



AUDIZIONE AIBA SUI FONDI INTEGRATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Con riferimento all'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, avviata dalla XII Commissione Affari Sociali al fine di valutare una riorganizzazione della sanità integrativa, la scrivente Associazione ritiene opportuno sottoporre alcune osservazioni.

I DATI DELLA SANITA'

Il nostro servizio sanitario nazionale è sottoposto a diverse sfide:

- innanzitutto quella demografica. In Italia la speranza di vita alla nascita per gli uomini è la più alta d'Europa dopo la Svezia (80,3 anni) e la terza dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni);
- si registra inoltre l'aumento delle cronicità (di cui soffre circa il 40% della popolazione italiana) e tra queste delle multi cronicità;
- l'ampliamento della ricerca medica e dell'applicazione delle nuove tecnologie in medicina, a cui si affiancano nuove specializzazioni anche in relazione alla evoluzione della consapevolezza dell'impatto della medicina di genere, determinano nuovi scenari e soprattutto costi sanitari in crescita esponenziale, sia a livello di prevenzione che di cura.
- Una disomogeneità di assistenza sanitaria ai cittadini per effetto della regionalizzazione dei relativi servizi con effetti diversificati sul ricorso alla sanità privata e la tendenza alla emigrazione per la cura.

Non si ritiene di dover discutere sul principio della universalità della sanità pubblica, ma è di evidenza generalizzata la circostanza che al di là del diritto alle cure per ogni cittadino italiano e all'innalzamento nel tempo dei LEA, si è assistito negli anni a una ridotta capacità di garantire adeguati, uniformi e soprattutto tempestivi livelli di assistenza pubblica sul nostro territorio. Queste le principali cause del sempre più elevato ricorso da parte dei cittadini all'assistenza privata, a cui si aggiunge spesso l'impossibilità di non poter "scegliere" il professionista dal quale essere seguito.

Pertanto la distinzione tra assistenza integrativa e sostitutiva rischia di essere un principio nominalistico difficilmente inquadrabile a seconda delle prestazioni richieste ed erogate. A ciò si aggiunge il preoccupante segnale della carenza di cure dentarie, attesa la bassa rilevanza di LEA garantiti dal SSN al riguardo e la prevalente esclusione delle coperture da parte delle polizze assicurative individuali.

Certamente in Italia la spesa sanitaria privata cosiddetta out of pocket (ovvero al di fuori di strumenti integrativi collettivi o di coperture individuali) risulta tra le più alte in Europa, a segnalare una vera criticità del principio del diritto universale alle cure a cui si accompagna una difficoltà di accesso a sistemi complementari, con evidente squilibrio a svantaggio delle fasce socialmente più deboli; scenario destinato a peggiorare progressivamente con l'invecchiamento della popolazione e la mancanza di stabilità lavorativa per ampie fasce di popolazione. Da qui in avanti dunque si parlerà di sanità complementare come principio generale di secondo pilastro, senza distinzione tra approcci integrativi ovvero sostitutivi del SSN.

SANITA' COMPLEMENTARE INDIVIDUALE E COLLETTIVA: UNA DISPARITA' INSPIEGABILE



COMUNICATO STAMPA

Lo scenario descritto sopra deve far riflettere rispetto alle scelte di politica economica con riferimento ai sistemi di incentivazione per lo sviluppo di programmi di assistenza sanitaria e welfare sia per collettività chiuse (casce e fondi sanitari) sia per individui che non possono contare su sistemi collettivi. In sintesi, occorre definire un perimetro di assistenza sanitaria complementare che, indipendentemente da meccanismi di adesione collettiva o individuale, consenta analoghi presidi di continuità delle garanzie promesse, anche nel caso di sopraggiunte patologie, e i medesimi vantaggi fiscali. D'altra parte alcune scelte fiscali correlate alle politiche sul lavoro incentivano a vari livelli il ricorso a prestazioni autonome che per definizione non beneficiano di programmi collettivi di welfare e pertanto devono poter contare su analoghi vantaggi fiscali in caso di autonoma previdenza al riguardo.

LA NECESSITA' DI CREARE UN SECONDO PILASTRO APERTO A TUTTI

Un secondo pilastro aperto a tutti alle medesime condizioni, deve tenere conto di garantire a livello pubblico le fasce di popolazione più fragile, con opportuni meccanismi fiscali secondo criteri di finanziamento della spesa pubblica (quali ad esempio un sistema di ticket sanitari con maggiore progressività e/o sistemi di esenzione dai ticket per fasce di popolazione più ampie rispetto alle attuali).

Occorre qui ricordare come già nel 1992 era stata sostanzialmente prevista la parallela creazione di un sistema di previdenza complementare sotto il profilo pensionistico e di un sistema di assistenza complementare in ambito sanitario. Ma, se il secondo pilastro di natura previdenziale ha visto la effettiva realizzazione attraverso una forte attività legislativa, il tema della assistenza sanitaria è rimasto quasi del tutto inattuato o, peggio ancora, regolamentato in modo incompiuto ed a nostro avviso anche incoerente.

MODULARE UN SISTEMA COMPLESSIVO DI INTEGRAZIONE, NON SOLO RISERVATO A COMPLETARE I LEA MA VALIDO PER QUALSIASI PRESTAZIONE

La situazione attuale presenta dunque una importante distonia tra le forme di sanità integrativa individuale e collettiva.

Si propone infatti il duplice modello di ente sanitario, ovvero da una parte, a livello individuale, i fondi sanitari integrativi del servizio sanitario istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del D. Lgs. 502/1992 (e successive modifiche) e dall'altra, a livello collettivo, enti quali Fondi, Casse, Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, riconducendo – in una prospettiva fiscale – il primo modello all'operatività dell'articolo 10 del T.U.I.R. e il secondo a quella dell'articolo 51 comma 2 lett. a. È interessante notare come la stessa Anagrafe dei Fondi sia strutturata in due sezioni che riproducono appunto tale differenza.

Tra le altre cose si coglie qui l'occasione per evidenziare che sarebbe auspicabile che l'Anagrafe dei Fondi rispondesse anche ad uno dei caratteri tipici delle Anagrafi, e cioè quella di essere consultabile (situazione ad oggi preclusa persino agli Iscritti all'Anagrafe stessa).

Per quanto riguarda le possibili prestazioni delle due forme, i primi sono aperti a tutti i cittadini italiani ma possono fornire esclusivamente prestazioni integrative ai L.E.A., mentre i secondi erogano coperture e rimborsi sia di natura integrativa che sostitutiva, essendo però destinati alla più ridotta (seppur consistente) platea dei lavoratori che dispongono di redditi da lavoro Dipendente o redditi assimilati. Da una parte, aperta a tutti, quindi una forte ed a nostro avviso esagerata limitazione di impegni prestazionali, dall'altra la possibilità di avere rimborsi per spese sanitarie di vario tipo, anche in sostituzione di quelle già previste dal S.S.N. ma solo per i Lavoratori Dipendenti ed a quelli a loro assimilati.



COMUNICATO STAMPA

Non si comprende appieno la ragione a monte di questa differenziazione se non, forse, a causa di una legislazione formatasi per stratificazione che non ha poi mai raggiunto quel livello di organicità che ogni modifica si riprometteva di configurare. Ciò costituisce a nostro avviso un forte disincentivo all'accesso alla sanità integrativa a livello individuale e che proponiamo quindi di voler quanto prima superare, ribadendo quindi il concetto già espresso in base al quale la sanità complementare deve essere inquadrata come principio generale di secondo pilastro, senza distinzione tra approcci integrativi ovvero sostitutivi del SSN.

REGOLE DI ACCESSO E DI NATURA FISCALE OMOGENEE PER QUALSIASI PLAYER

L'infelice scelta apportata con il D.M. "Sacconi" di ricondurre sotto la medesima definizione di "fondi sanitari" enti che per caratteristiche, finalità, struttura e normativa di riferimento sono fra loro oggettivamente diversi ha poi contribuito a creare ampi dubbi sulla corretta applicazione delle regole di settore in tema di deducibilità fiscale dei contributi.

In un'ottica fiscale, è condivisibile che l'Agenzia delle Entrate indentifichi un diverso livello di deducibilità dei contributi basato sulla diversità delle varie figure (Lavoratori Dipendenti, Lavoratori Autonomi, Professionisti, Casalinghe etc. etc.).

Occorre però annotare che, mentre a livello di Fondi Collettivi molto si è sviluppato, anche attraverso la contrattazione nazionale ed interaziendale, d'altro canto la concreta operatività dei Fondi Sanitari Individuali risulta quasi inutilizzata stanti le differenze prestazionali di cui sopra e contemporaneamente la mancata emanazione della regolamentazione di secondo livello della c.d. "Riforma Bindi" (D. Lgs. 229/99) nonché l'intervento deficitario portato dal complesso normativo oggi in vigore, legge 244/2007, D.M. "Turco" e D. M. "Sacconi".

Ne deriva una evidente sperequazione che potrà essere superata solo parificando le due normative e consentendo quindi una piena operatività dei Fondi Sanitari Individuali istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del D. Lgs. 502/1992 secondo lo stesso perimetro, di prestazioni e di vantaggi fiscali, rispetto a quanto previsto per il reddito da lavoro Dipendente nel comma 2 – lett. a – dell'art. 51 del T.U.I.R.

APPROFONDIMENTO SULLA SANITA' INTEGRATIVA COLLETTIVA, DOVE MAGGIORMENTE OPERANO I BROKER

Preso atto della necessità di intervenire sulla impostazione complessiva del settore, emerge chiaramente dai dati esposti e dalle problematiche evidenziate che comunque ad oggi l'ambito della sanità integrativa riguardi in particolar modo le collettività.

In questo ambito è rilevante il ruolo svolto e l'esperienza maturata dai Broker di Assicurazione, a vario titolo rispetto alle specifiche esigenze che sono venute a crearsi. Sotto questo profilo riteniamo doveroso svolgere un approfondimento su capacità, potenzialità e criticità delle varie formulazioni e dei diversi approcci che il mondo del brokeraggio riscontra nelle prestazioni di sanità integrativa erogate da Fondi, Casse e Società di Mutuo Soccorso.

IMPORTANZA DEL SETTORE ASSICURATIVO COME GARANZIA DEL FUNZIONAMENTO E DELLA TENUTA DI FONDI, CASSE E MUTUE

Secondo una indagine condotta dal Censis nel 2018, l'84% dei Fondi sanitari e delle Casse di assistenza ricorre alla copertura assicurativa per garantire sostenibilità nel tempo alle prestazioni promesse. Diversa la situazione per quanto riguarda le mutue di soccorso, che ricorrono marginalmente alla copertura assicurativa. Nulla esclude che nel tempo, attraverso idonei meccanismi di analisi dei rischi e di impostazione di un data set



COMUNICATO STAMPA

analitico e robusto delle prestazioni erogate, i Fondi e le Casse possano ridurre il ricorso all'esperienza assicurativa per la gestione in autoassicurazione dei rischi sanitari. Ciò tuttavia prevedendo alcuni presidi indispensabili, quali:

- l'esperienza attuariale necessaria per la corretta gestione dei rischi nel tempo in ottica di adeguamento progressivo e costante dei contributi necessari per mantenere in equilibrio il bilancio tecnico di un istituto di assistenza sanitaria, procedendo ad assicurare eventuali punte di rischio che possano compromettere la sostenibilità di medio lungo termine dell'impianto assistenziale promesso;
- la costituzione e commisurazione di idonee riserve patrimoniali libere da impegni sulle quali definire strategie di investimento la cui complessità risulta semplificata rispetto ad analoghi presidi relativi a fondi previdenziali, atteso il ridotto orizzonte temporale e la tendenza alla gestione delle prestazioni sotto forma di servizi agli associati in convenzionamento diretto;
- una gestione efficiente ed industriale della relazione con l'assistito e i differenti centri di cura per garantire idonei livelli di servizio, spesso codificati nell'ambito delle relazioni tra le fonti istitutive.

LA NECESSITA' DI TUTELARE GLI ASSISTITI ATTRAVERSO UN SISTEMA ISPIRATO A REGOLE ASSICURATIVE RISPETTO A QUELLO PURAMENTE MUTUALISTICO AD OGGI DEREGOLAMENTATO

Certamente non sembra né equo per gli operatori né auspicabile per gli interessi degli assistiti il permanere dell'attuale situazione di sperequazione tra istituzioni regolamentate e altre totalmente deregolamentate quali il settore delle mutue di soccorso, soprattutto quando queste ultime non ricorrono in alcuna misura ad una protezione assicurativa per garantire prestazioni in linea con quanto promesso nonché la prosecuzione nel tempo dell'attività.

Al fine di tutelare i cittadini nella scelta consapevole di quanto acquistato è necessario che siano definiti presidi minimi, regole certe ed equilibrate e un linguaggio non equivoco in modo da differenziare ciò che ha garanzia assicurativa con i relativi presidi di tutela e ciò che assicurativo non è, imponendo in ogni caso un adeguato sistema di vigilanza del comparto da assegnare ad un'Autorità finanziaria già esperta e competente.

Autorità che deve avere anche il compito di una divulgazione culturale in ambito di assistenza sanitaria integrativa per garantire certezza della prestazione e trasparenza di condizioni che non possono essere relegate al gergo di ogni singolo Ente o Fondo. Si pensi all'importanza del linguaggio dove oggi la stessa fattispecie viene ad esempio denominata rimborso, prestazione, copertura, sussidio nelle definizioni di Casse, Fondi, Società di Mutuo Soccorso o Compagnie di Assicurazione.

LE CRITICITA' DEL SETTORE ASSICURATIVO E RUOLO DELL'IVASS: EROGAZIONE DI SERVIZI QUALITATIVAMENTE ADEGUATI, EVOLUZIONE DELLE PRESTAZIONI, TUTELA DELLA POPOLAZIONE PIU' ANZIANA

L'utilità di ricorrere a coperture assicurative a sostegno delle prestazioni fornite dagli Enti di assistenza sanitaria non deve far passare in secondo piano che un complessivo riordino delle normative preveda un più efficace controllo sulle attività delle Imprese di Assicurazione in questo specifico settore. Non è certamente un caso se nella recente relazione svolta dal Presidente di Ivass, Dott. Fabio Panetta si sia data evidenza della problematica e si ritenga necessario rafforzare trasparenza e chiarezza dei contratti sulle prestazioni sanitarie, da chiunque offerti. Si tratta di un tema delicato con importanti implicazioni, anche sociali. Il settore del brokeraggio assicurativo non vuole chiudere gli occhi di fronte a questi temi, pur riconoscendo una significativa crescita



COMUNICATO STAMPA

nell'organizzazione di molte Imprese Assicuratrici che affrontano il delicato settore della sanità.

Le attenzioni e le aspettative riguardano alcuni elementi fondamentali:

- a) In primo luogo occorre sottolineare come, a fianco della Compagnia, operino ormai da anni in questo settore Provider dedicati, che divengono i veri erogatori delle prestazioni e nella pratica fanno passare la Compagnia Assicuratrice in secondo piano. I Provider possono essere Terze Parti rispetto alla Impresa oppure possono essere direttamente controllati e gestiti dalle Imprese: a nostro avviso l'elemento rilevante è dato dal fatto che è lecito e doveroso attendersi un complessivo miglioramento nella qualità del servizio e che la vigilanza su questi Soggetti dovrà nel tempo divenire più stringente.

Le attività che meritano di essere valutate per poter dare un giudizio sull'operato dei Provider dovrebbero essere indicativamente le seguenti:

- attività tecniche, liquidative ed amministrative che prevedono ad esempio la definizione e l'aggiornamento del nomenclatore e cioè dell'elenco delle prestazioni per le quali è riconosciuto un rimborso;
- la stipulazione di convenzioni con le Aziende Sanitarie e i Professionisti che prestano i servizi sanitari; - l'assistenza alle persone interessate ad iscriversi e a chi è già iscritto;
- la gestione del processo di liquidazione dei rimborsi a Strutture Sanitarie e Professionisti (nel caso di convenzionamento diretto) o agli Iscritti (nel caso di convenzionamento indiretto);
- il monitoraggio della qualità e dell'appropriatezza delle Strutture Sanitarie e Professionisti facenti parte del network, nonché delle prestazioni sanitarie rese agli iscritti;
- la precisione, la tempestività e la correttezza nel fornire dati, statistiche, report al mercato riassicurativo, assicurativo ed ai Contraenti, per favorire una concorrenza seria e fondata su basi tecniche.

È fondamentale che i Provider e le Imprese che non sono in grado di sviluppare in modo continuo ed efficace questi servizi debbano essere messe ai margini del settore;

b) L'altro versante su cui è opportuno che le Imprese di assicurazione proponano elementi di sviluppo ed innovazione riguarda le soluzioni e le proposte per la sanità integrativa. Sarà infatti indispensabile uno scatto in avanti per uscire dalle opzioni più tradizionali delle classiche polizze malattia, poiché nel caso particolare si affiancano aspetti di valenza sociale differente e più alta. In altre parole, le Imprese che vorranno partecipare alla sanità integrativa dovranno proporre coperture che consentano l'accesso ad alcuni servizi di base a costi molto contenuti ma soprattutto dovranno strutturare piani di prestazioni che si rivolgano ai temi della perdita della autosufficienza e della età avanzata in modo più convincente e concreto rispetto a quello che avviene oggi. E' certamente in atto uno sforzo non indifferente in questo senso e molte Imprese stanno cercando nuove vie, anche grazie ad investimenti di natura tecnologica in materia, ma è necessario che questi obiettivi vengano perseguiti con maggiore determinazione. Tutto questo anche per sfatare il concetto che le Imprese di assicurazione, Aziende tipicamente profit, non possano concorrere positivamente in un ambito no profit come quello della sanità integrativa. In ogni caso resta fondamentale la vigilanza dell'Ivass su questo aspetto, ricordando che naturalmente innovazione e sviluppo non potranno mai andare a detrimento della solidità delle Imprese, che dovranno quindi praticare concetti di pricing che siano adeguati sia sotto il profilo della sostenibilità sia sotto il profilo della facilitazione all'accesso, evitando di conseguenza attività di dumping o, al contrario, di eccessivo margine.



COMUNICATO STAMPA

LA FUNZIONE DEL BROKER QUALE CANALE DISTRIBUTIVO E DI CONTROLLO DELLA SANITA' INTEGRATIVA E LA DISPONIBILITA' A COLLABORARE PER TROVARE UN NUOVO E PIU' EFFICACE ASSETTO NORMATIVO.

Sulla base di queste premesse il mondo del brokeraggio assicurativo, qui presente nella sua massima rappresentanza (pari a circa l'80% del fatturato complessivo del settore), intende offrire un pieno contributo allo sviluppo ed al miglioramento dei programmi di assistenza sanitaria integrativa.

I punti da noi ritenuti fondamentali sono così riassumibili:

- Creazione di un secondo pilastro di assistenza sanitaria complementare, uniforme ed accessibile a tutti i cittadini italiani;
- All'interno di questo pilastro, abbattimento della divisione tra Fondi Collettivi e Fondi Individuali, rendendo omogenee le regole di ingresso e superando la distinzione e la limitazione tra prestazioni integrative e sostitutive;
- Realizzazione di un sistema fiscale incentivante all'ingresso nella sanità integrativa ed identico sia per accessi collettivi che individuali;
- Conferma della importanza della partecipazione al settore delle Imprese di Assicurazione, nella considerazione che esse rappresentano un mondo rigidamente regolamentato mentre altre forme di erogazione e distribuzione sono oggi prive di una seria ed efficace regolamentazione, a partire dal mondo delle Società di Mutuo Soccorso. Ciò è indispensabile per garantire a tutti gli assistiti la certezza e l'adeguatezza della prestazione non sempre oggi garantita al di fuori della gestione assicurata;
- Ne scaturisce la necessità di una sostanziale revisione delle norme da applicarsi ai vari Partecipanti, per consentire a tutti di attenersi ad un piano regolamentare unico e coerente, a differenza di quanto avviene oggi;
- Per migliorare il coefficiente di trasparenza, rendere accessibile e consultabile l'Anagrafe dei Fondi gestita dal Ministero della Salute;
- Infine, restando nell'ambito della situazione attuale e con particolare riguardo a Fondi, Casse e Mutue che operano in modo collettivo ai sensi dell'art. 51 comma 2 lett. a) del T.U.I.R., la sollecitazione alla massima determinazione dei Soggetti Erogatori di un miglioramento della qualità dei servizi e di una progettazione di prodotto sostenibile ed innovativa, nell'ambito di un controllo che spetti totalmente all'Ivass.

Nell'auspicio che queste nostre siano state di qualche utilità al complesso lavoro che viene portato avanti dalla Commissione, il mondo del Brokeraggio coglie l'occasione per rafforzare la determinazione a contribuire allo sviluppo di un modello di sanità integrativa che consenta di migliorare il quadro attuale e per ringraziare della opportunità di esporre le nostre considerazioni che ci è stata concessa.

Roma, 24 luglio 2019

Per ulteriori informazioni: [AIBA PRESS OFFICE](#)

Mymediarelation Srl
Via Emilio Motta, 17
20144 Milano

Vincenzo Giudice
Mobile +39.342.719.55.17
giudice@mymediarelation.it

Marco Messori
Mobile +39.335.598.58.09
messori@mymediarelation.it