

NUMERO 2 ANNO 2
MAGGIO 2021 - EDIZIONE ONLINE

SANITÀ COMPLEMENTARE

Collana di approfondimento
della Rivista LavoroWelfare Online



Pandemie e ruolo dell'assistenza sanitaria complementare

A CURA DI



LABORES
CESARE DAMIANO

Pandemie e ruolo dell'assistenza sanitaria complementare

Indice

I tre grandi temi per lo sviluppo della sanità complementare Cesare Damiano,	3
Welfare secondario: un panorama Piero Pessa	6
Il processo di selezione del gestore assicurativo Paolo De Angelis, Nino Savelli	10
Assicurazioni e prevenzione: un approccio ancora primordiale Luca Franzì De Luca.....	13
Ridisegnare il sistema-salute Fiammetta Fabris.....	15
L'Assistenza sanitaria complementare nel post Covid Marco Vecchiotti	17
Le tre "S" della buona sanità complementare Roberto Toigo.....	20
Secondo pilastro: come costruire l'integrazione della Sanità Pubblica Maria Giovannone e Veronica Verzulli.....	22
Fondo Fass: rinsaldare l'alleanza tra imprese e lavoro Vittorio Codeluppi	26
SanARCom: Il Pilastro bilaterale di Cifa e Confsal Salvatore Vigorini.....	28
Progettare le nuove modalità di servizio Francesco Matteoli	30
Il rapporto tra fondi sanitari e Ssn Stefano Ronchi.....	33



Aggiornato al
01/05/2021
Coordinamento editoriale: Luciana Dalu e Vittorio Liuzzi
Progetto grafico: Mattia Gabriele

I tre grandi temi per lo sviluppo della sanità complementare

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

La rivista, giunta al secondo numero dopo il debutto dello scorso anno, accompagnato da due webinar tenuti nel mese di ottobre ai quali hanno partecipato i principali attori di livello nazionale che si occupano di questa materia, si propone di promuovere un'iniziativa di ricerca, di studio e di approfondimento sul tema della sanità complementare in un'ottica di incontro tra pubblico e privato.

Per quello che ci riguarda, noi ribadiamo con grande forza la centralità del sistema sanitario pubblico, perché crediamo profondamente alle cosiddette infrastrutture sociali. E comprendiamo, soprattutto in un momento dominato dalla crisi pandemica, che per affrontare questa situazione sia necessario preparare una transizione dell'Italia, dell'Europa, direi del mondo globalizzato, verso un nuovo modello di sviluppo e verso un nuovo modello sociale.

Noi ci collochiamo in questa transizione. È una transizione ecologica, che prevede un nuovo assetto delle produzioni per salvare il mondo. È una transizione infrastrutturale che prevede di dedicare grandi risorse, con un'ottica Keynesiana, alle infrastrutture di carattere materiale, come ponti, gallerie, strade e autostrade, o alla prevenzione del dissesto idrogeologico che periodicamente colpisce molte regioni d'Italia. Ma anche alle infrastrutture di carattere immateriale come la banda larga o la digitalizzazione dei sistemi produttivi. Infine, allo sviluppo delle sempre più necessarie infrastrutture di natura sociale. Intendendo per questo l'infrastruttura previdenziale, sanitaria, assistenziale.

Il ridisegno del paradigma dello sviluppo sta alla base del nostro ragionamento e in esso noi vediamo la necessità di rinsaldare una forte alleanza tra pubblico e privato sul terreno dello Stato

Sociale. C'è bisogno, a nostro avviso, di interrompere quel "ritiro dello Stato" dall'economia, in primo luogo come regolatore e, poi, come stimolatore di processi, che ha dominato i decenni del neo-liberismo. Perché, se dovessimo tornare all'antica contrapposizione pubblico-privato o alle teorie deliranti della deregulation, non riusciremmo ad affrontare una situazione così grave e intensa proprio attraverso l'innovazione e la modernizzazione promosse, ad esempio, dall'Unione Europea. Quindi, dobbiamo innovare il nostro punto di vista culturale, il nostro punto di vista politico e il nostro punto di vista sociale.

Quando parliamo di alleanza pubblico-privato, lo diciamo anche per quanto riguarda il campo sanitario. La priorità della Sanità pubblica, la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), sono, per noi, punti di riferimento essenziali che, sulla base delle previsioni costituzionali, devono garantire a tutti i cittadini, indistintamente, le protezioni di base per una vita serena e in salute. Ma, al tempo stesso, noi pensiamo che l'iniziativa privata, come quella che si sta delineando da anni, sempre sul tema della sanità, costituita dai fondi contrattuali o da quelli non contrattuali, dalle assicurazioni di carattere individuale a disposizione dei cittadini - che non si sovrapponga a quelle che sono le erogazioni di base ma che vada oltre queste ultime - possa essere uno strumento di grande utilità. Soprattutto, considerato quello che sarà il prossimo futuro: l'uscita dalla crisi dell'economia, l'andamento del mercato del lavoro e dei tassi di disoccupazione, il prevalere, purtroppo, nelle nuove assunzioni della precarietà, l'invecchiamento tendenziale della popolazione, l'esigenza di avere un'assistenza di cura, soprattutto per le persone che arrivano a un'età avanzata, per i disabili, per le famiglie fragili, impongono la revisione, anche da questo punto di vista, degli interventi. Nel senso che è evidente che non possiamo chiudere gli occhi - lo mostra l'analisi di Piero Pessa che apre questo numero - di fronte al fatto che il cosiddetto welfare secondario, ormai, coinvolge quasi venti milioni di cittadini italiani, attraverso sia gli interventi di natura contrattuale, sia quelli di natura individuale.

Quali sono i problemi? Chi sostiene che esista un rischio nel favorire la sanità complementare, ossia il pericolo di mettere in discussione il sistema pubblico, va ascoltato. Anche se questo concetto non va esasperato. Va ascoltato perché insistiamo sulla necessità di distinzione dell'intervento. E ci si deve porre un problema: quello di chi può avvalersi di una protezione complementare - non è un caso che utilizziamo questa parola - e di chi, al contrario non può farlo. Un rischio esiste: che coloro - lavoratori dipendenti, liberi professionisti - che praticano un lavoro stabile a tempo indeterminato, da una parte, o una professione con reddito adeguato, dall'altra - possono avvalersi, attraverso i fondi contrattuali o quelli professionali di ulteriori tutele, le quali sono direttamente correlate alla sicurezza sul lavoro o alla ricchezza della prestazione professionale. Protezioni che sono, invece, negate a chi non gode di simili condizioni. Pensiamo, in questo senso, a una larga schiera crescente di soggetti fragili nel mercato del lavoro. Siano essi, come abbiamo visto nei recenti dati Istat, le donne e i giovani del lavoro intermittente, part-time, fragile.

Quindi, i temi che noi poniamo con questa rivista e con i webinar che abbiamo intenzione di tenere anche nel corso del 2021, sono i seguenti. Il primo: noi riteniamo assolutamente indispensabile dotare il sistema della sanità complemen-

tare di uno sfondo legislativo analogo a quello che si produsse - all'inizio degli anni 90 del secolo scorso - per quanto riguarda la previdenza complementare. Oggi siamo nella "terra di nessuno", in una selva di regole. Facciamo presente, ad esempio, che i fondi contrattuali sono soltanto tenuti a fornire i loro bilanci al Ministero della Salute. Bilanci che non vengono resi pubblici. Quindi, una legislazione che dia uno sfondo regolatorio - non vessatorio - che favorisca lo sviluppo di questa potenzialità, è assolutamente necessaria.

Il secondo tema che poniamo è che è necessario, proprio per quanto affermato sopra, esercitare un'attenzione verso il cosiddetto "lavoro fragile". Quindi, si pone un interrogativo: i grandi fondi contrattuali possono prevedere di accantonare una quota delle loro risorse per costruire elementi di protezione di base in favore di coloro che non possono disporre di un lavoro continuativo e sono confinati fuori dal circuito del lavoro stabile? Si tratta di perseguire un grande obiettivo: nell'epoca della frammentazione del lavoro, a fronte di una discontinuità della prestazione che ti condanna ad essere un working poor e, perciò, a diventare un pensionato povero e poco assistito, possiamo immaginare di accompagnare alla *discontinuità del lavoro* la *continuità delle tutele*?

La terza questione, che sorge a fronte della pandemia, è quale ruolo di moral suasion o di intervento possono svolgere i fondi e le grandi compagnie di assicurazione a supporto dei propri iscritti. Ad esempio, per garantire la vaccinazione, l'assistenza, la cura, gli strumenti di base - il tampone, la mascherina, il gel, il sanificatore - per creare quell'ambiente in grado di tutelare la salute. Quindi, l'espressione di una vocazione solidale che si esprima a fianco di quella che deve essere la giusta attenzione all'equilibrio di bilancio. E perciò, lo sviluppo di una robusta attività di comunicazione sulla prevenzione nel campo della salute.

Questi sono i grandi temi che affronteremo nel tempo. Questo numero di Sanità Complementare si apre con il panorama del settore disegnato minuziosamente dal nostro ricercatore Piero Pessa. Paolo De Angelis e Nino Savelli approfondiscono un aspetto delicato per la gestione di un fondo sanitario: la selezione del gestore assicurativo. Luca Franzì De Luca mette in luce i progressi necessari nell'approccio alla prevenzione del settore assicurativo. Fiammetta Fabris esamina le condizioni di un ridisegno del sistema-salute. Marco Vecchiotti delinea le necessità di sviluppo delle prestazioni di sanità complementare a seguito della pandemia dal punto di vista di un fondo assicurativo. Roberto Toigo ci racconta quanto appreso da un grande fondo attraverso l'esperienza della lotta al Covid-19. Maria Giovannone e Veronica Verzulli illustrano la cornice giurisprudenziale per la costruzione del secondo pilastro. Salvatore Vigorini disegna la visione di un fondo bilaterale. Francesco Matteoli presenta le nuove modalità di servizio elaborate dal fondo dei giornalisti nel fronteggiare la pandemia a fianco del Sistema Sanitario Nazionale. Stefano Ronchi illustra la funzione virtuosa di sostegno al Servizio Sanitario Nazionale che può essere svolta dai fondi.

Buona Lettura.

Welfare Secondario: un panorama

Negli ultimi trent'anni, il processo legislativo ha aperto nuovi spazi di contrattazione e collaborazione tra le parti sociali, portando a una grande espansione del welfare secondario e anche a un cambiamento delle relazioni sindacali. In questo ambito si possono elencare, tra i principali ambiti di tale espansione, la previdenza complementare, la formazione continua, l'assistenza integrativa sanitaria, le misure di sostegno al reddito.

Cui si aggiungono anche servizi destinati ad altri bisogni sociali, come l'istruzione e l'educazione, la cura dell'infanzia, la non autosufficienza, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Così come le attività ricreative, sportive o la pratica religiosa.

Come è stato già detto, la legislazione è intervenuta, in questi ambiti, non solo nel riconoscere queste nuove forme di welfare, ma anche stabilendo nuove formule di contribuzione per gli enti che erogano formazione o sostegno al reddito; oppure eliminando il carico fiscale sui contributi versati a favore dei fondi che erogano previdenza complementare e servizi di integrazione sanitaria, nonché nella trasformazione del Premio di Risultato in servizi di welfare, con notevoli vantaggi per i lavoratori e le imprese.

Si deve, tuttavia, annotare che il processo di espansione del welfare secondario è stato accompagnato da un dibattito acceso, sia con opinioni favorevoli che contrarie. Tra i favorevoli ovviamente ci sono, con qualche distinguo, le organizzazioni sindacali e datoriali che con i loro accordi hanno, nei fatti, determinato il processo di espansione. A questi si può aggiungere la voce della Chiesa cattolica che, tramite l'autorevole in-

**Piero Pessa è ricercatore
presso il Centro Studi
di Lavoro&Welfare**

tervento di Papa Bergoglio (Il Sole-24 Ore del 7 settembre 2018), ha citato il welfare aziendale come un elemento importante per mettere al centro la persona e per lo sviluppo equilibrato della società.

Tra le opinioni critiche si può inserire chi segnala gli eccessivi costi per lo Stato per effetto degli sgravi contributivi e fiscali (Marco Ruffolo su Affari&Finanza de La Repubblica del 22 luglio 2019), ma anche le critiche del Presidente del Cnel, Tiziano Treu, sulla scarsa qualità di alcuni servizi, o perlomeno sul fatto che lo Stato finanzia, allo stesso modo, servizi che hanno un valore molto diverso sul piano sociale.

Ancor più pesanti sono le critiche che sostengono una correlazione tra l'espansione del welfare secondario e il ridimensionamento di quello pubblico: in altre parole, l'espansione dell'uno favorisce il ridimensionamento dell'altro.

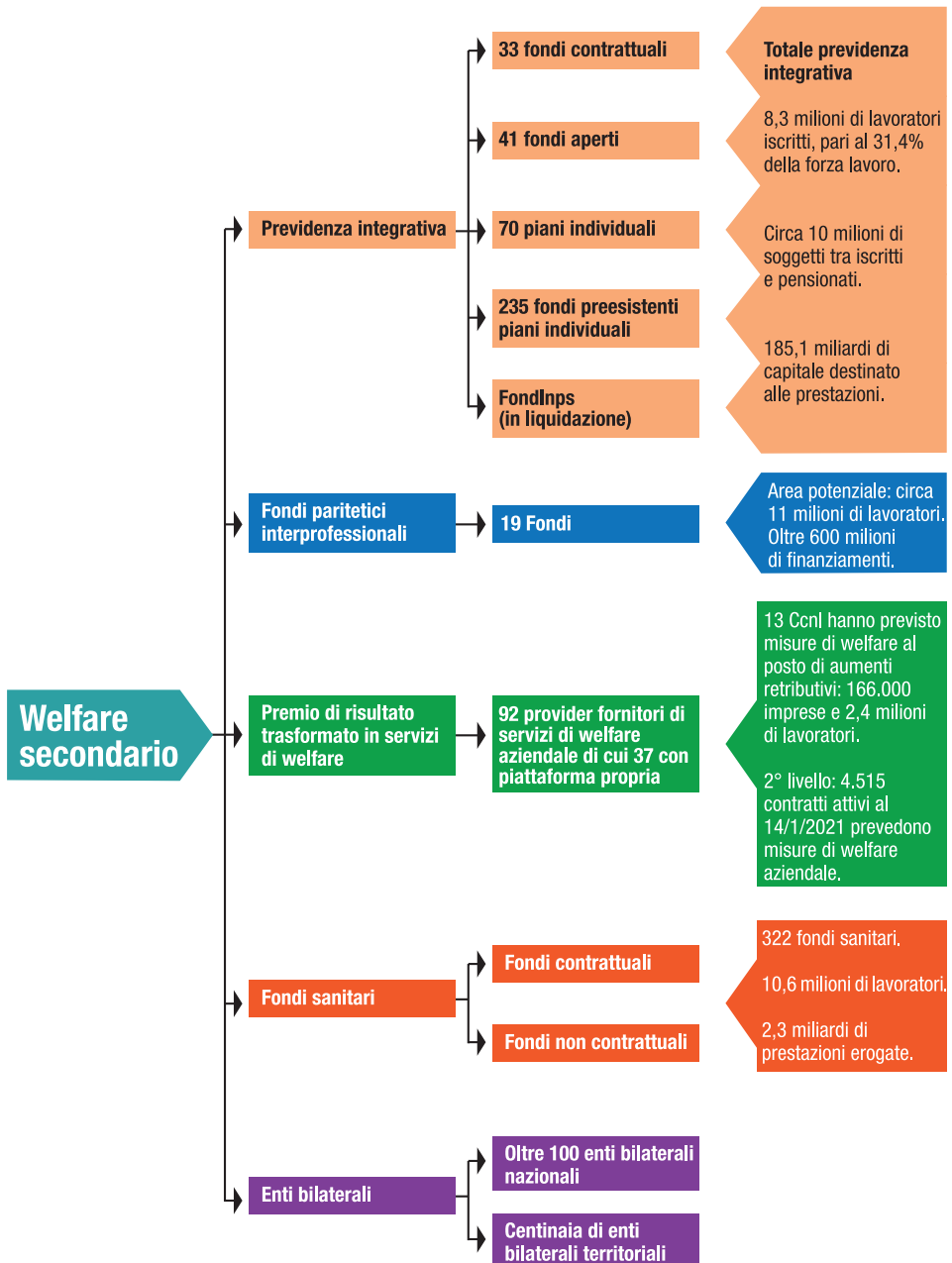
Si può obiettare a questa critica che i dati Istat dimostrano come la spesa per la protezione sociale sia aumentata in questi ultimi trenta anni (La protezione sociale in Italia e in Europa - 28 aprile 2020); tuttavia, si deve citare la dettagliata analisi contenuta nel Rapporto sulla Sanità Integrativa della Fondazione Gimbe del gennaio 2019, che asserisce come l'espansione di questo welfare secondario sia, assieme ad altri fattori, una delle macro-determinanti della crisi di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Critico è anche l'autorevole giudizio del Senato della Repubblica contenuto nel Documento approvato dalla XII Commissione permanente (Igiene e Sanità), nella seduta del 10 gennaio 2018, a conclusione di un'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

Indubbiamente il sostegno alla contrattazione sindacale, anche attraverso gli sgravi contributivi e fiscali, è un elemento che favorisce la coesione sociale, ma si deve rilevare il rischio che il welfare secondario, per sua natura, riguardi solamente una parte della popolazione e nemmeno tutti i lavoratori, in genere il lavoratori contrattualmente più forti. Il rischio è di utilizzare risorse dello Stato, tramite gli sgravi, che accentuano le diseguaglianze tra i diversi ceti sociali.

Per questi motivi si deve probabilmente ripensare, sulla base di un'esperienza ormai cospicua, al sistema complessivo del welfare secondario, allo scopo di farne un sistema più allargato e inclusivo.

Lo schema nella pagina seguente, con dati aggiornati a gennaio 2021, illustra in modo sintetico la grande espansione del welfare secondario per i lavoratori. Come si può osservare si tratta di un fenomeno che implica dimensioni e risorse finanziarie piuttosto cospicue e, come dimostrano i dati a disposizione, in progressiva crescita nel corso del tempo.

Schema di sintesi:



I fondi sanitari

Un'altra area del welfare secondario che si sta espandendo è quella dei Fondi di assistenza sanitaria. Questi, per aver diritto alle agevolazioni fiscali previste dalla legge, devono essere iscritti all'Anagrafe dei Fondi Sanitari, istituita dal Ministero della Salute con il decreto ministeriale 31 marzo 2008. L'iscrizione comunque è volontaria. Svolgono attività di assistenza sanitaria integrativa offrendo ai lavoratori, in alcuni casi anche ai loro familiari, servizi sanitari o una copertura totale o parziale delle spese sostenute per le prestazioni mediche.

Nel corso di questi ultimi anni in molti Ccnl è stata concordata l'istituzione di fondi sanitari di categoria, normalmente costituiti con i contributi dei lavoratori che vi aderiscono e con i contributi delle aziende. In alcuni casi solo con i contributi delle aziende. Questi fondi contrattuali, di più recente costituzione, si aggiungono a un insieme di fondi preesistenti costituiti dalle singole aziende come benefit per i propri dipendenti oppure da associazioni, società di mutuo soccorso, oltre a quelli offerti dalle compagnie assicurative.

Dal punto di vista legislativo la normativa distingue diverse fattispecie di enti. In particolare, suddivide tra Fondi Sanitari Integrativi al Servizio Sanitario Nazionale ed enti, casse e società di mutuo soccorso con fini assistenziali. I primi devono erogare prestazioni non comprese nei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza), mentre i secondi possono erogare servizi compresi nei Lea, anche se devono garantire che una determinata quota di risorse (almeno il 20%) siano destinati a prestazioni extra-Lea.

Complessivamente, il rapporto sull'Anagrafe Fondi Sanitari del Ministero della Salute del novembre 2018 certifica che, nel 2017, i fondi iscritti sono 322 (erano 267 nel 2010) a cui aderiscono 10,6 milioni di iscritti. Le prestazioni erogate assommano a circa 2,3 miliardi di euro. Il 73% degli iscritti sono lavoratori, il 5% pensionati e il 22% familiari di lavoratori o pensionati. Si può stimare che circa l'80% degli iscritti siano lavoratori che aderiscono a questi fondi sulla base di contratti tra le parti sociali.

Si deve aggiungere che, dopo il 2017, altri fondi sono stati costituiti come, ad esempio, il Fass e il SanARcom, concordati tra il sindacato autonomo Confasal e le organizzazioni imprenditoriali Sistema Impresa e Cifa.

Il processo di selezione del gestore assicurativo

Il processo di selezione del gestore assicurativo rappresenta una fase particolarmente delicata nella gestione di un fondo sanitario; infatti, dalla scelta della compagnia di assicurazione discendono per il fondo sanitario e in particolare, per l'organismo di *governance*, responsabilità morali nei confronti della collettività assicurata, in ragione della qualità del servizio garantito, della specializzazione della rete convenzionata, della sua capillarizzazione territoriale e del grado di specializzazione delle strutture e dei professionisti sanitari in queste operativi.

Il tema della selezione del gestore assicurativo è ovviamente cruciale per i fondi sanitari che adottano un modello organizzativo-gestionale fondato sul trasferimento completo del rischio al mercato assicurativo privato, interessando solo marginalmente quegli enti sanitari complementari che adottano il modello di gestione "misto", ovvero, con parziale ritenzione del rischio. Risulta ovvio che il tema non ha alcuna rilevanza per i fondi sanitari che adottano il modello di gestione fondato sulla piena "ritenzione" del rischio.

È evidente che il modello gestionale fondato sulla riassicurazione del rischio sanitario offre indubbi vantaggi, quali, ad esempio:

- assenza di costi di implementazione dei processi per la gestione del ciclo sinistri;
- assenza di costi di struttura del call center e di convenzionamento della rete di prestatori di servizi sanitari;
- assenza di costi per il reclutamento di personale specializzato nella gestione e controllo del rischio sanitario;
- assenza di costi per lo sviluppo di procedure interne di risk management, finalizzate al

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

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

monitoraggio del rischio sanitario e alla sua evoluzione nel tempo.

Tuttavia, non pochi appaiono essere gli svantaggi, quali, ad esempio:

- l'impossibilità di sfruttare economie derivabili dall'opportunità indotta dalla mutualità e dalla solidarietà all'interno della collettività assicurata; in tale modello dette economie risultano a favore della compagnia di assicurazione;
- la dipendenza contrattuale dall'assicuratore in termini di tipologia delle coperture assicurative e, quindi, di prezzo da corrispondere, di durata e possibilità di rinnovo della convenzione a medesime condizioni nel momento in cui l'andamento tecnico del contratto assicurativo dovesse registrare un rapporto tra i premi assicurativi e le prestazioni sanitarie offerte (la cosiddetta *Loss Ratio*) non coerente con gli obiettivi di bilancio della compagnia di assicurazione stessa.

Certamente il modello di gestione basato sul trasferimento del rischio ben si adatta al caso di fondi sanitari la cui collettività assistita è di piccole dimensioni; tali, pertanto, da non consentire, ai sensi della legge dei grandi numeri, di realizzare un adeguato efficientamento nella gestione, come naturale conseguenza dell'applicazione dei principi di mutualità e solidarietà.

Sulla base di una esperienza ormai consolidata nel settore dei fondi sanitari negoziali è possibile rappresentare il processo di selezione del gestore assicurativo come un processo "multifase" articolato su cinque "nodi", ossia, fasi operative fondamentali.

In particolare:

Fase 1: analisi statistica dei bisogni di coperture assicurative della collettività iscritta al fondo sanitario.

Preliminare all'avvio della fase di selezione del gestore assicurativo è la valutazione dei bisogni delle coperture sanitarie attuali e prospettiche della collettività che si intende assicurare; tale analisi deve essere eseguita sulla base di una attenta investigazione qualitativa e quantitativa della collettività assicurata in ragione della composizione per età e sesso degli iscritti e del nucleo familiare, stato sociale e, se disponibile, della storia delle prestazioni sanitarie integrative già erogate alla medesima collettività, da cui derivare una mappatura completa dello "stato di salute" della stessa. L'analisi dei bisogni assicurativi può essere realizzata tramite l'impiego di metodologie di indagine statistica anche di tipo campionario, con l'ausilio di questionari digitali la cui struttura informativa è basata su 2 sezioni, di cui una dedicata ad aspetti di carattere qualitativo ed una seconda finalizzata a raggiungere informazioni di carattere quantitativo.

Fase 2: valutazione ex-ante del rischio potenziale della collettività assicurata e conseguente confronto con il costo assicurativo del nomenclatore.

La scelta del migliore gestore assicurativo, ovviamente, dipende da una attenta analisi da parte del fondo sanitario del rapporto tra i premi assicurativi e le prestazioni sanitarie offerte, quest'ultime valutabili anche in ragione del livello dei massimali e delle franchigie fissate nella convenzione. È auspicabile che il fon-

do sanitario, in via preliminare all'avvio del processo di selezione, si doti di una sistema autonomo di *pricing* del rischio connesso al piano sanitario benchmark, al fine di poter eseguire analisi comparative con il costo assicurativo offerto dalle imprese di assicurazione invitate a partecipare alla selezione, ed essere, in tal modo, parte non passiva nella fase negoziale della convenzione assicurativa.

Fase 3: accreditamento delle compagnie di assicurazione invitate alla selezione sulla base di presidi informativi finalizzati alla valutazione del rating di servizio e della solidità finanziaria del candidato.

Tale fase è realizzata tramite la costruzione di un opportuno questionario informativo, destinato alle compagnie di assicurazione invitate alla selezione, strutturato in diverse sezioni. Il questionario deve recare un set informativo completo sulla solidità economico-finanziaria e patrimoniale della compagnia, sul grado di specializzazione della stessa nell'ambito della sanità complementare e, non ultimo, sulla proposta assicurativa e sulla qualità dei servizi resi dalla rete convenzionata di fornitori di prestazioni sanitarie.

Fase 4: definizione dei criteri quantitativi per l'ordinamento dei candidati partecipanti alla selezione.

Ai fini del conseguimento di un ordinamento razionale delle offerte assicurative, il fondo sanitario - o meglio il suo consiglio di amministrazione - dovrà fissare un criterio oggettivo di assegnazione di punteggi alle diverse offerte, seguendo in questo senso un'impostazione tecnica non molto dissimile da quella già adottata nel settore della previdenza complementare per la selezione del gestore finanziario; e, in tal modo, fissare un sistema di pesi da attribuire alle diverse sezioni del questionario in ragione dell'importanza del contributo informativo da ciascuna di esse recato.

Fase 5: predisposizione dei presidi organizzativi per il monitoraggio periodico dell'efficienza e dell'efficacia della convenzione assicurativa.

Attivata la convenzione assicurativa, nella tutela degli interessi dei propri assistiti, il fondo sanitario dovrà esercitare un presidio temporale continuo sull'andamento sia dei sinistri che sulla qualità del servizio reso dalle strutture messe a disposizione dalla compagnia. In particolare, in sede di sottoscrizione della convenzione il fondo sanitario dovrà richiedere espressamente, nell'articolo contrattuale, che periodicamente la compagnia rilasci un report statistico di tipo informativo che tenga conto di tutti gli elementi utili alla valutazione ex post dell'andamento tecnico della convenzione assicurativa, oltre che della qualità ed efficienza dei servizi resi dalla rete dei prestatori sanitari.

Assicurazioni e prevenzione: un approccio ancora primordiale

Luca Franzi De Luca
è Presidente di Aiba,
Associazione Italiana Brokers
di Assicurazioni
e Riassicurazioni

Ritengo che l'esperienza pandemica abbiamo messo in evidenza un'accresciuta esigenza di protezione da parte degli iscritti ai fondi sanitari, anche in considerazione della più vasta richiesta di coperture per le spese mediche che il nostro Servizio Sanitario Nazionale non riesce a sostenere con tempi compatibili con gli standard ottimali di diagnosi e cura.

Tale carenza, oggi più marcata data l'emergenza pandemica, persisterà anche in epoca post-Covid, anche se c'è incertezza sul momento in cui potremmo dire di esserci affrancati dall'emergenza sanitaria.

Il Covid ha avuto un impatto devastante, oltre che sull'aspetto umano e sociale, sulle ricadute psico-fisiche; intanto la stessa definizione della patologia è allarmante perché si tratterebbe di una "sindrome infiammatoria sistemica multi-organo" che modifica sostanzialmente non solo il percepito, ma i modelli di prevenzione futuri.

Ma ora vorrei soffermarmi brevemente sulle conseguenze psicofisiche e, soprattutto, sull'aspetto psichico, oggi di fatto trascurato dal mondo assicurativo.

Possiamo addirittura sostenere che il mondo assicurativo abbia un approccio discriminatorio rispetto alle patologie psichiche, giacché i malati psichiatrici, per i quali di norma il mercato non concede la copertura delle spese terapeutiche loro necessarie, in moltissimi casi non hanno diritto alle prestazioni assicurative nemmeno relativamente ad altre prestazioni necessarie per patologie non strettamente correlate, come ad esempio le cure oncologiche.

La questione delle patologie psichiatriche mi preoccupa in considerazione della presenza nel mondo di centinaia di milioni persone affette da malattie mentali: sono oltre 300 milioni solamente coloro che soffrono di depressione, considerando peraltro che la sola depressione costituisce la principale causa di assenteismo nei luoghi di lavoro; la psiche ha, dunque, un ruolo fondamentale nel benessere della collettività, soprattutto in considerazione dell'ampliamento del disagio psicofisico conseguente alla situazione pandemica.

Per definizione, il settore del brokeraggio è al fianco di aziende e famiglie per definire le risposte ottimali alle esigenze di prestazioni sanitarie, secondo processi tesi a privilegiare la prevenzione allo scopo di ridurre i costi di, eventuali, future cure; nel processo di prevenzione a 360 gradi non si può più quindi trascurare l'aspetto della psiche.

Ancor più, in epoca di pandemia e di sovraffollamento del servizio sanitario, è diventato problematico l'accesso puntuale alle cure per malattie gravi, che un tempo venivano prestate con tempestività e alto livello di assistenza dal Servizio Sanitario Nazionale: nella ricerca di una protezione assicurativa, mi riferisco ad esempio alle cure oncologiche; le garanzie offerte - anche dalle forme integrative - spesso non forniscono quella tranquillità, in termini economici, necessaria per poter affrontare una diagnosi e un percorso diagnostico terapeutico così traumatici.

Inoltre nell'ambito della gestione dei fondi sanitari si inserisce la criticità della gestione, non sempre trasparente, delle convenzioni e delle relazioni tra operatori e mercato assicurativo dove medici e strutture lamentano uno scarso riconoscimento del valore delle loro prestazioni per effetto dei convenzionamenti: se da un lato i convenzionamenti possono calmierare i costi e generare economie di scala, dall'altro tendono a portare fuori mercato le strutture tecnicamente più attrezzate o i professionisti più qualificati, limitando in tal modo la possibilità di scelta dell'assicurato.

In tema di accesso alla sanità che si basa sulla prevenzione, certamente il mercato assicurativo deve fare un grandissimo passo avanti: allo stato attuale, l'approccio alla prevenzione del settore assicurativo è ancora primordiale, poiché in taluni casi occorre richiedere al medico di indicare una diagnosi per ottenere la possibilità di fare una visita specialistica, inducendo a dichiarazioni che rasentano la mendacità, quando invece la programmazione di controlli può prevenire situazioni patologiche complesse ed economicamente onerose.

In sintesi, per garantire un buon livello di prevenzione, di accesso alle cure e di sensibilità per i disagi psichici sempre più diffusi, c'è necessità di cooperazione multidisciplinare tra operatori, per garantire sostegno in un momento di grande fragilità ma anche di forte orientamento alla protezione della salute.

Ridisegnare il sistema-salute

**Fiammetta Fabris
è Responsabile
della divisione
Health di Allianz**

Questa pandemia non è ancora finita eppure ha già tracciato in modo indelebile alcuni confini e modelli non solo sanitari.

Sui temi sociali abbiamo ancora pochi elementi per poter disegnare le nuove logiche, mentre sul fronte della salute la pandemia ha già segnato e, soprattutto, delineato le nuove frontiere. Tutti abbiamo ben compreso quanto significativo e importante sia un Servizio Sanitario Nazionale forte e focalizzato. Così come tutti abbiamo capito come la Salute e il monitoraggio della sintomatologia siano importanti investimenti personali e sociali. In entrambe i casi, gli elementi di attenzione devono necessariamente trovare un diverso approccio, completamente innovativo rispetto al passato.

Il Covid, infatti, ha reso evidente questa fragilità, oggi nel nostro sistema: il Ssn ha dovuto, purtroppo, "scegliere" di quali malati occuparsi; il che ha segnato profondamente la situazione di tanti malati cronici e ha rallentato la diagnosi di altre patologie insorte nell'anno 2020 e non trattate. Ne pagheremo le conseguenze in un prossimo futuro, sperando che la situazione torni, il prima possibile, alla normalità di accesso alle cure.

Nei prossimi mesi, pertanto, come già chiarito nei progetti del nuovo presidente del Consiglio, una significativa parte delle risorse economiche sarà veicolata sul Servizio Sanitario e ancor più precisamente servirà a "costruire" una sanità territoriale che presiederà la salute dei cittadini, garantendo livelli di prossimità con strutture ambulatoriali polispecialistiche e integrate che serviranno alla gestione dei malati cronici, sempre più rilevanti in percentuale, ma non solo.

Una sanità di prossimità consentirà, come da tanto tempo sosteniamo, di liberare gli ospedali e rendere più efficienti i modelli gestionali.

Anche il ricorso al profilo di cura domiciliare troverà una nuova attenzione: mai come in questo periodo, modelli di telemedicina e telemonitoraggio, se ben organizzati da strutture anche del Ssn, avrebbero consentito di gestire non solo i malati Covid, ma anche quei pazienti con diverse cronicità che, per evitare contagi o altri problemi, non potevano recarsi ai controlli.

Ma l'altra grande opportunità che si sta aprendo, grazie alla nuova consapevolezza e attenzione alla propria salute che i singoli cittadini stanno acquisendo, è la richiesta di coperture-salute, che sta portando a una crescita del mercato della sanità integrativa. E proprio su questa nuova area il mondo assicurativo ha una grande responsabilità: fornire prodotti adeguati e fortemente connotati verso modelli di servizio e presa in carico che davvero possano aiutare l'utenza. L'altra area su cui, ora più che mai, sarebbe auspicabile una riflessione è quella di serie forme di cooperazione tra sanità integrativa e sanità pubblica, che traccino veri modelli di integrazione a sostegno del sistema e della salute pubblica.

Questo credo possa essere il periodo migliore per sedersi seriamente a riprogettare una valutazione sugli strumenti di sanità integrativa.

Riflettere sulla portata della legge 502/92 e su una sua rivisitazione consentirebbe di tracciare anche modelli che potrebbero cogliere i necessari cambiamenti che la pandemia renderà necessari.

L'Assistenza sanitaria complementare nel post Covid

**Marco Vecchietti è
Amministratore Delegato e
Direttore Generale
Intesa Sanpaolo RBM Salute**

La pandemia ha rilanciato il ruolo centrale del Servizio Sanitario Nazionale come presidio per la salute pubblica. Nel contempo, le criticità emerse in termini di capacità assistenziale, durante l'emergenza, impongono una riflessione sull'opportunità di riorganizzare su due livelli il nostro sistema sanitario.

Un livello di base, finalizzato all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, gestito dalla Sanità pubblica ed un livello complementare - di completamento dei LEA - vocato a garantire continuità assistenziale e gestione della cronicità.

Questo secondo livello potrebbe essere affidato, nell'ambito delle policy di tutela della salute pubblica, agli operatori della sanità privata, sia in termini di finanziamento (Fondi Sanitari e settore assicurativo), che di erogazione delle cure (strutture sanitarie private). Si tratterebbe di integrare in modo organico le soluzioni, le tecniche ed i modelli organizzativi del privato nella programmazione sanitaria del nostro Paese ampliando la capacità di tutela della salute del sistema nel suo complesso.

A questo riguardo bisogna considerare come, mai come oggi, i cittadini richiedano un ampliamento e un rafforzamento degli strumenti di tutela della salute. La pandemia, del resto, ha sottoposto a una notevole pressione il nostro sistema sanitario che, comunque, anche prima dell'emergenza, presentava alcune criticità in termini di accessibilità e capacità assistenziale. Proprio la grande insicurezza vissuta dalle persone -soprattutto nei mesi di lockdown - ha fatto maturare, infatti, una consapevolezza sull'importanza di disporre, in affiancamento al Servizio Sanitario Nazionale, di

un canale alternativo di erogazione delle cure.

In particolare, i cittadini hanno avuto modo di verificare come il valore aggiunto di una polizza sanitaria non sia legato solo alla possibilità di vedere rimborsati i costi per le prestazioni sanitarie effettuate, ma anche alla garanzia di poter accedere ad una rete di strutture sanitarie private aggiuntiva a quella della Sanità pubblica.

Anche la sanità integrativa, peraltro, in questi mesi ha imboccato un importante percorso evolutivo la cui direzione di marcia difficilmente potrà essere invertita, anche di fronte al ritorno ad uno stile di vita new normal. I principali player del settore hanno puntato con convinzione sull'innovazione digitale e sulle componenti di servizio verso gli assicurati. Il significato stesso della parola "garanzia" ha assunto nuove e più ampie declinazioni passando dall'essere un fattore meramente economico all'essere un elemento di caring del cliente. Questa evoluzione ha profondamente modificato il Dna dell'assicurazione sanitaria e sosterrà nei prossimi mesi un riposizionamento dell'offerta che sarà sempre meno guidata dal pricing e dai livelli di risarcimento e sempre più dalla dimensione di copertura dei bisogni di cura. E in questo contesto sarà fondamentale la qualità del servizio, da realizzare attraverso un'integrazione piena della value chain con la sanità privata, l'industria farmaceutica, la ricerca e l'innovazione. La capacità di portare a compimento questo percorso potrà consentire ai Fondi sanitari e al settore assicurativo di porsi come true partner anche per la Sanità pubblica mettendo a disposizione la propria capacità tecnica e organizzativa per prendere in carico i bisogni che non trovano, anche temporaneamente, risposta nel Servizio Sanitario Nazionale.

Ma per governare questo percorso, oltre a rilevare la maggiore propensione per l'attivazione di forme sanitarie complementari, bisogna anche mettere a punto politiche dedicate a quelle persone che per poca conoscenza dei meccanismi assicurativi e per timore di dover impegnare stabilmente le proprie risorse ancora preferisce "scommettere in proprio" sulla salute. Al riguardo appare sempre più necessaria una campagna istituzionale che informi i cittadini sull'importanza di una gestione ex ante del rischio - ovvero prima di trovarsi di fronte alla situazione di bisogno/emergenza - e del suo "trasferimento" a operatori professionali; come ancora torna a palesarsi l'opportunità di una revisione organica dei benefici fiscali per la Sanità Integrativa, la quale ne sostenga la diffusione, soprattutto a beneficio dei più fragili (cronici, anziani, famiglie con figli minori, monoreddito ecc). Il percorso di riferimento potrebbe essere quello, introdotto nel 2001, per la previdenza complementare, con benefici fiscali estesi anche agli autonomi, ai liberi professionisti e a chi ha lavori flessibili, categorie che hanno subito più di altre l'emergenza Covid-19.

In questa prospettiva, del resto, lo stesso Recovery Fund potrebbe offrire l'opportunità di interventi strutturali da impiegare nella riduzione delle disuguaglianze ingenerate dalla pandemia, rendendo più accessibili e sostenibili le cure effettuate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale.

Per mantenere intatti i principi fondanti del nostro sistema sanitario, l'universalismo e l'uguaglianza, è imprescindibile innovarne gli strumenti attuativi diversificandone le fonti di finanziamento sulla base delle migliori esperienze di Welfare europee (modelli multi-pilastro).

Le sinergie tra pubblico e privato, con il contributo determinante dei Fondi sanitari e del settore assicurativo, possono mettere a disposizione un importante contributo aggiuntivo a beneficio di tutti i cittadini. Mai come in questo momento, è ora di iniziare a considerare la sanità integrativa come un investimento per la tutela della salute e non più come un costo.

Le tre "S" della buona sanità complementare

Parlare di assistenza sanitaria nel post Covid-19, nell'attuale situazione, è complicato. Siamo ancora nel pieno della pandemia: i dati sul contagio in Italia (e nel resto del mondo) sono ancora alti; i cittadini e i lavoratori sono ancora sottoposti a restrizioni negli spostamenti e nelle attività per limitare la diffusione del virus. Ci troviamo, in sostanza, ancora in una fase delicata ed è prematuro parlare di post emergenza.

Proprio per questo, i fondi di assistenza sanitaria, in questi mesi, hanno previsto pacchetti specifici per affrontare l'inedita situazione che si è verificata.

L'esperienza di Mètasalute (il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori dell'industria metalmeccanica) ha insegnato molto in questo periodo. Credo che per quanto riguarda un fondo che è pagato dalla contrattazione nazionale (e quindi senza nulla a carico dei singoli lavoratori), siano importanti tre temi, che intendo definire le tre "S": semplicità, solidarietà, sostenibilità.

Semplicità deve essere quella di utilizzo: i piani sanitari devono essere chiari e fruibili; soprattutto, devono essere complementari e non sostitutivi del Servizio Sanitario Nazionale. In poche parole, il fondo sanitario deve avere la capacità di sgravare il Ssn e nello stesso tempo di agevolare l'utente, per esempio risolvendo il problema delle liste d'attesa.

È del tutto evidente che, per quanto appena descritto, il Fondo complementare dovrebbe rappresentare il primo livello del Ssn. E quindi - per ottenere la massima chiarezza ed efficienza - dovrebbe essere spiegato, attraverso un protocollo con il Sistema Sanitario Nazionale, cosa si inten-

**Roberto Toigo è
Consigliere di Amministrazione
del Fondo Mètasalute**

de per primo livello. In parole povere: stabilire quali sono gli esami e le prestazioni necessarie per accertare lo stato di malattia, e far sì che essi siano coerenti e sufficienti. Chi si rivolge al Fondo non deve essere costretto a “duplicare” le visite. È importante quindi coinvolgere e informare anche i medici di medicina generale.

Solidarietà è la seconda “s”, l’altro tema sul quale concentrarsi. Occorre monitorare nelle varie Regioni, il livello di “intreccio”, di coesistenza tra il Ssn e il Fondo: ogni territorio, infatti, ha le sue efficienze e le sue inefficienze. Ci sono aree del Paese in cui alcuni servizi funzionano meglio, in cui quello che abbiamo chiamato primo livello è più allargato, e altre in cui, invece, prevale il secondo livello. In uno spirito solidaristico, le prestazioni che non sono garantite dal Ssn (ad esempio quelle legate all’odontoiatria) dovrebbero avere la massima facilità di utilizzo nel fondo complementare. Quindi un fondo nazionale ma con le sue specificità regionali.

Infine c’è la questione sostenibilità. Se si rende un fondo performante e facilmente utilizzabile - come è Mètasalute - si arriva ad avere una percentuale di utilizzo delle risorse del 98%: credo si tratti del rapporto S/P (sinistri a premi) più alto attualmente sul mercato. La sostenibilità è fondamentale per poter garantire, oggi e domani, la prestazione.

Credo che per un welfare integrato di sostegno degno di questo nome, si debbano dare continuità e solidarietà e nello stesso tempo creare le condizioni perché il comparto assicurativo (molto importante in questa particolare fase della nostra vita) possa essere in parte sostituito da mirate gestioni interne (quelle cosiddette in-house).

L’esperienza del fondo Mètasalute, che con tanti e valenti colleghi e professori ho avuto il privilegio di far nascere, è un primo passo. Da qui bisogna partire per migliorare e rendere fruibile un sistema che deve essere semplice, che risponda ai veri bisogni delle persone e dei lavoratori e che non si riduca ad essere uno strumento del genere “bancomat”.

Secondo pilastro: come costruire l'integrazione della Sanità pubblica

È fatto noto che l'incentivazione del Secondo Pilastro - identificato soprattutto nella sanità integrativa collettiva da terzi paganti - divida la politica e gli esperti circa il reale impatto sul Primo Pilastro, quello della previdenza pubblica obbligatoria.

Ci si domanda, soprattutto, se la sanità integrativa non stia progressivamente divenendo più propriamente sostitutiva, alla luce di un quadro fenomenologico sotto gli occhi di tutti. In effetti, tra il 2010 e il 2018 il Ssn è stato sottoposto ad una "cura da cavallo", tanto che l'Istat (dati System of Health Accounts, Sistema dei Conti della Sanità) certifica che in media annua la spesa sanitaria pubblica è aumentata solo dello 0,2% e il numero di posti letto è diminuito dell'1,8 %. Non stupisce quindi che, sul totale della spesa sanitaria, nel 2017 la quota di quella privata si sia attestata al 27%, della quale ben l'86,1% sostenuta direttamente dalle famiglie (cosiddetta spesa out-of-pocket).

Conseguenza inevitabile pare allora il peso crescente che la cosiddetta spesa intermedia (cioè di terzi paganti quali polizze assicurative, fondi sanitari ecc.) ha conquistato nella erogazione delle prestazioni sanitarie. E ciò soprattutto a fronte delle detrazioni fiscali e contributive di cui già godeva la sanità integrativa (D.L. n. 299/1999; D.M. 31 marzo 2008; D.M. 27 ottobre 2009) e da qualche anno gode anche il "macro-contenitore" del welfare aziendale (o secondario).

In effetti, le leggi di Stabilità rispettivamente per il 2016 (l. 28 dicembre 2015, n. 208), per il 2017 (l. 11 dicembre 2016, n. 232), per il 2018 (l. 27 dicembre 2017, n. 205) e per il 2020 (l. 27 dicembre 2019, n. 160) hanno strutturato un corposo

Maria Giovannone
è Professore Aggregato
in Diritto del Mercato del Lavoro
dell'Università Roma Tre

Veronica Verzulli è Dottore
in Scienze Politiche
Indirizzo Internazionale,
Università di Roma "La Sapienza"

quadro di incentivazione delle misure di welfare aziendale, al duplice scopo di migliorare il benessere dei lavoratori e accrescere la loro produttività.

In estrema sintesi, tra l'eterogenea categoria di prestazioni, opere e servizi - erogati in natura o sotto forma di rimborso spese da parte dei datori di lavoro alla genericità dei lavoratori - si annoverano proprio alcune misure di sanità integrativa. Si tratta, primariamente, dell'esenzione dei benefici fiscali previsti ai contributi diretti, oltre che alle forme prevenzionistiche complementari, ai contributi di assistenza sanitaria (lett. a, art. 51 del Tuir, Testo Unico delle Imposte sui Redditi), anche in sostituzione del premio di risultati (Circolare dell'Agenzia delle entrate n. 5/E del 29/03/2018). E infatti, i datori di lavoro possono avvalersi dell'esenzione dal reddito di lavoro dipendente per i premi di produttività che vengono sostituiti con contributi a favore di casse o enti che erogano prestazioni socio-assistenziali, ai sensi del D.M. 27 ottobre 2009. In aggiunta a tale previsione, il contribuente può dedurre entro il limite di 3.615, 20 euro i contributi versati ai fondi che erogano prestazioni integrative al Ssn (lett. e-ter, co. 1, art. 10 Tuir). A ciò si aggiunga, inoltre, l'esenzione relativa alle spese per l'assistenza agli anziani e ai soggetti non autosufficienti (lett. f-ter, co. 2, art. 51 del Tuir), nonché ai contributi e ai premi versati dal datore di lavoro per le prestazioni, anche in forma assicurativa, aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza e di gravi patologie (lett. f-quarter, co. 2, art. 51 del Tuir).

In questo processo riformistico, attraverso la riformulazione dell'art. 51 del Tuir, il legislatore ha altresì incentivato il cosiddetto "welfare contrattato" tra datore di lavoro e lavoratore attraverso l'inclusione delle misure di welfare aziendali stabilite per mezzo di accordi o vincoli contrattuali nei vantaggi fiscali previsti in materia. Si tratta, in primis, della deducibilità totale del costo del lavoro per quegli strumenti adottati in applicazione di piani di welfare aziendale definiti da negoziazioni sindacali di primo e secondo livello; ma anche degli ulteriori sgravi contributivi per i datori di lavoro che abbiano sottoscritto contratti collettivi aziendali contenenti misure di welfare aziendale (D.I. 12 settembre 2017). Il complesso quadro di incentivi ha pertanto il merito di aver investito la contrattazione collettiva di un ruolo centrale nella diffusione degli strumenti di welfare secondario, "sganciandolo" dalla sua precedente impostazione volontaristica e paternalistica che premiava esclusivamente la liberalità del datore di lavoro.

Alla luce di questo quadro, proprio la contrattazione collettiva potrebbe contribuire ad affrontare le principali criticità che afferiscono la difficile convivenza tra i servizi e le prestazioni sanitarie erogate dal Ssn e quelli forniti attraverso la Sanità integrativa.

In effetti, complice la complessa concorrenza legislativa in materia tra Stato e Regioni, i tagli alla spesa sanitaria pubblica hanno finito per acuire le disuguaglianze e le iniquità sociali e territoriali relative all'accesso alle prestazioni. Pare quindi scontato evidenziare che l'emergenza sanitaria da Covid-19 abbia messo a nudo l'inefficienza dei modelli organizzativi delle Sanità regionali, enfatizzando le disparità relative alla tutela della salute della popolazione, soprattutto a seconda del territorio e dei livelli di reddito. Si pone quindi il problema della

effettiva universalità delle tutele sanitarie e assistenziali su tutto il territorio nazionale, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione.

Proprio in questo contesto, è noto come, sul versante del lavoro, la contrattazione collettiva rappresenti da sempre un fondamentale strumento di universalizzazione delle tutele. Ma non solo, poiché tale affermazione risulta ormai riduttiva di fronte al rafforzamento della contrattazione più propriamente "sociale" con cui si stanno misurando le parti sociali e le imprese: l'auto-regolazione degli interessi privatistici sta ampliando il proprio campo di applicazione verso politiche d'interesse generale che hanno una ricaduta trasversale su lavoratori, cittadini e territorio. Insomma, sempre più il welfare pubblico - nella sua più ampia accezione - viene integrato nella contrattazione collettiva, abbattendo i confini tra interessi generali, sindacali e produttivi. Si pensi, ad esempio, al crescente impegno della contrattazione in materia ambientale, con eteronome finalità a tutela dei lavoratori quali cittadini e dell'ambiente anche esterno il luogo di lavoro.

Con la medesima *ratio*, pertanto, la contrattazione collettiva può indirizzare le imprese alla erogazione di servizi e prestazioni di sanità integrativa (o al rimborso degli stessi) a beneficio dei lavoratori e delle loro famiglie.

Di certo, l'elaborazione di un piano di welfare così orientato rende necessario verificare le reali esigenze di cura e assistenza dei lavoratori, eleggendo la negoziazione decentrata a strumento più adatto a tale scopo in ragione della prossimità territoriale e della più agevole conoscibilità delle comunità lavorative.

Pare altresì evidente che il processo di universalizzazione delle tutele, soprattutto in materia di Salute, imponga l'ampliamento del campo di applicazione soggettivo del welfare aziendale, oggi a beneficio esclusivo dei lavoratori dipendenti. E ciò soprattutto alla luce del fatto che - come ha evidenziato il 4° Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del Ssn del 2019 - la sanità integrativa è usufruita prevalentemente da lavoratori stabili, con reddito elevato e inseriti in un contesto lavorativo ad elevata sindacalizzazione. Proprio per tale ragione, il welfare secondario "contrattato", in tal modo orientato alla tutela del diritto costituzionale alla salute, è chiamato a progettare misure che intercettino quelle fasce deboli della popolazione cui spesso corrispondono le vulnerabilità contrattuali e personali (età, genere, provenienza) dei lavoratori atipici che caratterizzano il mondo del lavoro odierno.

Alla luce di tali criticità, le parti sociali e le imprese, così investite del compito di ampliare gli spazi di tutela oltre il campo lavoristico, necessitano di un *know-how* specialistico di particolare levatura, non solo in relazione al metodo - al fine cioè di affinare le tecniche di negoziazione - ma anche al merito, rafforzando la padronanza delle questioni non tradizionalmente sindacali. Ciò risulta particolarmente urgente proprio in materia di sanità integrativa, rispetto alla quale spesso le misure di welfare aziendale finiscono per duplicare i servizi e le prestazioni rientranti nell'alveo dei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza).

In merito, è indubbio che i fondi sanitari integrativi siano stati espressamente introdotti allo scopo di rafforzare le prestazioni ultronee rispetto ai Lea, riservati invece alla Sanità pubblica. E certamente, la maggiore consapevolezza degli agenti negoziali circa la ratio degli istituti potrebbe evitare tale “effetto duplicatore” che rischia di spianare la strada alla privatizzazione della Sanità, tra l'altro senza aggiungere un *quid pluris* a beneficio dei lavoratori, quali utenti e già contribuenti del Ssn.

Seguendo queste fondamentali direttrici, il welfare aziendale “di cura” potrebbe realmente ricoprire un ruolo sussidiario e integrativo al Primo Pilastro, ampliando l'utenza dei lavoratori-cittadini beneficiari del Secondo Pilastro.

L'utilità sociale sottesa a tale istituto, soprattutto, potrebbe sposarsi con la grande attrattività esercitata sui datori di lavoro dagli incentivi fiscali e contributivi ad esso riservati, ben ricordando che tali incentivi costituiscono indirettamente voci di denaro cui le Casse pubbliche rinunciano al fine di favorire misure ad effettivo miglioramento degli standard di vita dei lavoratori e dei loro familiari.

Fondo Fass: rinsaldare l'alleanza tra imprese e lavoro

Il Fass, il fondo di assistenza integrativa costituito da Sistema Impresa e Confsal, ha ottenuto il via libera dal ministero della Salute per iscriversi all'Anagrafe dei fondi sanitari. Il Fondo Fass opera prevalentemente nel settore terziario anche se l'adesione è aperta alle aziende di ogni dimensione e specializzazione produttiva. In due anni ha raggiunto tutti gli obiettivi richiesti dal progetto originario di una start-up che punta a coinvolgere 20mila lavoratori in tre anni. All'Anagrafe possono avere accesso i fondi sanitari integrativi del servizio sanitario nazionale o gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale. Ma soprattutto, ed è questo il vantaggio più rilevante per le imprese e i dipendenti, l'iscrizione all'Anagrafe del ministero permette di beneficiare di importanti agevolazioni fiscali da parte delle aziende e dei lavoratori.

Il successo dell'istruttoria per l'iscrizione all'Anagrafe è stato un punto di approdo indispensabile per il nostro percorso di crescita e dimostra la solidità del progetto inaugurato e voluto dalle parti sociali, la competenza e l'impegno della nostra struttura, l'efficacia della nostra alleanza con Unisalute, la struttura assicurativa per la salute e la gestione dei fondi sanitari di Unipol. Tutti elementi che ci hanno consentito di costruire un nuovo fondo sanitario integrativo destinato ad affermarsi in un mercato saturo e complesso. Oggi possiamo estendere alle aziende iscritte e ai loro dipendenti i vantaggi contributivi e fiscali autorizzati dalla normativa in vigore.

Se ci concentriamo sugli aspetti positivi che interessano segnatamente il datore di lavoro, dal punto di vista contributivo, in riferimento al costo dei programmi sanitari, di vita e degli infortuni, il

Vittorio Codeluppi
è presidente
del Fondo Fass

versamento all'Inps si riduce al 10%. Un onere che si qualifica come un contributo di solidarietà e che sostituisce l'aliquota prevista dalla contribuzione ordinaria. Per quanto riguarda l'aspetto fiscale i costi sono deducibili dal reddito d'impresa.

Anche per il dipendente viene prescritto un trattamento di vantaggio. La contribuzione è già stata assolta con il versamento da parte dell'azienda del contributo di solidarietà. Sul piano fiscale i versamenti indirizzati ad un fondo sanitario integrativo non concorrono a formare il reddito imponibile fino a 3.615,20 euro. È un regime che viene concesso dal legislatore unicamente per i contributi versati dal datore di lavoro alle casse o agli enti aventi un fine esclusivamente assistenziale.

Tra gli strumenti offerti dal fondo, il più importante è, naturalmente, il nomenclatore, che definisce tariffe e prestazioni nell'ambito socio-sanitario, e che è stato particolarmente apprezzato per l'ampiezza nell'azione di copertura delle necessità e delle richieste. Grazie alla collaborazione con Unisalute è stato condotto un percorso che ha consentito di elaborare un catalogo estremamente aggiornato, competitivo e valido per tutti i comparti. Il fondo è attivo in tutto il territorio nazionale anche se l'interlocutore privilegiato è il mondo produttivo del Nord-Ovest.

Il momento è critico per il Paese a causa della pandemia e i nostri servizi contribuiscono a rinsaldare il patto di alleanza tra datori di lavoro e lavoratori ottenendo, su basi concrete, quello spirito di coesione che rappresenta un fattore imprescindibile per superare la fase dell'emergenza.

SanARCom: il Pilastro bilaterale di Cifa e Confsal

I grandi cambiamenti che stanno interessando i processi produttivi e organizzativi aziendali per effetto dell'ingresso delle nuove tecnologie, ma anche per il progressivo dispiegarsi di nuove dinamiche economiche e sociali, impongono di tracciare un nuovo modello di relazioni industriali. In quest'ottica, l'epidemia del Covid-19, sta facendo emergere dati preoccupanti di grande impatto a livello mondiale che rendono necessaria una riflessione; non solo sulla tenuta del nostro sistema di welfare, ma anche sulla necessità di ridisegnare lo stesso sulla base di nuove logiche. In questo scenario è opportuno evidenziare il ruolo sempre più importante che stanno assumendo i fondi di Assistenza Sanitaria Integrativa per la loro capacità di risposta immediata in ragione della loro prossimità al lavoro e ai bisogni delle imprese.

Vale la pena di sottolineare l'esperienza di SanARCom, il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa, costituito da Cifa (Confederazione Italiana Federazioni Autonome) e Confsal (Confederazione Generale dei Sindacati Autonomi dei Lavoratori). Esso ha il compito di gestire i trattamenti assistenziali sanitari, integrativi delle prestazioni sanitarie pubbliche obbligatorie. Oltre ai datori di lavoro che aderiscono o che applicano i Ccnl stipulati da Cifa e Confsal, possono aderirvi liberamente anche tutte le Aziende che applicano i Ccnl sottoscritti da altre organizzazioni sindacali.

Il fondo di assistenza sanitaria integrativa SanARCom rappresenta uno dei pilastri di un sistema bilaterale completo e integrato pensato da Cifa e Confsal. Una nuova e moderna visione delle relazioni industriali dove il lavoratore è posto al centro del modello organizzativo, in cui l'atten-

**Salvatore Vigorini è
consigliere di Amministrazione
di SanARCom**

zione si sposta progressivamente dal mero carattere della subordinazione e del salario a elementi fortemente innovativi quali l'*engagement*, la conciliazione vita-lavoro e il welfare. In quest'ottica, la nascita e l'operatività di SanARCom parte giustappunto dalla esigenza di assicurare un diritto alla prestazione sanitaria a tutti i lavoratori.

L'affiancamento di un secondo pilastro sanitario - com'è quello di SanARCom - garantisce uno strumento fondamentale per mettere i cittadini in condizione di non dover pagare di tasca propria le cure di cui hanno bisogno e che non possono ricevere dal Servizio Sanitario Nazionale. In questa chiave di lettura, appare desueta e anacronistica una visione che vede ancora una forte contrapposizione tra pubblico e privato. Al contrario la sanità integrativa può svolgere un ruolo fondamentale, contribuendo a ripristinare l'equità e l'universalismo del Sistema Sanitario attraverso un affiancamento organico alla Sanità Pubblica.

Quest'ultima, 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.

Progettare le nuove modalità di servizio

L'anno di cui parleremo per molto tempo ha rappresentato un'occasione di sfida per i fondi sanitari italiani. E, soprattutto, una prova di tenuta per dei sistemi abituati a una certa staticità, in qualche modo cristallizzati su modelli di servizio tradizionali.

Per alcune casse o fondi un'onda così alta e così dirompente, come quella della pandemia, è stata l'alleata migliore per cercare una via di fuga, ribaltando sulla sanità pubblica, e solo su quella, la partita Covid. Altri, tra questi la Casagit, hanno preso invece una decisione e una direzione diversa: affiancare il Servizio Sanitario Nazionale con azioni e disponibilità che rendessero ancora più concreto e tangibile il ruolo integrativo rispetto al servizio pubblico nel suo momento di maggiore difficoltà.

Casagit ha messo in campo tutto il ventaglio di interventi possibili a favore dei propri assistiti: un sostegno economico a parziale conforto di spese accessorie e perdita di reddito per coloro che venivano ricoverati a causa del virus; il rimborso per l'acquisto di dispositivi di protezione (ricordate quanto inizialmente le mascherine fossero introvabili e care?) e test diagnostici (da subito i sierologici e successivamente, appena praticabili, i tamponi molecolari e antigenici); la dilazione nei pagamenti delle quote relative alla contribuzione volontaria (non prevista dai contratti di lavoro); e per i familiari, la riduzione dei tempi di liquidazione dei rimborsi e l'anticipo nella corresponsione delle indennità di assistenza per i non autosufficienti. Ma soprattutto, è stato importante e molto apprezzato dagli assistiti il fatto di aver moltiplicato i servizi di contatto telefonico e digitale destinati a testimoniare la vicinanza della mutua in un momento così delicato e drammatico. Il no-

Francesco Matteoli
è Direttore generale
Società Nazionale
di Mutuo Soccorso
Casagit Salute

stro *call center* ha praticamente raddoppiato le ore giornaliere di risposta - incluso il sabato - e ridotto i tempi di attesa. Gli uffici non hanno mai smesso di essere operativi, adottando in anticipo rispetto alle disposizioni governative, tutte le misure indispensabili a garantire, in sicurezza, lo svolgimento delle attività aziendali.

Dopo aver messo in condizione, nell'arco di una settimana, tutta l'organizzazione della mutua di operare anche da casa con le modalità del lavoro agile; è stato implementato un piano di lavoro basato sulla rotazione del Personale, garantendo al massimo il distanziamento fisico; sono stati, prima impediti e, poi, contingentati gli accessi esterni avendo cura di misurare a tutti - e tutti i giorni - la temperatura all'ingresso; sono stati igienizzati continuamente gli spazi di lavoro. Il tutto con lo scopo di far percepire ai nostri soci che potevano comunque contare su di noi, che non ci tiravamo indietro e che eravamo al loro fianco.

Tutti questi provvedimenti, queste nuove modalità di lavoro e di gestione dei rapporti con gli assistiti adottate durante la fase iniziale della pandemia, si stanno oggi consolidando assumendo una forma non più emergenziale.

Stiamo affrontando una prova che certamente non avremmo voluto dover sostenere e che purtroppo continua nel tempo. Una prova che però ci sta permettendo di acquisire un'ulteriore consapevolezza circa il valore per i cittadini di avere una tutela socio sanitaria concreta, efficace e sempre presente soprattutto nei momenti in cui l'accesso ospedaliero alle prestazioni pone di fronte a dubbi e ritrosie.

È stato scritto e detto "tutto tornerà come prima". Mano a mano che gli effetti della pandemia diventavano evidenti abbiamo capito che si trattava solo di un augurio.

Cogliere l'occasione di un evento così terribile per recuperare valori che davamo per acquisiti e svecchiare le nostre consuetudini operative, migliorare la vicinanza stessa alla platea degli assistiti sono stati passi importanti sulla strada di un'integrazione compiuta del Servizio Sanitario Nazionale.

In questa ottica sarà necessario ripensare sistemicamente la ripartizione dei compiti tra primo e secondo pilastro: cosa considerare effettivamente integrativo rispetto al Servizio Sanitario Nazionale e come incentivare il ricorso a quelle forme di assistenza che garantiscono una copertura sanitaria quando il sistema pubblico va in crisi.

Per il futuro, i Fondi Sanitarie e le Mutue, inclusa ovviamente la nuova Mutua nazionale Casagit Salute, dovranno far tesoro di queste esperienze per metterle a disposizione di platee sempre più ampie.

I bilanci della Casse e delle Mutue sanitarie per il 2020 e il 2021 avranno, paradossalmente, un beneficio economico dovuto alla riduzione evidente e comprensibile che c'è stata di richiesta di copertura di prestazioni specialistiche,

diagnostiche, odontoiatriche. Gli interventi straordinari eventualmente adottati (da pochi) legati in maniera specifica agli effetti della pandemia, soltanto in parte intaccheranno gli “avanzi di gestione”. Certamente registreremo effetti economici di “rimbalzo” che ci potranno essere una volta che lo stato di emergenza terminerà. Le prestazioni rimaste sospese o rinviate peseranno sui bilanci degli enti di assistenza sanitaria dei prossimi anni. Tuttavia bisognerà avere il coraggio di investire immediatamente parte delle disponibilità che avremo, nel breve periodo, per poter garantire un sistema di assistenza integrativa in grado di interpretare i nuovi scenari e per consentirci di essere protagonisti nelle trasformazioni che stiamo vivendo.

L’ingresso nel mondo salute di nuovi operatori (Amazon, Google) che propongono nuovi modelli facendo leva sulla propria capacità tecnologica e di gestione dei dati, il passaggio da una logica di rimborso del singolo evento a quella basata sul valore delle cure lungo il ciclo della vita, il paziente visto come cliente con l’esperienza salute che diventa importante tanto quanto la qualità della prestazione sanitaria in sé, la progressiva maggior importanza delle cure domiciliari e digitali, la crescita delle esigenze di assistenza delle categorie più fragili (donne e anziani), l’allungamento dei tempi medi di attesa per le prestazioni specialistiche fornite dal servizio sanitario nazionale, la drastica riduzione prevista per la medicina di prossimità sono tutti fattori che imporranno ai fondi sanitari e alle mutue un ripensamento profondo sul modo di fornire servizi ai propri iscritti.

Non è detto debba piovere tutti i giorni; ma avere sempre un ombrello pronto sarà indispensabile.

Il rapporto tra fondi sanitari e Ssn

Stefano Ronchi
è amministratore delegato
di Valore

Assistiamo da qualche tempo a un acceso dibattito tra gli addetti ai lavori sul ruolo che i fondi sanitari possono e devono rivestire all'interno del panorama complessivo della sanità italiana. Il dubbio che molti hanno è se questi siano in contrasto o in concorrenza con il sistema della Sanità pubblica, o se in qualche modo interferiscano sul suo corretto funzionamento.

A fronte di indagini e approfondimenti compiuti anche attraverso un osservatorio dedicato, mi sento di affermare che i fondi sanitari rappresentano certamente la corretta risposta al problema della sostenibilità del Ssn: ciò sia in termini di integrazioni delle prestazioni sia di sostegno alla spesa sanitaria pubblica, con un impatto sulle tasche delle famiglie e sui conti dello Stato certamente inferiore a quello proposto dalle assicurazioni.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Tale assunto prende sostanza innanzitutto quando si ragiona sulle fonti di finanziamento della sanità integrativa. Lo Stato ben opera quando sostiene la sanità integrativa con una forma di finanziamento derivante da sgravi fiscali se questa favorisce e incentiva un patto sociale tra realtà del sistema economico-produttivo in cui ogni parte - sia il datore di lavoro che il lavoratore - destinano una fetta del reddito che generano a favore anche di coloro che non lavorano e delle categorie più svantaggiate.

Questo è appunto ciò che succede nel caso dei grandi fondi sanitari che nascono da accordi bilaterali sui contratti collettivi o aziendali, come Fasi, Fasdac, Fondo est, SanArti, Faschim, Fisde, Casagit, QuAs e via enumerando: il rapporto tra

risorse versate a contributo dei fondi sanitari e il beneficio fiscale è almeno di 3 a 1 e - fatto più importante - il maggior contributo è a carico del datore di lavoro, a fronte di un contenuto impegno del lavoratore.

A ciò si aggiunga che il presupposto dei fondi è la mutualità, per cui le risorse del fondo vanno a sostenere anche le prestazioni dei familiari non lavoratori e pensionati.

Si tratta di un quadro ben diverso rispetto a quello di un'assicurazione: nel caso di polizza sanitaria individuale, il beneficio fiscale non stimola un patto sociale ma favorisce un aumento della produzione il cui premio assicurativo non va a coprire le categorie che non pagano. Questo anche in conseguenza del fatto che le assicurazioni svolgono un ruolo economico e quindi devono fare profitto, mentre i fondi sanitari svolgono un ruolo sociale e, non distribuendo utili, destinano tutte le risorse a prestazioni.

Con il meccanismo di finanziamento dei fondi sanitari, le risorse vengono suddivise a carico di più soggetti: imprese, lavoratori/famiglie e solo in parte lo Stato se ne fa carico attraverso la fiscalità.

Valore ha effettuato una simulazione sulla base di dati statistici (fonte Inps) relativi a tutti i contratti di lavoro riguardanti il numero dei dipendenti per contratto di lavoro e relativa distribuzione di reddito per le annualità 2013 e 2014: ha ipotizzato che tutti i contratti di lavoro prevedano per i propri dipendenti un contributo a un fondo sanitario con percentuali di contribuzione analoghe a quelle dei fondi esistenti. L'ammontare di risorse a disposizione dei fondi sanitari sarebbe così pari a oltre 40 miliardi di euro, cioè tali da coprire l'intera spesa sanitaria nazionale cosiddetta out of pocket, cioè non coperta da Ssn e a carico delle famiglie. L'estensione a tutti i contratti di lavoro di un contributo ai fondi sanitari andrebbe certo attuato con un meccanismo graduale negli anni che permetta alle aziende di assorbire l'onore contributivo. Ciò, comunque, nel caso di aziende che assumono e che quindi possono combinare gli effetti di incremento di costo nell'ambito di politiche salariali, affinché il tutto non sia controproducente per il sistema produttivo.

La conclusione è semplice ma di grande impatto: senza ricorrere ad assicurazioni di cittadinanza, a manovre finanziarie per ampliare la spesa sanitaria pubblica, tali da compromettere i vincoli di stabilità, bensì con un vero e proprio patto sociale, si potrebbe rispondere al tema della sostenibilità della spesa sanitaria nazionale. La chiave sta nel valorizzare il ruolo dei fondi sanitari e mettere a un tavolo comune i ministeri competenti in Sanità, Lavoro ed Economia con datori di lavoro e lavoratori.

IL SOSTEGNO AL SSN

I fondi sanitari sono interessati a dare il meglio delle prestazioni ai propri iscritti e proprio per questo sono fortemente propensi a stipulare accordi di convenzione con il sistema pubblico, gli ospedali. In questo senso le risorse dei fondi sanitari potrebbero essere opportunamente indirizzate attraverso accordi pubblico (ospedali)-privato (fondi) a sostenere in parte la spesa sanitaria delle Regioni.

Anche su questo tema è auspicabile aprire dei tavoli di lavoro tra Regioni, fondi sanitari e strutture sanitarie pubbliche per sviluppare accordi di partenariato.

LA FUNZIONE INTEGRATIVA

I fondi sanitari possono essere indirizzati a svolgere un complemento alle prestazioni del sistema sanitario pubblico, sia in termini di tipologia di prestazione che di funzionalità.

Per esempio in un recente tavolo di lavoro promosso da Valore e organizzato dal Politecnico di Milano, sono state esaminate alcune applicazioni cliniche di Telemedicina sviluppata da aziende sanitarie di eccellenza quali Besta, Monzino, Maugeri che dimostrano come la pratica clinica sia già più avanti della norma, la quale ancora non regola le prestazioni sanitarie da un punto di vista tariffario; ebbene, parte delle risorse dei fondi sanitari potrebbe essere destinata a sostenere e finanziare le prestazioni in telemedicina già ora, in abbinamento e in attesa delle risorse che arriveranno dal Recovery Plan in fase di negoziazione in queste settimane.

SANITÀ COMPLEMENTARE

La nuova Rivista online
di Lavoro&Welfare
realizzata dallo
Studio Labores
di Cesare Damiano
e dallo Studio
De Angelis Savelli & Associati.



*In una rivista, tutto quel
che c'è da sapere
sul nuovo orizzonte di
evoluzione del welfare
integrativo.*

**PER ESSERE INFORMATI SULLE
PROSSIME INIZIATIVE
CONTATTACI ALL'INDIRIZZO MAIL
LAVOROWELFARE@GMAIL.COM**