

SANITÀ Scenari e protagonisti

Strade a parte per l'assistenza sanitaria integrativa

Da anni al centro di revisioni normative, il welfare si sta indirizzando verso una gestione mista tra settore pubblico e privato. Come? Se ne è parlato nel workshop organizzato da Assoprevidenza per il nostro convegno.

Roberto Bagnoli

Un sistema a due pilastri, come nella previdenza, attraverso una cooperazione fra pubblico e privato. Il ruolo dell'assistenza sanitaria complementare nel sistema di welfare è stato al centro di un workshop organizzato da Assoprevidenza nell'ambito di *Assicurazioni e sistema Italia*, il convegno organizzato il 5 maggio scorso dal *Giornale delle Assicurazioni*.

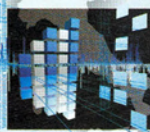
Il tema, del resto, è di particolare attualità. «Il 30 aprile scorso è scaduto il termine per l'iscrizione ai fondi sanitari integrativi», spiega **Laura Crescentini**, coordinatore tecnico di Assoprevidenza, che ha moderato l'incontro, «come previsto dal decreto del 27 ottobre 2009 del ministro del Lavoro **Maurizio Sacconi**: il ministero, in pratica, vuole ottenere un quadro di un universo molto variegato, in modo da introdurre eventuali correttivi alla disciplina».

Il quadro normativo Negli ultimi anni la materia è stata più volte al centro di provvedimenti legislativi. «L'assistenza sanitaria complementare rappresenta uno degli ambiti che negli ultimi anni è stato maggiormente interessato da interventi normativi», sostiene **Paolo Vinci**, avvocato e docente di diritto sanitario all'università di Milano Bicocca, «il sistema sanitario nazionale è stato colpito dalla grave crisi economica che caratterizza da tempo il nostro Paese: pur rivestendo una fondamentale importanza per tutti i cittadini, e sia pure a fronte di stanziamenti molto elevati, non può rispondere in modo completo alle esigenze assistenziali dei cittadini. In Italia la spesa privata copre circa il 23,4% del totale», continua Vinci, «e di questa quota ben l'87% è *out of pocket*, cioè a esclusivo carico delle famiglie: soltanto il 6% di queste ultime, e si tratta soprattutto di



quelle con un reddito più elevato, ha una copertura sanitaria integrativa, che comunque non è idonea a coprire le necessità di tutti i membri della famiglia stessa. Le polizze malattia hanno una diffusione molto differenziata a livello geografico; le categorie ad alto rischio sono quelle degli anziani e dei nuclei familiari caratterizzati dalla presenza di più figli a carico, mentre le spese più cospicue sono generalmente quelle di natura odontoiatrica o connesse alla disabilità, cioè alla perdita dell'autosufficienza nella vita di tutti i giorni. La necessità d'integrare l'intervento sanitario statale è divenuta quasi indispensabile», sottolinea Vinci, «ed è stata caratterizzata da un iter attuativo scandito di volta in volta da regole di funzionamento di tutto il sistema. Il decreto legislativo del 19 giugno 1999 di riforma del Servizio sanitario nazio-

nale ha introdotto i fondi integrativi dettando i principi generali per la definizione del quadro normativo: la *ratio* del provvedimento è di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica e, al tempo stesso, incoraggiare la copertura di servizi integrativi attraverso l'assistenza privata. La legge contempla i fondi sanitari integrativi in senso stretto, i cosiddetti *Fondi doc*, che diventano complementari su base volontaria rispetto al Servizio sanitario nazionale, e offrono una copertura di tipo collettivo per quelle forme di assistenza parzialmente a carico delle famiglie o integralmente escluse dal servizio pubblico. La Finanziaria 2008 e il decreto Turco del 31 marzo 2008 hanno superato la distinzione tra *Fondi doc* e *Fondi non doc*», spiega Vinci, «e hanno contemplato un'unica normativa di riferimento per tutte



Partecipanti

Al workshop organizzato da Assoprevidenza nell'ambito del nostro convegno hanno partecipato, da sinistra a destra, Paolo Vinci, avvocato e docente di diritto sanitario all'università di Milano Bicocca, Laura Crescentini (moderatrice), coordinatore tecnico di Assoprevidenza, Claudio Giammatteo, direttore di Faschim, Valerio Ceffa, amministratore delegato di Mu Sa, e Fiammetta Fabris, responsabile divisione tecnica e marketing di Unisalute.

le forme di assistenza sanitaria, anche sotto il profilo fiscale. La legge 244 del 2007 ha riformato il regime tributario riconoscendo la deducibilità, sino a 3.615,20 euro, delle somme versate ai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale».

L'ultimo provvedimento, infine, è il decreto Sacconi del 27 ottobre 2009. «Quest'ultimo fornisce un importante impulso all'assistenza integrativa del Servizio sanitario nazionale», sostiene Vinci, «individuando le regole di funzionamento del sistema. Il provvedimento, in particolare, specifica quali sono le prestazioni cosiddette vincolate: quelle, in pratica, a cui le casse, gli enti e le società di mutuo soccorso con esclusivo fine assistenziale devono obbligatoriamente destinare una quota delle risorse, fissata in misura non inferiore al 20% di quelle complessivamente impiegate per le prestazioni sanitarie, per poter godere del trattamento fiscale agevolato previsto dal testo unico delle imposte sui redditi. Questa soglia dovrà essere rispettata fin dalla gestione relativa all'anno 2010, per beneficiare dell'agevolazione prevista a partire dal 2012. Le prestazioni vincolate sono l'assistenza odontoiatrica, quella socio-sanitaria a persone non autosufficienti e quella finalizzata al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio. Il decreto ministeriale definisce infine le modalità per l'iscrizione all'*Anagrafe dei fondi sani-*

tari e delle casse, enti o società di mutuo soccorso: per l'anno corrente il termine di scadenza era il 30 aprile scorso, per quelli successivi il 31 luglio. In questi provvedimenti il legislatore ha focalizzato la propria attenzione sull'ambito di operatività e intervento dei fondi sanitari», sostiene Vinci, «contribuendo a integrare ulteriormente le prestazioni del sistema di *welfare* italiano, che nell'ultimo periodo rafforza il collegamento tra il pubblico e il privato per consolidare gli istituti posti a protezione dei cittadini. Se il Servizio sanitario nazionale non è in grado di offrire in maniera idonea un servizio tempestivo, sicuro ed efficiente, il ricorso alla sanità integrativa è la giusta direzione percorribile per le fami-



Universo variegato

«Il 30 aprile scorso è scaduto il termine per l'iscrizione ai fondi sanitari integrativi», spiega Laura Crescentini, coordinatore tecnico di Assoprevidenza, «come previsto dal decreto del 27 ottobre 2009 del ministro del Lavoro Maurizio Sacconi: il ministero, in pratica, vuole ottenere un quadro di un universo molto variegato, in modo da introdurre eventuali correttivi alla disciplina».

glie e per i conti pubblici, a tutela del diritto fondamentale alla salute che è riconosciuto anche dalla costituzione».

Le offerte delle compagnie Fra le realtà più rilevanti nel campo dell'assistenza sanitaria integrativa vi è senza dubbio Unisalute, che fa capo a Unipol gruppo finanziario. Con 160 milioni di premi raccolti nel 2009 (il 17% in più rispetto all'anno precedente) e 3,7 milioni di clienti, Unisalute è la quinta compagnia del ramo malattia e una delle pochissime specializzate in questo settore. A partire dal 2008, in pratica, è divenuta il punto di riferimento del gruppo per la produzione di nuove polizze collettive, quelle con un numero elevato di aderenti e che richiedono personalizzazioni in termini di premio o garanzie.

«Da parte del mondo sindacale c'è una fortis-

A carico delle famiglie

«In Italia la spesa privata copre circa il 23,4% del totale», afferma Paolo Vinci, avvocato e docente di diritto sanitario all'università di Milano Bicocca, «e di questa quota ben l'87% è a esclusivo carico delle famiglie».



sima richiesta verso l'assistenza sanitaria integrativa, che riguarda non più solo dirigenti e quadri ma anche impiegati e operai», sostiene **Fiammetta Fabris**, responsabile divisione tecnica e marketing di Unisalute, «in tutti i contratti collettivi che sono stati rinnovati negli ultimi tempi si è registrata una grande attenzione a questa materia, e questo ha posto le compagnie di fronte a nuovi interlocutori. Inizialmente gli assicuratori parlavano di grandi eventi a bassa frequenza: con il decreto Sacconi, però, bisognerà cominciare a offrire prestazioni più di massa e a maggiore frequenza, tipicamente le cure dentarie. Unisalute è partita 15 anni fa con una rete propria, in modo da contenere i costi», prosegue Fabris, «l'assistenza odontoiatrica è molto delicata, anche perché in questo campo non esistono basi statistiche, nuovi fornitori di servizi si stanno affacciando sul mercato e bisogna conciliare il contenimento dei costi con un adeguato livello qualitativo: in questo campo nel 2009 Unisalute ha liquidato indennizzi per 20 milioni rispetto a 300 mila teste assicurate. È importante puntare sugli interventi di prevenzione e concentrarsi sui grandi eventi a bassa frequenza, come gli interventi di implantologia, mantenendo le prestazioni più ricorrenti solo quando si dispone di adeguati basi statistiche: questo contribuirebbe anche a razionalizzare un mercato che oggi è fuori controllo».

I fondi di categoria Nell'ambito dei fondi sanitari di categoria spicca la realtà di Faschim, destinato ai lavoratori dell'indu-

Autogestione

«Il nostro modello organizzativo si basa sull'autogestione», spiega **Claudio Giammatteo**, direttore di Faschim: «Non abbiamo acquisito il servizio da una compagnia d'assicurazione».



stria chimica e di settori affini come chimico-farmaceutica e fibre. «In sei anni Faschim ha rivoluzionato il mondo dei fondi negoziali, che oggi lo considerano un modello di riferimento», spiega il direttore **Claudio Giammatteo**, «il fondo è nato il primo gennaio 2004 e oggi ha il triplo del patrimonio e degli iscritti iniziali: questi ultimi sono 119 mila, rispetto a un bacino potenziale di 200 mila, con una forte crescita fra i familiari dei dipendenti. Con l'ultimo contratto collettivo è stata prevista l'adesione obbligatoria per tutti i lavoratori che non dispongono di un'assistenza sanitaria aziendale: dopo un anno bisogna confermare l'adesione in modo esplicito. Il modello organizzativo si basa sull'autogestione, non abbiamo acquisito il servizio da una compagnia d'assicurazione», spiega Giammatteo, «uno dei fiori all'occhiello è rappresentato dai tempi di liquidazione dei rimborsi: attualmente la media è di 22 giorni, rispetto ai 30 che sono previsti dallo statuto. Il contributo medio procapite è di 274 euro l'anno, le cure odontoiatriche rappresentano circa il 30% dei rimborsi. Dallo scorso aprile sono state introdotte nuove prestazioni, come le lenti correttive e una rendita long term care (assistenza di lunga durata, ndr) che scatta in caso di perdita dell'autosufficienza, cioè l'incapacità di provvedere a se stessi nella vita di tutti i giorni. Viene ver-

Standard qualitativi

«Il consorzio Mu Sa fornisce una serie di servizi: in particolare il convenzionamento, che è stato avviato a partire dal 2008, di strutture sanitarie, a cui vengono richiesti determinati standard qualitativi e l'applicazione di tariffe predeterminate», spiega l'amministratore delegato **Valerio Ceffa**.



Operai e impiegati

«Da parte del mondo sindacale c'è una fortissima richiesta verso l'assistenza sanitaria integrativa, che non riguarda più solo dirigenti e quadri ma anche impiegati e operai», sostiene **Fiammetta Fabris**, responsabile divisione tecnica e marketing di Unisalute.

sato un vitalizio di 200 euro per i primi 24 mesi dalla data di riconoscimento della non autosufficienza: per la fine del 2010 è prevista la liquidazione di 30 rendite».

Le mutue Accanto all'offerta delle compagnie di assicurazione e ai fondi aziendali o di categoria,

in Italia il terzo pianeta dell'assistenza sanitaria integrativa è rappresentato dalle mutue. «Sono regolamentate da una legge del 1886 che non è più stata modificata», spiega **Valerio Ceffa**, direttore di Insieme salute e amministratore delegato del Consorzio nazionale Mu Sa, che raggruppa alcune fra le maggiori realtà del settore, «molte società, del resto, sono state fondate a partire dalla metà dell'Ottocento e svolgono anche attività assistenziali, educative e culturali. In base al repertorio della Fimiv (Federazione italiana della mutualità integrativa volontaria) sono attive 1.430 società di mutuo soccorso, diffuse su tutto territorio nazionale, con circa 450 mila assistiti, fra soci e loro familiari: aderiscono alla Fimiv circa cinquecento sodalizi, con 300 mila iscritti. Si tratta di un universo molto variegato in cui coesistono esperienze diverse», prosegue Ceffa, «le mutue non sono iscritte all'anagrafe dei fondi sanitari integrativi, appartengono ai soci e non offrono prestazioni a soggetti diversi da loro: garantiscono le prestazioni a vita, solo l'associato può decidere il recesso, e l'età media degli assistiti è quindi più alta rispetto a quella dei fondi sanitari integrativi, aziendali o di categoria. Sono possibili due tipi di adesione, individuale e collettiva: nelle prime il contributo medio è più elevato, per una copertura abbastanza completa la quota può andare dai 300 ai 600 euro l'anno. Nelle collettive, invece, se il contributo è basso si rischia di poter offrire una copertura incompleta, soprattutto se vengono garantite le cure dentarie. Il consorzio Mu Sa fornisce una serie di servizi: in particolare il convenzionamento, che è stato avviato a partire dal 2008, delle strutture sanitarie, a cui vengono richiesti determinati standard qualitativi e l'applicazione di tariffe predeterminate».