi enti. Innanzitutto, diversi fondi, attraverso gli accordi contrattuali, prevedono l'estensione delle prestazioni sanitarie a un'ampia platea che include non solamente le lavoratrici ed i lavoratori, ma anche i loro familiari. I fondi di natura contrattuale rappresentano, quindi, un elemento di valore da tutelare e una valida possibilità per migliorare la qualità della vita di milioni di cittadini.

Inoltre, il livello di trasparenza assicurato dai fondi di natura negoziale agli iscritti è elevato. Tali fondi pubblicano sul proprio sito l'atto costitutivo, lo statuto, i nominativi dei componenti degli organi sociali, il regolamento interno e altri documenti che attengono alla gestione del fondo. Tale livello di trasparenza è assicurato anche dall'iscrizione degli enti all'Anagrafe dei fondi sanitari, istituita con il D.M. del 31 marzo 2008 (Decreto Turco) presso il Ministero della Salute, al quale ciascun fondo invia annualmente le informazioni sulla propria attività, sulla propria spesa e sui bilanci, in modo da garantire la trasparenza e la correttezza della gestione.

Sebbene l'iscrizione all'Anagrafe dei fondi sia rimessa alla volontà dell'ente stesso, la trasparenza è ulteriormente garantita dall'attenta attività di vigilanza dal Ministero della Salute. Vigilanza esercitata mediante l'Anagrafe dei fondi sanitari e l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGE.NA.S.)genzia svolge una funzione di supporto tecnico e operativo alle politiche di governo dei servizi sanitari di Stato e Regioni attraverso attività di ricerca, monitoraggio, valutazione, formazione e innovazione.

In aggiunta alla trasparenza "formale", garantita attraverso la condivisione della documentazione relativa l'attività dei fondi e l'attività di controllo del Ministero, i fondi sanitari integrativi si caratterizzano anche per la trasparenza "procedurale" nei confronti dello Stato e dell'erario. Nel contesto di diffusa illegalità che purtroppo caratterizza il settore delle libere professioni anche in ambito sanitario, i fondi negoziali subordinano la liquidazione delle prestazioni alla regolare emissione del documento fiscale, sia da parte delle strutture sanitarie che dei professionisti. In questo senso, i fondi sanitari svolgono un ruolo fondamentale nell'ottica del contrasto all'evasione fiscale nel settore sanitario, garantendo il corretto assolvimento dell'obbligazione tributaria relativa all'erogazione di un servizio, garantendo così un rilevante aumento del gettito fiscale. L'evoluzione del sistema dei fondi sanitari integrativi è una materia complessa, che presenta molti aspetti innovativi e che necessita di una quanto più ampia e diffusa partecipazione possibile delle parti sociali al fine di definire forme assicurative sempre più adeguate e rispondenti alle necessità delle lavoratrici, dei lavoratori e dei cittadini.

Far crescere efficienza, equità e accessibilità del sistema sanitario

La diffusione, ampia ed esponenziale, del nuovo coronavirus ha fatto, sin da subito, emergere l'importanza di avere una sanità efficace, accessibile e resiliente, al punto che la pandemia è stata definita da alcuni come un vero e proprio "stress test" per il nostro sistema sanitario.

Nei suoi momenti più gravi, la pandemia ha reso impossibile prestare la dovuta assistenza sanitaria ospedaliera a tutti gli ammalati di Covid, ha determinato la sospensione delle prestazioni sanitarie non urgenti e ha generato difficoltà per la rete dei medici di base del 118 e del 1500. Tali criticità, seppur dovute a una situazione straordinaria, impongono oggi di ripensare a un buon sistema di protezione sociale, sempre basato sulla centralità del Sistema Sanitario Nazionale ma affiancato, secondo il modello della complementarietà, da un sistema di sanità integrativa ulteriormente potenziato.

A riguardo va innanzitutto sottolineato che, secondo le analisi di diverse istituzioni nazionali e internazionali condotte in un periodo "normale", ovvero prima della pandemia, lo stato di salute complessivo del nostro sistema sanitario rimane a buoni livelli. Ciò nonostante, emergono alcuni segnali di difficoltà legati, in particolare, ai servizi ospedalieri. Dal 1980 ad oggi, infatti, la sanità pubblica ha visto calare il numero di posti letto da 595.000 a 151.600 unità. Anche considerando il numero di posti letto dell'ospedalità privata, pari a 40.500 unità, il sistema sanitario riesce a garantire quindi solo 1 posto letto ogni 314 abitanti e 1 posto letto di terapia intensiva ogni 7.555 abitanti.

Quanto al Servizio Sanitario Nazionale, che costituisce una conquista fondamentale del nostro

**Pierangelo Albini è
Direttore dell'Area Lavoro,
Welfare e Capitale Umano
di Confindustria**

Paese, è imprescindibile garantire risorse adeguate alla effettiva domanda di salute, con un significativo rifinanziamento rispetto agli attuali livelli (in Italia, la spesa sanitaria è pari all' 8,7% del PIL rispetto alla media del 10,5% di Francia, Germania, Spagna e Regno Unito), destinando sia risorse del bilancio nazionale sia sfruttando appieno le opportunità a disposizione a livello comunitario (Recovery Plan e MES). A questo riguardo, si potrebbe procedere alla definizione un piano di ammodernamento delle infrastrutture, di dismissione delle strutture obsolete e di costruzione di nuovi centri innovativi, secondo una logica che integri sicurezza, efficienza e flessibilità dell'ospedale.

In tale processo di rafforzamento della sanità pubblica, potrà risultare fondamentale il ruolo della sanità privata. La sanità integrativa già oggi svolge un ruolo determinante nel sistema sanitario, poiché consente di superare alcune criticità tipiche del SSN pubblico: si pensi alle difficoltà di smaltire tutta la domanda di prestazioni (liste di attesa), alle inefficienze che purtroppo ancora caratterizzano alcuni territori, alle carenze in alcune specifiche aree prestazionali (odontoiatria, riabilitazione ecc.), alla libera scelta del luogo di cura e del medico curante. Dobbiamo, dunque, difendere la complementarità di tale modello, correggendone alcuni difetti.

L'adeguamento infrastrutturale e la collaborazione pubblico-privato dovrebbero privilegiare lo sviluppo di un sistema a "hub" e "spoke", con l'obiettivo che questi ultimi uniscano efficacia ed efficienza gestionale e clinica, mentre, i primi, diventino sempre più degli attrattori di casistica complessa a livello nazionale e internazionale.

Per "organizzare" la spesa sanitaria privata in modo più efficiente e per diffondere nella popolazione una cultura della previdenza sanitaria che consenta ai cittadini di tutelarsi per le spese sanitarie, evitando di essere finanziariamente colpiti nel momento dell'emersione del bisogno sanitario, occorrerà sempre più sviluppare la sanità integrativa che è ormai divenuta fenomeno di massa soprattutto nel mondo del lavoro dipendente.

Nel corso di questi ultimi anni, infatti, le componenti associative del sistema Confindustria hanno contribuito in maniera fondamentale a promuovere lo sviluppo del secondo pilastro sanitario mediante la contrattazione collettiva su basi categoriali e aziendali. La stima delle persone complessivamente assistite dai fondi del sistema confederale sfiora i 5 milioni testimoniando un impegno sociale delle imprese molto significativo.

Ciò ha consentito di poter dare una risposta immediata in termini di protezione sociale dei lavoratori. Ad esempio, sono diverse le iniziative delle Parti sociali che hanno portato i fondi sanitari integrativi a individuare specifiche coperture legate agli effetti della pandemia, come indennità per ricovero e per isolamento domiciliare, contributi per servizi assistenziali e post-ricovero, contributi in favore degli eredi, rimborsi per prestazioni mediche, diagnostiche e infermieristiche effettuate a domicilio.

Se lo sviluppo del SSN pubblico non può prescindere da un rifinanziamento della spesa, per lo sviluppo del secondo pilastro sanitario occorre procedere

estendendo gli incentivi fiscali – oggi riconosciuti al solo lavoro dipendente – alle imprese e a tutti cittadini.

A tal proposito, un ampliamento delle adesioni ai fondi sanitari potrà certamente contribuire a rendere più efficiente la spesa privata offrendo a tutti la possibilità di avere accesso più facilmente alle prestazioni.

Il potenziamento della sanità integrativa andrebbe poi accompagnato dal completamento ordinamentale della riforma del settore, avviata nel biennio 2008-2009, che, unitamente alla stabilizzazione della norma fiscale sul trattamento dei contributi versati, ha consentito un forte sviluppo del settore nella contrattazione di categoria.

La definizione della regolamentazione della sanità integrativa è un obiettivo importante. È necessario, per garantire la trasparenza e la “tenuta” del sistema dei fondi e delle casse sanitarie, avviare un graduale processo di “convergenza” normativa che permetta di armonizzare gli ordinamenti e la gestione dei fondi e delle casse, pur tenendo presente la necessità di evitare iper-regolamentazioni burocratiche e penalizzazioni circa l'autonomia regolamentare e le specificità delle diverse realtà.

In definitiva, anche dopo il Covid-19, occorrerà certamente continuare ad occuparsi del tema della sanità con la convinzione che un primo pilastro efficiente e accessibile e un secondo pilastro equo potranno contribuire a rendere il nostro sistema di welfare sostenibile, funzionale alla crescita economica ed allo sviluppo della società e, soprattutto, coerente con l'esigenza di tutela delle diversificate situazioni di bisogno nell'arco di tutta la vita dei cittadini.

MERCOLEDÌ 21 OTTOBRE 9:30 - 12:30

SEMINARIO ONLINE

RUOLO E PROSPETTIVE DELLA SANITA' COMPLEMENTARE DOPO IL COVID-19

PRIMO APPUNTAMENTO

INTERVERRANNO

CESARE DAMIANO

Cons. Amministrazione INAIL e Presidente Lavoro&Welfare

NINO SAVELLI

Presidente De Angelis Savelli & Associati

MARIO PADULA

Presidente Covip

RICCARDO CESARI

Consigliere IVASS

ALBERTO BRAMBILLA

Presidente Itinerari Previdenziali

PIERANGELO ALBINI

Direttore Lavoro&Welfare Confindustria

ROSSANA DETTORI

CGIL

PAOLO DE SANTIS

Direttore Esecutivo Generali Welion

GIOVANNA GIGLIOTTI

AD Unisalute

DARIO FOCARELLI

Direttore Generale Ania

ALESSANDRO GERMANI

Partner GDC Corporate & Tax

UN EVENTO A CURA DI



zoom

**IL LINK DI ACCESSO SARÀ
PUBBLICATO SUI CANALI
SOCIAL UFFICIALI**

MERCOLEDÌ 28 OTTOBRE 9:30 - 12:30

SEMINARIO ONLINE

RUOLO E PROSPETTIVE DELLA SANITA' COMPLEMENTARE DOPO IL COVID-19

INTERVERRANNO

SECONDO APPUNTAMENTO

CESARE DAMIANO

Cons. Amministrazione INAIL e Presidente Lavoro&Welfare

PAOLO DE ANGELIS

Presidente De Angelis Savelli & Associati

STEFANO GASPARI

Amministratore Delegato MondInvestor

LUIGI SBARRA

CISL

DOMENICO PROIETTI

UIL

LUCA FRANZI DE LUCA

Presidente AIBA

MARCELLO GARZIA

Presidente FASI

DEMETRIO HOULIS

Presidente EMAPI

MAURO MARÈ

Presidente MEFOP

FIAMMETTA FABRIS

Capo Health Allianz Italia

GIUSEPPE PATRIOSSI

Prometeia Advisor SIM

ROBERTO TOIGO

Consigliere Metasalute

MARCO VECCHIETTI

Amministratore Delegato RBM Assicurazione Salute

UN EVENTO A CURA DI



Associazione
LAVORO & WELFARE



STUDIO DI CONSULENZA
ATTUARIALE E FINANZIARIA



LABORES

CESARE DAMIANO

zoom

**IL LINK DI ACCESSO SARÀ
PUBBLICATO SUI CANALI
SOCIAL UFFICIALI**