

FONDI SANITARI, LA NECESSITÀ DI UN RIORDINO

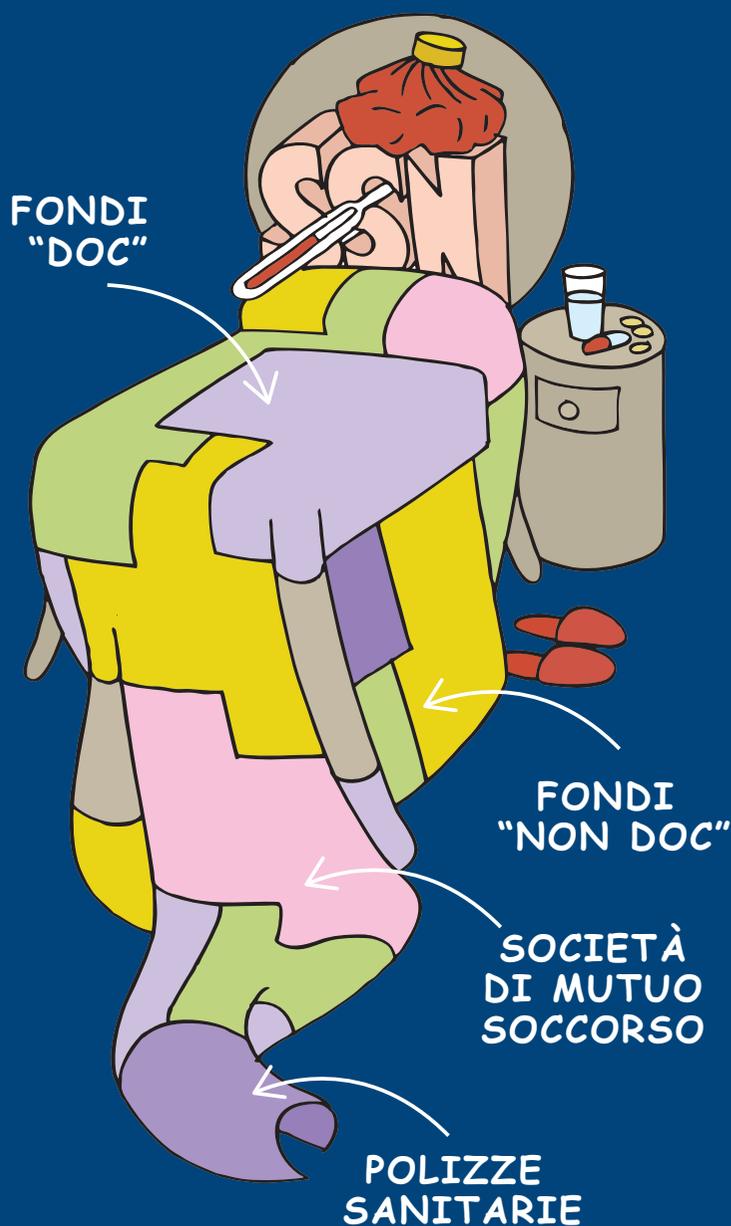
SONO CIRCA DIECI MILIONI GLI ITALIANI ISCRITTI A UNA FORMA DI SANITÀ INTEGRATIVA
NEL 2014 RACCOLTI PREMI ASSICURATIVI PER OLTRE 2 MILIARDI DI EURO

Executive summary

Il sistema sanitario italiano è un impianto complesso, fondato sulla centralità pubblica e su principi di universalità, articolato su diversi livelli di responsabilità e governo, con un'accentuata differenziazione territoriale nella qualità ed efficienza delle prestazioni. Gli operatori privati rivestono una funzione importante ma ancora relativamente poco sviluppata.

L'assetto complessivo presenta aspetti positivi - l'Italia è tra i paesi con le minori disuguaglianze nello stato di salute generale della popolazione - e punte di eccellenza, ma anche gap da colmare e sfide ineludibili, come ridurre i tempi di attesa e fenomeni di razionamento delle cure, o come far fronte all'incremento dei bisogni sanitari causati dall'invecchiamento della popolazione. È necessario definire un framework sostenibile e una nuova universalità "selettiva" che garantisca le prestazioni indispensabili e incondizionate per determinate fasce di popolazione, riguardo alle quali il presidio pubblico deve rimanere centrale, e ampliando l'ambito di intervento delle forme sanitarie integrative, con riferimento alle prestazioni alle quali già oggi si ricorre in maniera significativa mediante spesa "di tasca propria".

Nell'attuazione di questo programma, il riordino delle forme integrative rappresenta un passaggio fondamentale. L'assetto attuale è caratterizzato dalla presenza di diversi operatori con servizi, standard di trasparenza e tutele verso gli iscritti non sempre confrontabili tra loro. Per rendere il mercato più efficiente, promuovendo un'effettiva competizione, è necessario innanzitutto allineare, come è avvenuto per la previdenza, gli incentivi fiscali a favore dell'assistenza integrativa, correggendo un'asimmetria che attualmente penalizza i prodotti assicurativi e, in generale, le forme individuali di copertura. È poi indispensabile definire precisi standard gestionali e un assetto armonizzato di regole e controlli per dare garanzie a quanti si rivolgono a strutture private per quelle prestazioni non erogate dal SSN.



Il patchwork della sanità integrativa

La storia della sanità integrativa in Italia ha accompagnato la vita del Paese fin quasi dalla sua costituzione. Era il 1886 quando furono regolamentate le società operaie di mutuo soccorso che fornivano un'assistenza ai lavoratori in mancanza, a quel tempo, di un vero welfare state. Al Quirinale dimoravano i Savoia e a Palazzo Chigi sedeva Agostino Depretis. Da allora molta acqua è passata sotto i ponti ma quella legge è rimasta in vigore e se ne sono aggiunte molte altre. La sanità integrativa è così divenuta nel corso degli anni un patchwork multicolore di molte pezze, con regole poco armonizzate e nomi scarsamente intelleggibili ai non addetti ai lavori. Vi sono, appunto le vecchie società di mutuo soccorso accanto ai fondi doc - d'annata potremmo dire - e a quelli che non che non possono esibire una simile etichetta. Vi sono casse con personalità giuridica e non, sostitutive o integrative al Servizio Sanitario Nazionale. E, ciò che più importa a chi usufruisce delle loro prestazioni, non tutti godono del medesimo regime fiscale. Il testo unico delle imposte dirette (Tuir) consente in molti casi di dedurre annualmente dal reddito i contributi versati a una forma di assistenza integrativa fino all'importo massimo di 3615,20 euro, ma chi è iscritto individualmente a una forma di assistenza, o ha sottoscritto una polizza sanitaria non può usufruire di questo beneficio.

Si stima che circa 10 milioni di italiani facciano ricorso a una forma di assistenza integrativa, ma sul loro numero effettivo non vi sono dati certi. Mentre per chi è titolare di un contratto con una compagnia (in tutto sono circa 4 milioni) lo standard di trasparenza è elevato, assoggettato alle regole in vigore per tutto il sistema assicurativo, il numero degli iscritti agli altri fondi sanitari è conosciuto alle autorità ma non è pubblico. Dal 2009 i fondi debbono essere iscritti a un'anagrafe tenuta dal Ministero della Salute che, tuttavia, non rende accessibili quei dati. Chissà perché. Sicché non è possibile sapere, in concreto, cosa si agiti nella magmatica realtà della sanità integrativa italiana. Secondo le scarse informazioni distillate dal ministero della Salute nel corso di convegni o audizioni parlamentari, i fondi sanitari integrativi registrati nel 2013 erano in tutto 361 ai quali risultavano iscritti 5,8 milioni di contribuenti. Il 55% dei fondi erogava le sue prestazioni attraverso una convenzione con una compagnia d'assicurazione e il 45% risultava "autoassicurato".

Fondi sanitari integrativi

Potrebbe essere definita il "secondo" pilastro del sistema sanitario italiano anche se il legislatore, a differenza di quanto è avvenuto nella previdenza complementare, non le ha mai assicurato il medesimo status, confinando la sanità integrativa a un ruolo sostanzialmente ancillare rispetto al SSN. In questo universo, per effetto di successivi interventi legislativi non sempre coerenti tra loro, possono essere sostanzialmente distinte due grandi famiglie:



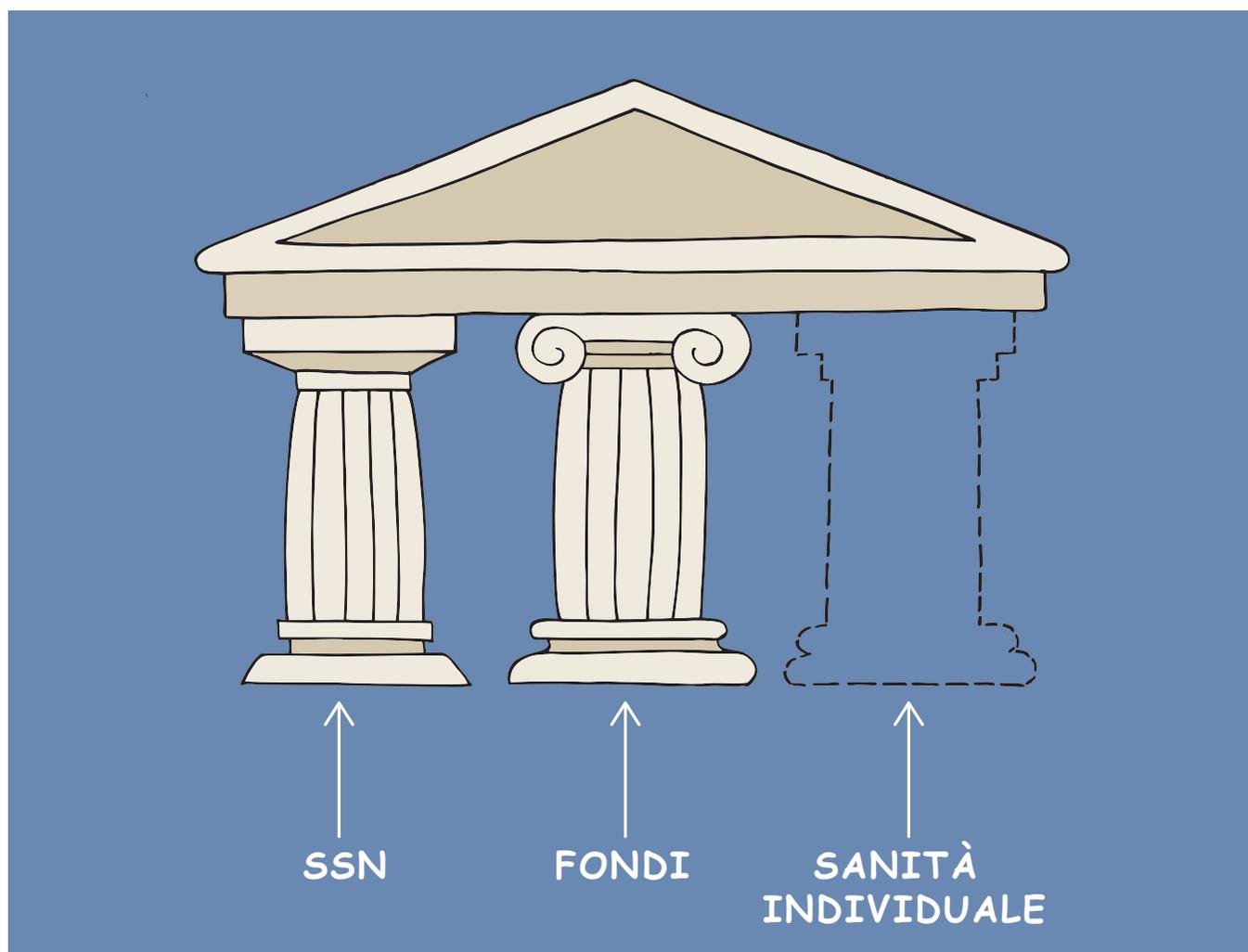
- **Fondi cosiddetti "Doc"**, integrativi del servizio sanitario nazionale. Sono stati istituiti con l'art.9 del dlgs. 502/1992 successivamente consolidato nella "riforma Bindi" (dlgs.299/1999). Si chiamano integrativi perché disegnati con l'obiettivo di "potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (Lea)". Addirittura nella loro denominazione - stabilisce la legge sancendone la natura - debbono contenere esplicitamente l'indicazione "Fondo integrativo del SSN". A carico dei fondi Doc la legge stabilisce l'esplicito divieto ad adottare strategie di selezione dei rischi, in sintonia con il carattere universalistico del servizio sanitario nazionale, ma con scarso rispetto per le peculiarità che dovrebbero caratterizzare fondi non obbligatori. Laddove, infatti, la copertura dei rischi della salute non è offerta a un'intera comunità ma dipende da una libera scelta individuale, sono possibili fenomeni di selezione avversa dei rischi. Cioè, in concreto, che siano spinti ad assicurarsi soggetti già ammalati o predisposti più di altri a contrarre determinate malattie facendo venire meno le basi tecniche della gestione. I fondi doc possono essere istituiti da contratti o accordi collettivi, regolamenti di regioni ed enti locali, deliberazioni assunte da organizzazioni non lucrative operanti nel settore dell'assistenza, deliberazioni assunte da società di mutuo soccorso riconosciute, atti assunti da altri soggetti pubblici o privati "purché non adottino strategia di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti". La legge ha disciplinato in dettaglio le prestazioni erogabili da questi soggetti tra cui rientrano:
 - a. prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati fra cui sono comprese:

- le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
 - le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
 - l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza, odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.
- b.** prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
- c.** prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.
- Un successivo decreto del ministro della Salute Livia Turco nel 2008 ha allargato l'elenco delle prestazioni

erogabili anche a quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente.

Disciplina fiscale Ai fondi ex-art.9 del decreto legislativo n.5012/1992 si applica l'art.10 del Testo unico delle imposte dei redditi che consente la deducibilità fiscale dei contributi versati entro un tetto annuo di 3.615,20 euro. L'aderente potrà, inoltre, portare in detrazione la quota parte delle spese sanitarie rimasta a proprio carico.

- **Fondi "non doc"**. Sono definiti dall'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917 (Tuir) come "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali". Il fatto che il legislatore abbia fatto riferimento a questo universo soltanto nel testo unico delle imposte sui redditi già chiarisce la volontà di non procedere ad alcuna tipizzazione se non nell'ambito di disposizioni fiscali. Questi organismi hanno dunque piena libertà d'azione, sancita dai propri statuti i quali definiscono anche le modalità d'iscrizione. Questa può avvenire in forma collettiva o individuale. Per essere



classificati in questa categoria del Tuir, usufruendo delle medesime facilitazioni fiscali dei fondi "doc", queste forme di assistenza integrativa - ha stabilito il decreto Turco - devono tuttavia dimostrare di aver destinato annualmente il 20% dell'ammontare complessivo delle attività a favore degli iscritti nelle prestazioni previste per i fondi doc., o similari. Anche in questo caso, in aggiunta alla deducibilità fiscale dei contributi, è prevista la detrazione fiscale delle spese rimaste a carico degli aderenti. Un successivo (2009) decreto del ministro Maurizio Sacconi ha meglio precisato l'elenco delle prestazioni ammissibili ai fini del rispetto della soglia del 20%, distinguendo in pratica quattro aree: l'assistenza odontoiatrica, incluse le protesi; le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per i non autosufficienti per favorire l'autonomia e la permanenza a casa, ma anche presso strutture residenziali e semiresidenziali non assistibili a domicilio; le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale da garantire ai non autosufficienti, sia a casa sia presso strutture esterne; le prestazioni destinate al recupero di soggetti temporaneamente inabili per infortunio o malattia, dagli ausili ai dispositivi medici fino alle cure termali e alla riabilitazione.

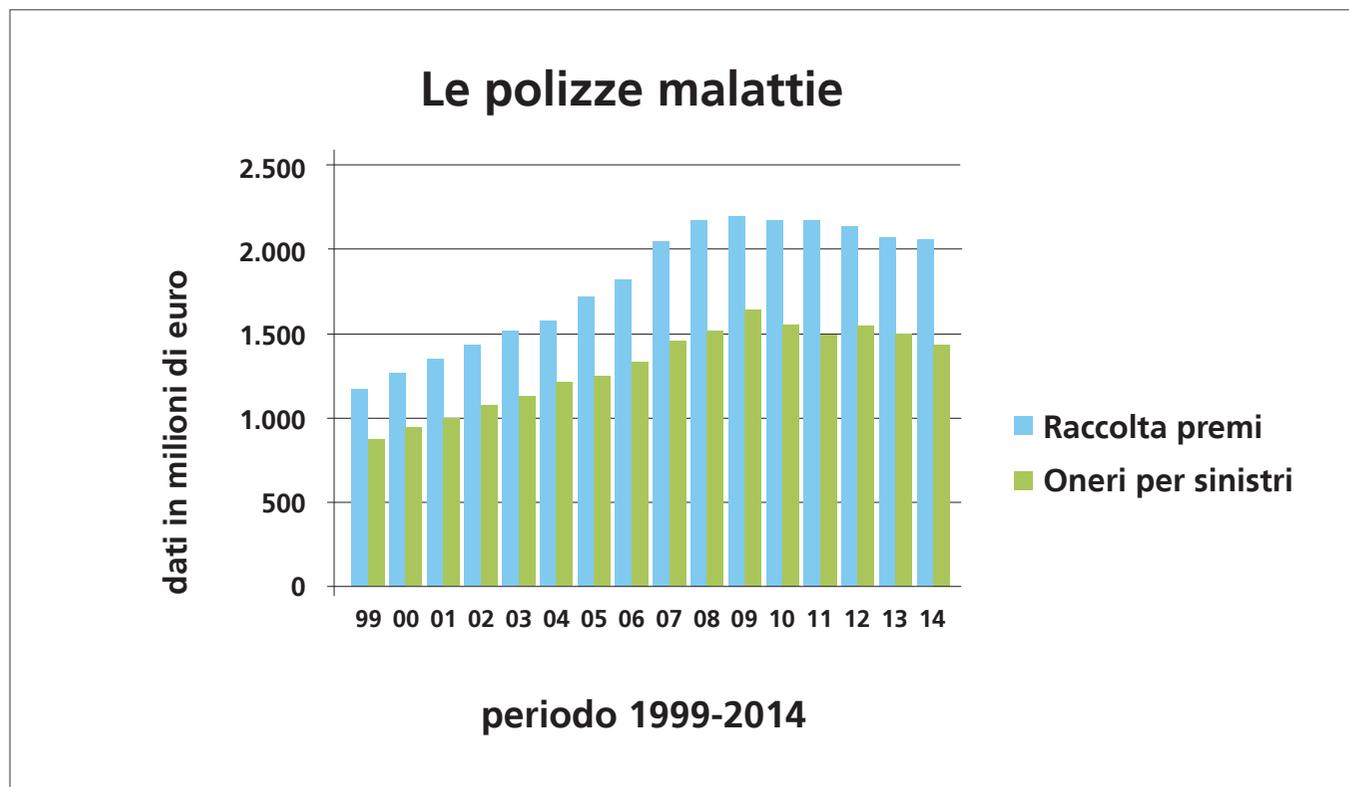
Disciplina fiscale

Rispettando il tetto del 20%, si applica a tali fondi l'art.51 del Tuir. Anche quest'ultimo prevede lo sgravio contributivo annuo fino a 3.615,20 euro ma

purché la contribuzione sia avvenuta "in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale". Tale impostazione è stata ribadita dall'Agenzia delle Entrate che, in una recente risposta a un interpello (dicembre 2014), ha ribadito che lo sgravio contributivo è limitato ai lavoratori dipendenti per effetto di un contratto o regolamento aziendale. Lavoratori autonomi o soggetti che si iscrivono individualmente per propria scelta a tale tipologia di fondi sono fuori dai benefici.

- **Assicurazioni e prestazioni sanitarie.** Le assicurazioni detengono una posizione di leadership nella sanità integrativa italiana. Sono circa un milione e mezzo di famiglie direttamente coperti attraverso una polizza malattia (rami danni) che prevede l'impegno a rimborsare le spese sanitarie sostenute dall'assicurato e/o dai suoi familiari o l'erogazione di una prestazione medica attraverso strutture convenzionate. A questo numero vanno aggiunti i circa 3 milioni di soggetti aderenti a fondi integrativi convenzionati con una impresa assicuratrice per l'erogazione dei servizi sanitari. Inoltre esistono casse sanitarie costituite da assicuratori aperte all'adesione di aziende che intendono offrire ai propri dipendenti garanzie sanitarie integrative a quelle erogate dal SSN.

La sottoscrizione di un contratto assicurativo può assumere la forma di una polizza vita laddove - è



ad esempio il caso della copertura dei rischi di non autosufficienza (Ltc) - è prevista la corresponsione di una rendita a favore di soggetti colpiti da eventi invalidanti che ne compromettono l'autosufficienza. Nel 2014 sono stati raccolti premi assicurativi per circa 2 miliardi di euro relativi al ramo malattie (vedi tabella), un ammontare sostanzialmente stabile rispetto al 2013. A questi si aggiungono premi per circa 70 milioni di euro, classificati nello specifico comparto del ramo vita, a copertura dei rischi di perdita di autosufficienza (LTC) (vedi tabella). I numeri sono ancora modesti ma fanno comunque riferimento a una popolazione di 250mila persone che hanno deciso individualmente di assicurare questo rischio. E a cui vanno comunque sommate circa 500mila persone che attraverso accordi collettivi hanno inserito la copertura LTC nel pacchetto di sanità integrativa.

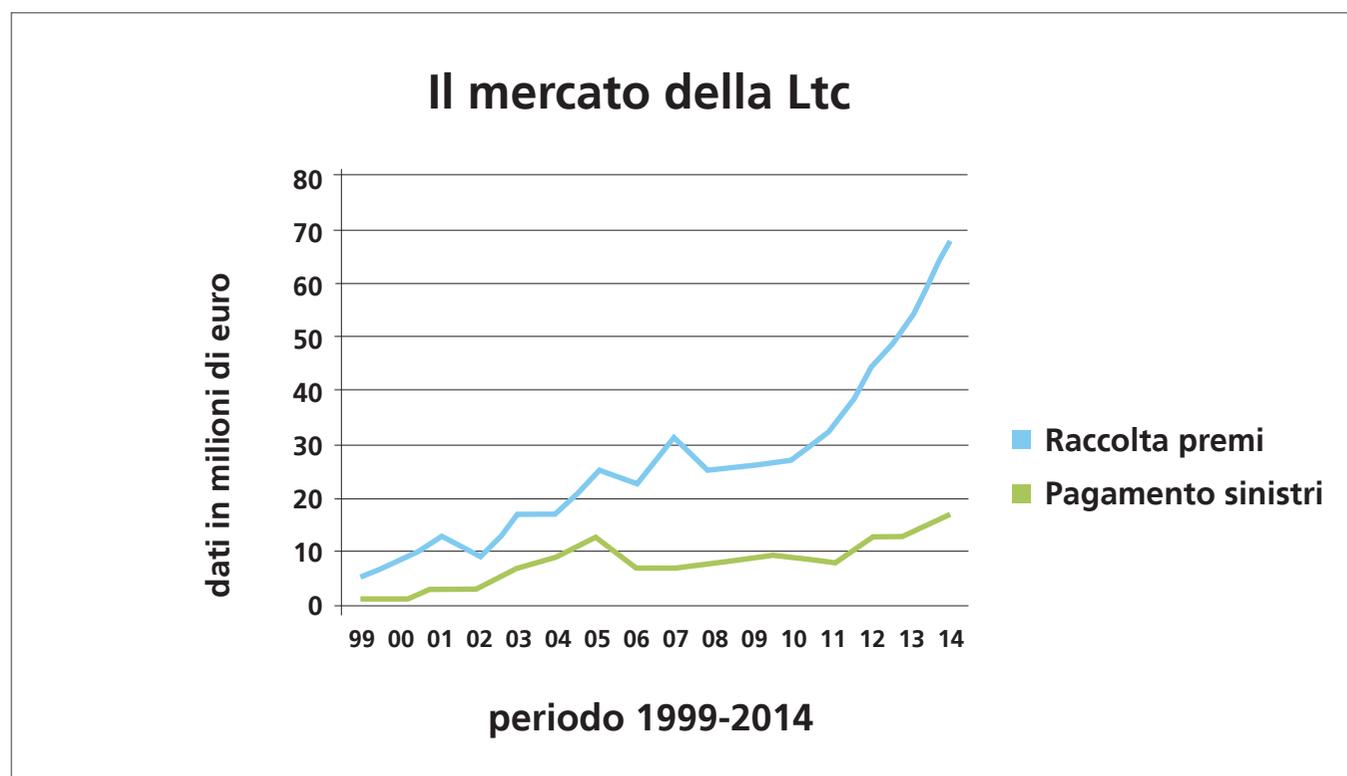
Disciplina fiscale

A dispetto dell'importanza che hanno assunto nella sanità italiana, le polizze assicurative sono ancora fiscalmente sfavorite rispetto alle altre forme di sanità integrativa. L'unica eccezione è rappresentata dai suddetti contratti di copertura della Ltc che beneficiano della detrazione d'imposta del 19% dei relativi premi fino a un importo annuo di 1.291,14 euro.

Laddove un assicuratore svolge il ruolo di gestore di fondi Doc e non doc, i contributi versati ai fondi seguono le regole fiscali di quelle forme di sanità

integrativa. Nel caso, invece, di polizze sanitarie vere e proprie non vi sono particolari vantaggi. Non soltanto i premi non sono detraibili dal reddito imponibile ma sono anche assoggettati all'imposta del 2,5 per cento. Sul fronte opposto, le spese mediche sostenute dai cittadini sono detraibili fiscalmente, nei limiti stabiliti dalla legge, anche se parzialmente o interamente riscalate da un assicuratore. Si potrebbe sostenere che un simile sistema dopotutto è vantaggioso, perché concentra i benefici nel momento in cui un soggetto è colpito da una malattia e quindi si trova in condizioni di particolare vulnerabilità.

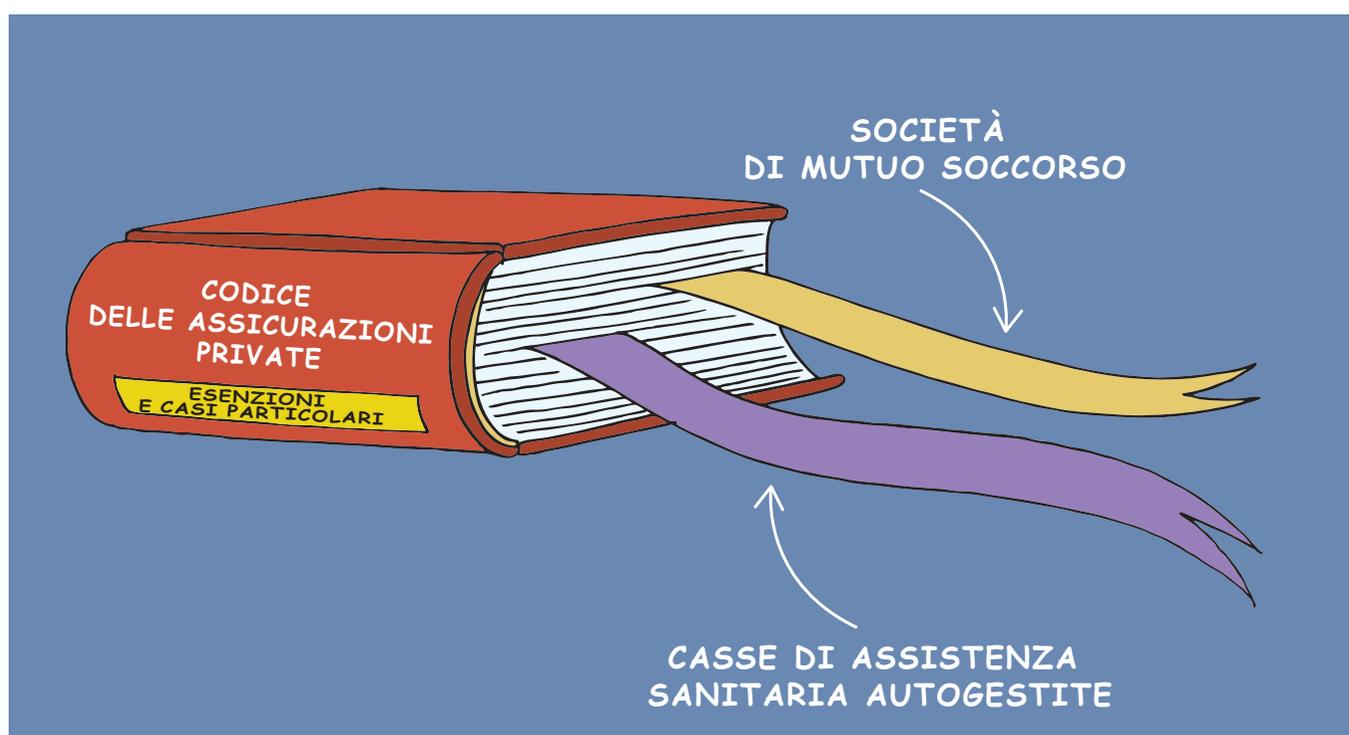
Vi sono però due buoni motivi che rendono l'attuale architettura inappropriata. Innanzitutto la mancanza di una deducibilità dei premi versati non incoraggia certamente lo sviluppo in Italia della sanità integrativa individuale, proprio nel momento in cui il SSN riduce progressivamente le sue prestazioni. Inoltre - è questo il secondo vulnus dell'attuale sistema - anche il regime fiscale ex post vale solo per chi se lo è potuto permettere. Cioè per quanti sono comunque riusciti a pagare di tasca propria le prestazioni sanitarie non fornite dall'SSN. Secondo l'ultima edizione del X Rapporto del Center for economic and international studies (Ceis) nel 2011 il 7,2% della popolazione residente over 15 anni - una platea di ben 3 milioni 700mila cittadini - ha dichiarato di aver rinunciato a spese mediche perché non in grado di sostenerle.



Le norme disapplicate del Codice delle assicurazioni

Nell'affollato ginepraio di leggi e regolamenti che disciplinano la sanità integrativa in Italia vi sono anche disposizioni che non sembrano aver trovato finora un'effettiva applicazione. Sono quelle contenute nel Cap, il Codice delle Assicurazioni private (2005), che per le Società di Mutuo Soccorso che raccolgono contributi al di sotto di determinate soglie, stabilisce delle esenzioni, restando applicabile per quelle che la legge definisce "Casse di assistenza sanitaria autogestite". Chi sono quest'ultime? Occorre in primo luogo sgombrare il campo da confusioni terminologiche e, attribuendo alle parole il significato sostanziale che le parole hanno, concludere che in questa definizione debbano necessariamente rientrare anche i fondi sanitari integrativi gestiti in autonomia. Diversamente, di che stiamo parlando? La ratio del legislatore, nel momento di redigere le norme del Cap, era chiara: evitare che forme surrettizie di assicurazione, al di là di una limitata soglia operativa, potessero eludere una normativa posta a presidio degli assicurati. Anche su questo occorre evitare formalismi. Se un soggetto (mutua o fondo sanitario che sia) sta promettendo una prestazione sanitaria, o una forma di indennizzo in caso di malattia, svolge un'attività che ha molti punti in comune con quella di un assicuratore. Il punto essenziale riguarda l'esistenza o meno di una garanzia. Ciò che infatti caratterizza un contratto

assicurativo è il trasferimento effettivo di un rischio da un soggetto (l'assicurato) a un altro (l'assicuratore) che, a fronte di un premio, garantisce la controparte di tenerla immune da quel rischio. Se c'è una garanzia, insomma, quel rapporto è di tipo assicurativo. Ma anche senza addentrarsi in grandi discussioni giuridiche sarebbe in ogni caso opportuno - al fine di proteggere gli iscritti ai fondi sanitari - disegnare un sistema di regole quantomeno simile a quello in vigore per l'industria delle polizze che, dopotutto, vanta la maggiore esperienza su come si assumono e si gestiscono i rischi. Sarebbe come se qualcuno, ristrutturando per proprio conto l'impianto elettrico della sua abitazione, decidesse di trascurare le buone regole degli elettricisti perché la legge non ne fa menzione. In questo caso, per giunta, la legge ne fa menzione e risalta ancora di più il contrasto con la situazione esistente. Quelle casse attualmente sono sottoposte a requisiti di adeguatezza patrimoniale e organizzativa, nonché obblighi di tenuta dei libri e registri contabili, di gran lunga inferiori a quelli contemplati per le compagnie d'assicurazione. E i loro esponenti aziendali esibiscono requisiti professionali molto meno severi rispetto a quelli cui debbono sottostare amministratori e top manager di una compagnia. Occorre inoltre osservare che l'indirizzo degli estensori del Codice delle Assicurazioni rappresentava una strada



obbligata visto che l'art.3 della "prima direttiva europea sui prodotti non vita" (1973), tuttora in vigore, aveva incluso nel proprio perimetro applicativo anche le mutue con un ammontare annuo di contributi superiore al milione di unità di conto dell'epoca.

In coerenza con la cornice regolamentare comunitaria il legislatore italiano esonerò completamente dal Cap le mutue con pagamenti complessivi agli iscritti inferiori ai 100mila euro l'anno. Per gli organismi di più vasta dimensione - una raccolta contributiva annua inferiore a 500mila euro per il settore vita e di un milione nei rami danni - dispose una limitata applicazione del Codice delle assicurazioni. Sopra quelle soglie però le mutue dovevano essere considerate come compagnie di assicurazione a tutti gli effetti. Quanto alle casse sanitarie autogestite avrebbero dovuto comunque sottostare al titolo IV del Cap, che disciplina le norme a carico delle mutue. Anche in quel caso, insomma, superate determinate soglie operative, sarebbe dovuto scattare in automatico l'obbligo di conformarsi alla

normale disciplina del settore assicurativo. È avvenuto così, per gli organismi di maggiore dimensione?

La risposta è semplice: no.

Vi sono società di mutuo soccorso (vedi tabella) che hanno abbondantemente superato le soglie previste dal Cap senza aver presentato domanda di autorizzazione a svolgere l'attività assicurativa.

Anche nel caso di Casse sanitarie autogestite non mancano esempi di soggetti che superano di gran lunga le soglie previste dalla legge (vedi tabella 2)

La confusione è accentuata dal fatto che talvolta le società di mutuo soccorso e le casse di assistenza autogestite, nel promuovere i propri servizi, utilizzano termini quali "assicurazione", "servizi assicurativi" che possono ingenerare equivoci sulla loro natura.

È appena il caso di richiamare che precise disposizioni dell'Ivass (l'autorità di vigilanza del settore assicurativo) vietano esplicitamente l'uso di una simile terminologia da parte di soggetti non autorizzati a svolgere l'attività riservata a una compagnia.

Numeri-chiave desunti dai bilanci di alcune società di mutuo soccorso

Denominazione	Anno	Contributi	Prestazioni	Numero assistiti
Campa	2012	11.200.000	9.394.000	2.800
Mba	2012	21.731.175	20.438.891	140.000
Mutua Malnate	2013	461.506	474.173	3.000

Fonte: elaborazioni Ania

Fondi sanitari autogestiti: i principali operatori

numeri-chiave desunti dai bilanci

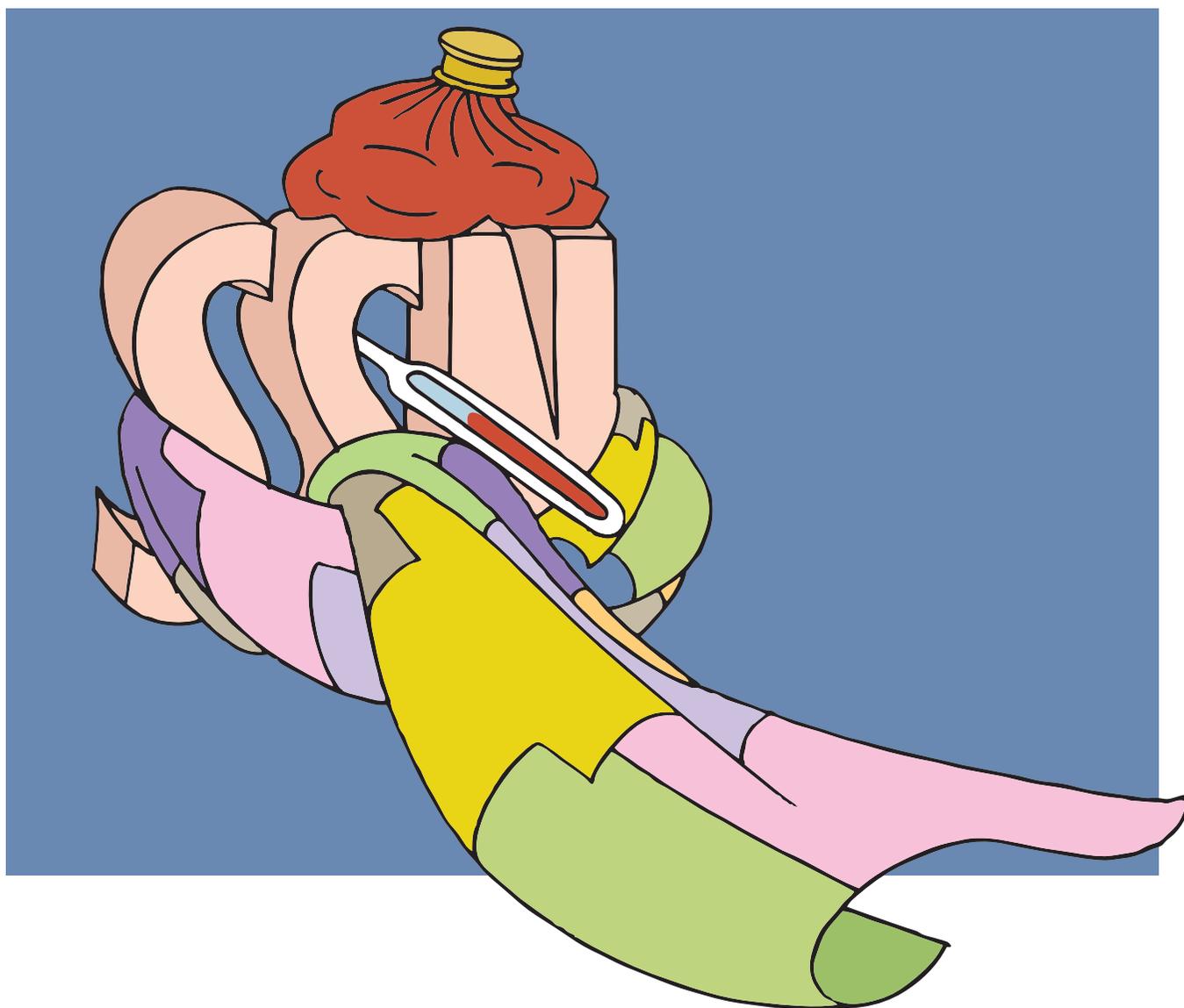
Denominazione Fsa	Anno	Contributi	Prestazioni	Numero assistiti
Faschim (*)	2013	43.200.000	n.d.	150.000
Casagit	2011	84.400.000	68.200.000	52.375
Fisde	2012	43.447.000	35.291.000	n.d.
Fasi	2012	324.166.000	292.445.000	131.748

(*) Stima

Fonte: elaborazioni Ania

Senza voler pervenire all'accusa di abusivo esercizio dell'attività assicurativa non sempre simili soggetti mettono in giusta evidenza i limiti del loro oggetto sociale. Non solo. Nel corso degli anni alcune società di mutuo soccorso o casse sanitarie autogestite hanno partecipato a diverse gare per l'aggiudicazione di servizi sanitari in concorrenza con imprese assicurative, ciò che configura un chiaro esempio di concorrenza sleale nei confronti di soggetti ben altrimenti vigilati. Tra l'altro i premi assicurativi sono assoggettati a imposta a differenza di quelli versati alle mutue. L'ammissione di tali soggetti alle predette gare finisce di fatto per legittimare un'indebita equiparazione tra soggetti operanti in settori distinti e per vari motivi disciplinati da

sistemi legislativi e regolamentari non confrontabili tra loro. Tale situazione non solo è obiettivamente fonte di fenomeni di squilibrio concorrenziale ai danni del settore assicurativo ma rischia di determinare con tutta evidenza anche una pesante riduzione della tutela dei lavoratori, poiché i piani sanitari integrativi possono essere affidati a soggetti che non dispongono dei medesimi presidi previsti in materia di patrimonializzazione, solvibilità e controllo dal Codice delle assicurazioni private. Da ultimo non si può sottacere che l'ammissione alle gare dei soggetti "non assicuratori" configura di per sé una gestione del bando e della conseguente gara esposta a impugnativa da parte di concorrenti che si ritengono lesi in un loro interesse legittimo.



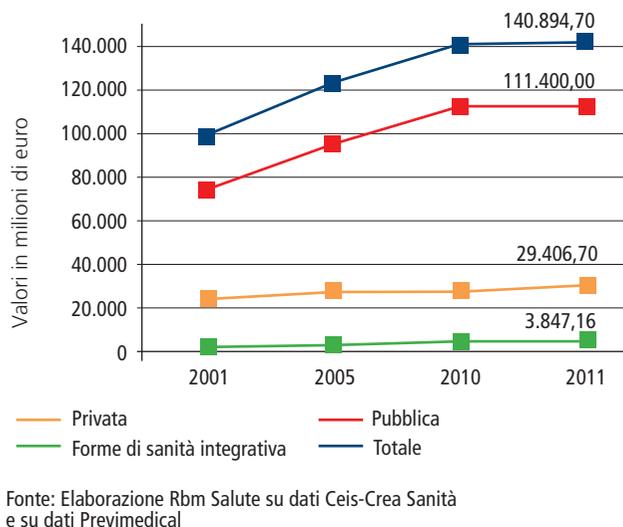
Le contraddizioni dell'attuale assetto

Distinzione ideologica tra prestazioni integrative e sostitutive del SSN

A esaminare la babele che caratterizza la realtà italiana dei fondi sanitari integrativi non sfuggono le contraddizioni che una così ampia e confusa produzione legislativa ha sedimentato nel corso degli anni. Sempre più fittizia, in particolare, appare la distinzione tra fondi integrativi e sostitutivi del Sistema Sanitario Nazionale, che sorregge anche l'attuale struttura di incentivi fiscali. Il legislatore si è affezionato a un'interpretazione nominalistica e non effettiva del carattere integrativo dei fondi doc preoccupandosi di ritagliare loro un ruolo nei servizi non affidati al SSN più che verificare in concreto le carenze dell'attuale sistema della sanità pubblica. Che importanza può avere che una Tac sia formalmente prescrivibile da un ospedale pubblico se poi i tempi di attesa rendono del tutto inutile quel sussidio diagnostico? E perché quel servizio, offerto da un fondo o una polizza sanitaria deve essere considerato sostitutivo del SSN se, a ben vedere, è del tutto integrativo di una prestazione che il sistema pubblico non riesce a erogare con efficienza? L'ideologia, applicata alla sanità, può fare brutti scherzi. "Il finanziamento privatistico dell'assistenza sanitaria è stato collocato dal legislatore - precisa un decreto del ministero della Salute in cui definisce gli ambiti di intervento dei fondi Doc e non Doc - in una prospettiva di complementarità rispetto a quello gravante sul sistema pubblico nella convinzione che su quest'ultimo incomba comunque il dovere, di derivazione costituzionale, di garantire le prestazioni sanitarie ritenute essenziali e che, quindi, ferma restando la libertà di costituire fondi privati per il finanziamento di prestazioni già erogate dal servizio sanitario nazionale, occorresse incentivare prevalentemente i fondi privati finalizzati a erogare le altre prestazioni non comprese nei livelli essenziali". In realtà l'art.32 della Costituzione "tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti", ma non entra nel merito della natura del sistema sanitario, se cioè debba essere pubblico, privato o misto.

Ciò che importa è tradurre in pratica tali finalità con un sistema sanitario efficiente. E se dunque un cittadino non riesce a ottenere da una struttura pubblica prestazioni sanitarie essenziali in tempi ragionevoli - cui avrebbe costituzionalmente diritto - ed è dunque costretto a rivolgersi altrove, il discorso andrebbe ribaltato. In quel caso lo stato dovrebbe incentivare proprio quelle prestazioni private, perché relative a livelli essenziali non efficacemente presidiati dalla sanità pubblica. Se così non fosse non si capirebbe il motivo per cui la spesa sanitaria out of pocket (di tasca propria) degli italiani continua ad aumentare, anno dopo anno, e riguarda sempre più prestazioni che dovrebbero essere fornite dal SSN.

La crescita della spesa sanitaria



Il divieto di selezione dei rischi

Un pregiudizio ideologico è anche alla base del divieto di selezione dei rischi e di discriminazione posto a carico dei fondi Doc. Come già accennato in precedenza, il legislatore ha voluto disegnare la sanità integrativa come propaggine del sistema sanitario nazionale, sancendone il carattere universalistico e vietando qualunque forma di discriminazione all'accesso. Non ha tenuto in alcun conto il fatto che quelle prestazioni sono erogate da soggetti privati e, soprattutto, non sono obbligatorie. Una piena libertà d'accesso senza la possibilità di selezionare i rischi, quando non si assicurino intere comunità, comporta necessariamente un rischio per un gestore, perché corrono a iscriversi soggetti più inclini di altri a contrarre patologie se non addirittura con patologie in corso. Si può naturalmente tener conto di questa distorsione e posizionare l'ammontare dei contributi richiesto agli iscritti a un livello compatibile con la classe di rischio più elevata ma, a quel punto, quel fondo non risulterà più conveniente per i contribuenti con un rischio sanitario nella media, che eviteranno pertanto di iscriversi facendo venir meno il principale obiettivo della sanità integrativa. Nel corso degli anni sono state avanzate proposte per circoscrivere questa problematica. "Dovrebbe essere possibile adottare strategie di selezione del rischio nella fase di ingresso nel fondo, mentre non dovrebbero essere consentite nella fase "di vita" del fondo. Se un soggetto ha un aggravamento per la propria situazione di rischi durante la permanenza nel fondo non è sicuramente ipotizzabile né ammissibile una esclusione di tale soggetto" (Aurelio Candian e altri in "la sanità in Italia", 2008 Il Sole 24 ore). Ma il pregiudizio ideologico ha sempre impedito l'approdo a soluzioni effettivamente praticabili. Il risultato è stato una soluzione "all'italiana" con soggetti che sovente mettono in atto pratiche escluse dalla legge.

Scheda 1

Selezione dei rischi

Polizze e fondi integrativi a confronto

Ecco a confronto due tipologie contrattuali, una proveniente dal mondo assicurativo, che tradizionalmente utilizza tecniche di selezione dei rischi. L'altra da un fondo integrativo che invece non dovrebbe tenerne conto. Le due modalità di adesione (decorrenza ed esclusioni) sono presentate in forma anonima e in nota, a pagina 12, c'è la "soluzione del caso", cioè a quale soggetto (assicurazione o fondo) si riferiscono. Ciascuno potrà rendersi conto delle differenze.

Soggetto 1

Limite d'età - Il limite di età per la prima iscrizione alle protezioni di..., che comportano rimborsi delle prestazioni sanitarie, è di 60 anni, tranne che per la protezione x, riservata a chi aderisce in un'età compresa tra 60 e 65 anni.

Decorrenza - Periodo che deve trascorrere tra la data di iscrizione e il godimento del diritto a chiedere i rimborsi. Per esami di laboratorio e diagnostica, visite specialistiche e ticket: decorrenza 90 giorni. Per ricoveri: in caso di infortunio 1 giorno (con referto di pronto soccorso); in caso di malattia o intervento chirurgico, decorrenza 30 giorni; in caso di parto 300 giorni.

Esclusioni - Gli aderenti non possono ottenere le prestazioni previste all'art. 2 del presente Regolamento per malattie (nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste etiopatogenicamente rapportabili) preesistenti alla data della loro iscrizione o a quella di variazione della loro posizione assistenziale.

Sono inoltre escluse: le malattie nervose e/o mentali; le malattie congenite; le malattie e/o infortuni provocati da fatti colposi di terzi; le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni.

Sono escluse anche le prestazioni: cure odontoiatriche; per cure estetiche; per malattie e/o infortuni derivanti da risse e ubriachezza, da maneggio di armi o in genere da manifesta imprudenza; per malattie e o infortuni causati da competizioni sportive agonistiche; tutte le prestazioni, sia sanitarie che economiche, eseguite a scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up).

Scheda 1bis

Selezione dei rischi

Soggetto 2

Limite d'età - "... può essere sottoscritto da persone che, al momento della stipulazione del contratto non abbiano superato il 65° anno di età e può essere mantenuto fino al raggiungimento dell'80° anno di età".

Decorrenza - Dal giorno di effetto del contratto, la garanzia decorre dalle ore 24:

- a) dello stesso giorno per gli infortuni e l'aborto post-traumatico;
- b) del trentesimo giorno successivo per le malattie, l'aborto spontaneo e terapeutico;
- c) del trecentesimo giorno successivo per il parto;
- d) del centottantesimo giorno successivo per le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche e malformazioni insorte anteriormente alla stipulazione del contratto, non conosciute e/o non diagnosticate al momento di detta stipulazione o, se conosciute, purché dichiarate alla Società.

Esclusioni - La copertura non comprende:

- a) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- b) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, e alle relative prove e allenamenti;
- c) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto l'influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose;
- d) le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto e sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave;
- e) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- f) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del contratto; la deviazione del setto o della piramide nasale sono compresi in garanzia solo se resi necessari da infortunio, su presentazione di certificazione



Il soggetto 1 è un fondo sanitario collettivo gestito da una mutua
Il soggetto 2 è una polizza malattia individuale

Distribuzione

Non può non essere rimarcata la differenza esistente nelle regole di condotta in vigore su chi offre al pubblico prestazioni sanitarie integrative. La distribuzione di prodotti assicurativi è gestita da una rete professionale di venditori che, per esercitare la propria attività, devono sottostare a un esame d'ingresso presso l'Ivass (l'autorità di controllo) con periodici corsi di aggiornamento. Ai distributori di polizze è poi fatto obbligo di analizzare le esigenze del cliente per verificare il rispetto della regola dell'adeguatezza dei contratti offerti. La distribuzione di fondi sanitari o pacchetti di prestazioni sanitarie da parte di mutue fa invece capo a una rete non professionale di venditori (promotori mutualistici), in alcuni casi (mutue) aderenti ad albi professionali privati (ANAPROM), ai quali è possibile accedere senza esame presidiato da un'autorità pubblica. Non è in vigore alcuna forma di vigilanza. Chi distribuisce quei prodotti non è obbligato a rispettare le esigenze del cliente né a sottostare al test dell'adeguatezza.

Assetti gestionali e di vigilanza. Nella miriade dei fondi sanitari integrativi esistenti in Italia possono essere individuati due fondamentali criteri gestionali. La tenuta del bilancio di una cassa, cioè la corrispondenza tra contributi versati dagli iscritti e erogazione delle prestazioni può essere realizzata utilizzando il criterio della ripartizione o della capitalizzazione. Tutto dipende dal tipo di servizi che il fondo si è impegnato a erogare e dalla natura delle sue obbligazioni. Nel criterio a ripartizione i contributi incassati sono "ripartiti" tra coloro che richiedono prestazioni mediche. Tutto ciò è realizzabile se gli impegni - ad esempio visite specialistiche o esami di laboratorio - sono circoscritti nel tempo (ad esempio un anno) e le frequenze dei "sinistri" - cioè le richieste di intervento da parte degli

iscritti - sono relativamente costanti. Anche in questo caso l'ordine degli attuari, nelle "regole applicative dei principi attuariali e linee guida per le valutazioni" raccomanda comunque di costituire accantonamenti tecnici, sotto forma di riserve di senescenza, riserve premi, riserva sinistri e riserva di sicurezza (o perequazione). Laddove gli impegni sono invece a lungo termine - si pensi, ad esempio, alla copertura dei rischi di non autosufficienza - la costituzione di riserve vere e proprie a capitalizzazione è indifferibile. In quel caso si tratta di costituire appropriati accantonamenti nel corso del tempo, da liberare a favore degli iscritti che in futuro saranno colpiti da quella determinata patologia. La presenza di un gestore assicurativo rappresenta la forma più tutelante. Innanzitutto perché, con la sottoscrizione di un contratto assicurativo, è la stessa compagnia che risponde con il suo patrimonio degli impegni contratti con gli assicurati. Ma soprattutto perché si tratta di una rete di protezione con regole consolidate nel tempo e sulla quale vigila un'autorità di controllo (Ivass). In mancanza di un contratto assicurativo il rischio, anche di inadempimento del fondo per mancanza di liquidità, rimane a carico dei suoi iscritti. Per giunta, come già si è avuto modo di segnalare, quello dei fondi sanitari è un mondo multiforme, dai connotati non sempre chiarissimi, in mancanza di regole per la pubblicità dei bilanci, e su cui grava l'assenza di una vigilanza effettiva. Non può non essere rimarcato, infatti, che l'anagrafe tenuta dal ministero della Salute non configura un sistema autorizzatorio vero e proprio e non implica una vigilanza sui fondi sanitari integrativi che vi sono iscritti. Peraltro il ministero della Salute sarebbe certamente idoneo a valutare la qualità delle prestazioni erogate da quelle casse ma non necessariamente possiede le competenze adatte per controllare i loro bilanci e le loro assunzioni attuariali.



Le proposte del settore assicurativo per lo sviluppo del ruolo delle forme sanitarie integrative

Da tempo il settore assicurativo ha elaborato proposte per una riforma sostenibile della sanità italiana con una suddivisione dei compiti tra il sistema sanitario nazionale e forme integrative, seguendo la stessa strada sulla quale già si sono incamminati molti altri paesi. Il presupposto per giungere a un riordino della sanità integrativa è che, come già sottolineato in precedenza, il suo ambito di intervento risulta tuttora sostanzialmente indeterminato e rimane elevato il ricorso alla spesa "di tasca propria" da parte delle famiglie. Ciò determina inefficienza dei costi sanitari, gravando la spesa totalmente e direttamente sui soggetti che la sostengono, quando non degenera come detto in fenomeni di esclusione sanitaria di intere fasce di popolazione a causa della citata lunghezza dei tempi di attesa per la prestazione dei servizi richiesti. Va sottolineato che lo sviluppo delle forme sanitarie integrative non rappresenta solo un'area di interdipendenze o di competizione tra soggetti privati, ma una fonte di risorse che può contribuire agli obiettivi di tutela della salute e di miglioramento della qualità dei servizi sanitari offerti, anche attraverso i benefici per i cittadini derivanti dal ruolo di "gruppi d'acquisto" che tali forme possono assumere e grazie a positive sinergie tra pubblico e privato che potrebbero essere ottenute coinvolgendo maggiormente gli operatori privati nella programmazione e nel finanziamento della spesa. Peraltro, il graduale cambiamento di composizione delle cure sanitarie a favore di quelle di lunga degenza, che avranno in prospettiva una preponderanza ancora maggiore, pone seri interrogativi sulla capacità di proteggere adeguatamente, in special modo con riferimento alle famiglie più vulnerabili, dall'esposizione a rischi di long-term care, aggravata dalla riduzione delle reti di welfare familiare. Il limitato sviluppo di coperture private, oltre ad apparire insufficiente rispetto ai bisogni attesi, comporta anche un mancato legame delle risorse per prestazioni sanitarie con il risparmio di lungo termine. Le risorse accantonate per le prestazioni future, infatti, verrebbero investite con la stessa ottica di lungo periodo, e potrebbero quindi favorire un maggior ricorso agli investimenti e ritorni positivi sull'economia. Benefici possono derivare, inoltre, dall'interazione tra forme sanitarie integrative e regioni nella gestione dei piani sanitari territoriali. I piani sanitari regionali

individuano gli aspetti strategici e gli interventi da realizzare per la tutela della salute e il miglioramento dei servizi. Per molte regioni, sarebbe opportuno tener conto nella programmazione della spesa delle possibili sinergie tra diverse fonti di finanziamento, pubblica e privata. Infine, esiste anche, dal lato della "domanda" dei cittadini, un gap di consapevolezza sui vantaggi della prevenzione e sulle scoperture del sistema pubblico, per queste ultime con particolare riferimento all'attesa riduzione delle forme di protezione previste dal sistema pubblico a fronte della perdita di autonomia, aggravata dalla minore capacità di tutela costituita dalle reti familiari.

Il maggior ricorso alle forme integrative comporterebbe vantaggi fiscali ed economie grazie ai benefici del convenzionamento con le strutture sanitarie o grazie ad analoghi risparmi nel caso i cui dette forme fossero proprietarie delle strutture stesse. Le forme integrative cercherebbero di stringere convenzionamenti con le strutture sanitarie o di gestirle direttamente con criteri orientati a qualità ed efficienza, anche in termini di prestazioni innovative, spingendo i provider al miglioramento dei servizi prestati, con ulteriori benefici per i cittadini. Inoltre, la maggiore diffusione di coperture dei rischi sanitari:

- migliorerebbe l'equità del finanziamento del sistema, ripartendo il costo dei risarcimenti su un più ampio insieme di soggetti esposti e permettendo al singolo di tutelarsi da conseguenze incerte e potenzialmente elevate a fronte di contributi di livello contenuto;
- ridurrebbe la variabilità dei risarcimenti e quindi il costo atteso delle coperture, trattandosi di rischi omogenei non correlati;
- consentirebbe di investire gli accantonamenti a fronte di prestazioni future nell'economia, determinando un circolo virtuoso tra domanda sanitaria crescente e accumulazione di risorse finalizzate al loro soddisfacimento;
- contribuirebbe a una maggiore fedeltà fiscale sui consumi sanitari;
- aumenterebbe il grado di protezione della popolazione, il ricorso a misure di prevenzione, con benefici in termini di efficienza delle cure e produttività, incrementando in definitiva la fiducia e la sicurezza dei cittadini.

Scheda 2

Proposta

Va promosso lo sviluppo delle forme sanitarie integrative, attraverso:

- l'ampliamento del loro ambito di intervento dalle attuali prestazioni "vincolate" – corrispondenti ad aree a ridotto presidio pubblico (cure odontoiatriche, riabilitative e non autosufficienza) alle prestazioni alle quali già oggi i cittadini ricorrono in modo significativo con spesa "di tasca propria" (prevenzione, visite specialistiche e alta diagnostica, ricoveri ospedalieri);
- l'innalzamento della soglia delle nuove prestazioni "vincolate" dall'attuale 20% al 50%, di cui almeno la metà da destinare alla copertura delle attuali prestazioni "vincolate";
- il rafforzamento del ruolo della contrattazione collettiva e delle parti sociali, che pur avendo già dimostrato di saper individuare forme di sostenibilità delle coperture previdenziali, sanitarie e assistenziali, presentano margini di ulteriore miglioramento nella diffusione di coperture di lunga durata (long term care) e in termini di estensione dell'efficacia delle coperture anche al nucleo familiare dei lavoratori;
- l'istituzione dei piani sanitari individuali, che in analogia ai piani individuali pensionistici rappresentino un'opzione aggiuntiva messa a disposizione di tutti i cittadini, anche quando non destinatari di forme collettive;
- il maggiore coinvolgimento delle forme sanitarie integrative nella programmazione e gestione delle risorse, nonché nella selezione dei servizi, che potrebbe costituire una ulteriore fonte di finanziamento, anche attraverso forme di convenzionamento con le strutture pubbliche, e fornire un contributo tecnico per ottimizzare, dato un budget di spesa, i servizi da erogare; a tal fine, le regioni dovrebbero avviare tavoli tecnici finalizzati ad analizzare prospettive e opportunità di un'effettiva integrazione tra SSN e forme sanitarie integrative;
- la maggiore sensibilizzazione dei cittadini sull'importanza della prevenzione e sui rischi legati alla longevità e alla perdita di autosufficienza, anche attraverso la promozione di campagne informative e l'estensione del progetto della "busta arancione", volto com'è noto a informare tutti i cittadini sulla stima della pensione futura, anche con riferimento alle prestazioni in caso di invalidità e al gap di protezione rispetto ai rischi di perdita dell'autonomia.

Testo unico sulla disciplina delle forme sanitarie integrative

Rispetto all'attuale assetto dell'ambito sanitario-assistenziale privato e alle interazioni con la componente pubblica, si avverte la mancanza di un "testo unico" di riferimento della sanità integrativa che introduca un quadro organico di norme sul funzionamento delle forme sanitarie integrative ispirato, pur nella considerazione delle specificità esistenti, a principi di equiparazione tra forme sanitarie che perseguono gli stessi obiettivi, in analogia alle scelte già compiute in ambito previdenziale.

Ciò avrebbe il merito di eliminare le attuali disparità di trattamento anche fiscali tra forme integrative e garantire sicurezza ed equità di trattamento anche agli iscritti a tali forme, favorendo la diffusione, la trasparenza e l'affidabilità delle stesse. La definizione di un chiaro e uniforme quadro di regole che, in analogia a quanto già fatto per la previdenza complementare, delinea il "campo di gioco" della sanità integrativa, diviene una condizione necessaria in coerenza con l'auspicato sviluppo delle forme sanitarie integrative.



Scheda 3

Proposta

Va introdotto un "testo unico" della sanità integrativa che, in analogia al d.lgs.252/2005 per la previdenza complementare, regoli gli ambiti di interesse delle forme sanitarie integrative, quali il finanziamento, il regime delle prestazioni, i modelli gestionali, la governance, la vigilanza, i mezzi patrimoniali e organizzativi da detenere e la fiscalità, con principi di equiparazione delle forme ed eliminazione di disparità.

Il perimetro di interesse deve comprendere strumenti anche di diversa natura (fondi sanitari e piani di tipo assicurativo, forme negoziali e aperte, collettive e individuali) che perseguono le stesse finalità e che devono quindi essere caratterizzati da requisiti coerenti, a garanzia dei cittadini, permettendo una pluralità di opzioni. L'equiparazione delle forme sanitarie integrative deve comprendere anche i profili fiscali, estendendo le norme sulla deducibilità dei contributi versati dagli assistiti anche alle forme integrative di tipo assicurativo, eliminando altresì su queste ultime l'attuale imposizione fiscale sui premi. Lo stesso principio di equiparazione deve far sì che, in via generale, le forme sanitarie integrative non possano attuare misure di esclusione o discriminazione dei soggetti assistiti in ragione del loro stato di salute, della loro età o del loro sesso.

ALLEGATO 1 – PROPOSTA DI “TESTO UNICO” SULLE FORME SANITARIE INTEGRATIVE

Si riportano di seguito le principali disposizioni che il settore assicurativo ritiene debbano essere introdotte attraverso un “testo unico” di legge che disciplini le forme sanitarie integrative del S.S.N.

Definizioni e istituzione delle forme sanitarie integrative
Le forme sanitarie integrative sono:

a. “forme sanitarie integrative collettive”: le forme istituite o adeguati ai sensi dell’articolo 9 del d.lgs. 502/1992 nonché gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all’art. 51, c. 2, del D.P.R. 917/1986, iscritti nell’apposita sezione dell’Anagrafe e ai quali è possibile aderire collettivamente o individualmente (fondi sanitari negoziali, fondi sanitari aperti);

b. “forme sanitarie integrative individuali”: i piani individuali sanitari iscritti nell’apposita sezione dell’Anagrafe, ai quali è possibile aderire individualmente, istituiti mediante contratti di assicurazione stipulati con imprese di assicurazioni autorizzate dall’Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS) ad operare nel territorio dello Stato o quivi operanti in regime di stabilimento o di prestazioni di servizi.

Le forme sanitarie integrative possono essere istituite da:

a. contratti e accordi collettivi, anche aziendali, limitatamente, per questi ultimi, anche ai soli soggetti o lavoratori firmatari degli stessi;

b. accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;

c. accordi tra soci lavoratori di cooperative, promossi da associazioni nazionali di rappresentanza del movimento cooperativo legalmente riconosciute;

d. regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;

e. deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso o da organizzazioni non lucrative operanti nei settori dell’assistenza sanitaria o socio-sanitaria;

f. gli enti di diritto privato di cui al d.lgs. 509/1994 e al d.lgs. 103/1996, con l’obbligo della gestione separata, sia direttamente sia secondo le disposizioni di cui alle lettere a) e b);

g. imprese di assicurazione.

Costituzione delle forme sanitarie integrative e iscrizione all’Anagrafe

Le forme sanitarie integrative possono essere costituite come:

a. soggetti dotati di personalità giuridica;

b. associazioni non riconosciute ai sensi dell’art. 36 del codice civile;

c. società di mutuo soccorso ai sensi della l. 3818/1886;

d. contratti di assicurazione stipulati con imprese di assicurazione autorizzate dall’Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ad operare nel territorio dello Stato o quivi operanti in regime di stabilimento o di prestazioni di servizi.

Le forme istituite ai sensi delle lettere a) e b) possono essere altresì attuate tramite i contratti di assicurazione di cui alla lettera d).

La denominazione della forma deve contenere l’indicazione “forma sanitaria integrativa del Servizio Sanitario Nazionale”, la quale non può essere utilizzata da altri soggetti.

Le forme sanitarie integrative individuali e collettive si iscrivono all’Anagrafe dei fondi sanitari, nelle rispettive sezioni.

Gli statuti, i regolamenti e la documentazione informativa delle forme sanitarie integrative da consegnare all’iscritto sono redatti sulla base di schemi standard predisposti dall’Autorità di vigilanza, e disciplinano le modalità della partecipazione dei soggetti assistiti, le modalità di gestione delle prestazioni, la governance della forma sanitaria integrativa e tutte le altre vicende e informazioni individuate dallo schema predisposto dall’Autorità di vigilanza. In ogni caso, gli statuti e i regolamenti delle forme sanitarie integrative includono il nomenclatore delle prestazioni nonché le modalità di accesso alle stesse, le prerogative dell’iscritto e le caratteristiche principali della copertura sanitaria, con evidenza della presenza di carenze, franchigie e massimali.

Soggetti assistiti

Alle forme pensionistiche complementari possono aderire in modo individuale o collettivo:

a. i lavoratori dipendenti, sia privati sia pubblici, anche secondo il criterio di appartenenza alla medesima impresa, ente, gruppo di imprese, categoria, comparto o raggruppamento, anche territorialmente delimitato, o diversa organizzazione di lavoro e produttiva;

b. i lavoratori autonomi e i liberi professionisti, anche organizzati per aree professionali e per territorio;

c. i soci lavoratori di cooperative, anche unitamente ai lavoratori dipendenti dalle cooperative interessate;

d. i soggetti destinatari del d.lgs. 565/1996, anche se non iscritti al fondo ivi previsto;

e. i componenti dei nuclei familiari dei soggetti di cui alle precedenti lettere da a) a d), in forma collettiva o individuale, anche mediante il versamento di quote di contribuzione volontaria aggiuntiva con le modalità e nei limiti fissati dagli statuti e dai regolamenti della forma sanitaria integrativa.

Gli statuti e i regolamenti devono prevedere che le forme sanitarie integrative non possano attuare misure di esclusione o discriminazione dei soggetti assistiti in ragione del loro stato di salute, della loro età o del loro sesso. Eventuali esclusioni di particolari tipologie di prestazioni devono avere carattere di generalità e devono essere oggetto di esplicita informativa all'iscritto.

Finanziamento

Il finanziamento della forma sanitaria integrativa può essere attuato mediante il versamento di contributi a carico del lavoratore e del datore di lavoro. Nel caso di lavoratori autonomi e di liberi professionisti il finanziamento è attuato mediante contribuzioni a carico dei soggetti stessi. Nel caso di soggetti diversi dai titolari di reddito di lavoro o d'impresa e di soggetti fiscalmente a carico di altri, il finanziamento alle citate forme è attuato dagli stessi o dai soggetti nei confronti dei quali sono a carico.

Le forme e le modalità di contribuzione sono disciplinate dalle fonti istitutive, dagli statuti o dai regolamenti.

Modelli gestionali, bilancio e mezzi patrimoniali

Le forme sanitarie integrative gestiscono i rischi:

a. direttamente, nel rispetto delle indicazioni di cui ai successivi commi e dagli artt. 52 e 308 del Codice delle Assicurazioni Private;

b. mediante la stipula di contratti di assicurazione con imprese di assicurazione autorizzate dall'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ad operare nel territorio dello Stato o quivi operanti in regime di stabilimento o di prestazioni di servizi.

Per la stipula dei contratti di assicurazione di cui al punto b. le forme sanitarie integrative richiedono offerte contrattuali attraverso la forma della pubblicità notizia su almeno due quotidiani a diffusione nazionale. La richiesta di offerte contrattuali è formulata in maniera da consentire il raffronto dell'insieme delle condizioni contrattuali con riferimento alle diverse tipologie di prestazioni offerte.

Le forme sanitarie integrative di cui al punto a., che gestiscono direttamente i rischi, devono dotarsi di:

- riserve tecniche sufficienti a garantire, in relazione al complesso degli impegni assunti e per quanto ragionevolmente prevedibile, le obbligazioni nei confronti dei soggetti assistiti, incluse quelle che risultano necessarie per far fronte al pagamento dei sinistri avvenuti, qualunque sia la data di denuncia, e non ancora pagati, nonché alle relative spese di liquidazione;
- attività patrimoniali supplementari, calcolate in rapporto all'ammontare annuo dei contributi, calcolate in linea con le disposizioni previste nel settore assicurativo.

La normativa definisce le condizioni alle quali le stesse forme sanitarie che gestiscono direttamente i rischi possono, per un periodo limitato, detenere riserve insufficienti nonché le condizioni in cui l'Autorità di vigilanza può limitare o vietare la disponibilità dell'attivo delle medesime forme che non dispongano di attività patrimoniali adeguate alla normativa.

Le forme sanitarie integrative osservano regole omogenee nella redazione dei bilanci, adottando uno schema di bilancio standardizzato predisposto dall'Autorità di vigilanza.

Ambiti di intervento e regime delle prestazioni

Gli ambiti di intervento delle forme sanitarie integrative comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione da esse assicurate secondo i propri statuti o regolamenti.

Gli ambiti di intervento si intendono rispettati a condizione che le forme sanitarie integrative attestino di aver destinato, singolarmente o congiuntamente, almeno il 50 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, alle seguenti prestazioni:

a. prestazioni sanitarie per la prevenzione delle patologie;

b. prestazioni di assistenza odontoiatrica per la prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie odontoiatriche;

c. prestazioni, anche sotto forma di rimborso forfettario, finalizzate all'assistenza socio-sanitaria rivolta a soggetti non autosufficienti o al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio

d. visite specialistiche e alta diagnostica.

In ogni caso, le prestazioni di cui alle lettere a., b. e c. devono costituire le prestazioni prevalenti, alle quali le forme sanitarie integrative sono obbligate a destinare, singolarmente o congiuntamente, almeno la metà del predetto 50 per cento.

Autorità di vigilanza, risk management e governance

Le forme sanitarie integrative sono sottoposte a un'unica Autorità di vigilanza che controlla che le stesse forme operino secondo principi di sana e prudente gestione, trasparenza e correttezza dei comportamenti, avendo riguardo alla stabilità, all'efficienza, alla competitività ed al buon funzionamento del sistema, alla tutela degli iscritti, all'informazione ed alla protezione dei consumatori.

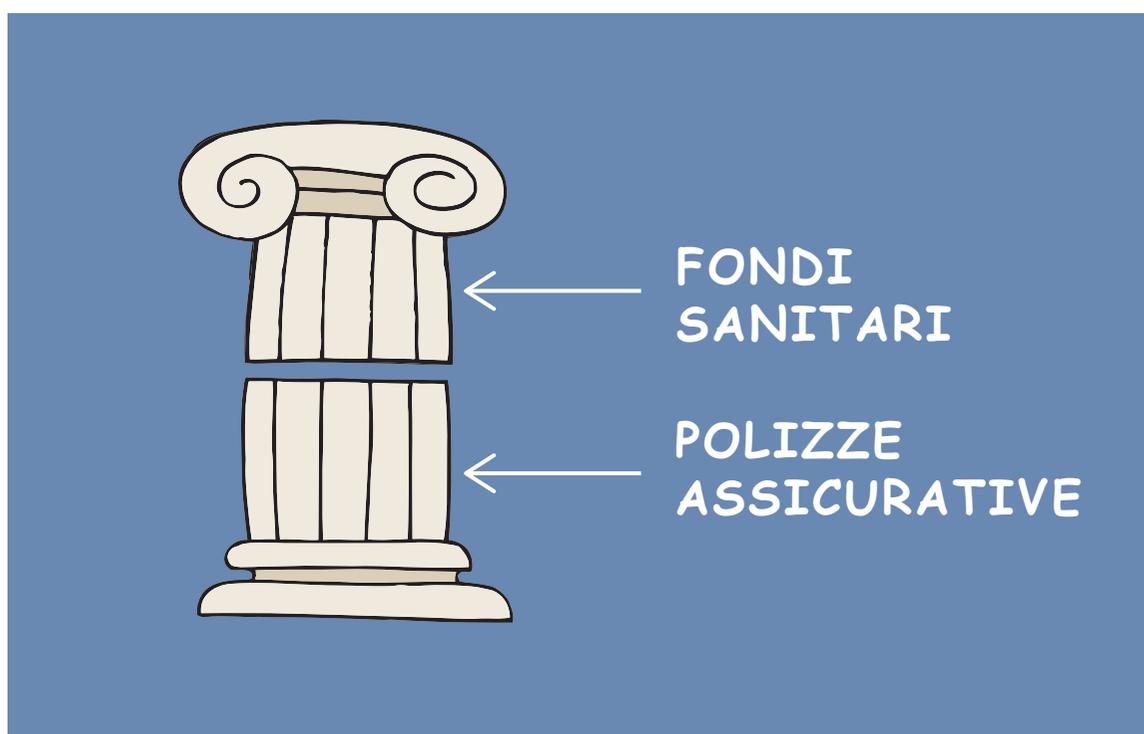
L'Autorità svolge le proprie funzioni mediante l'esercizio dei poteri previsti dalle disposizioni del "testo unico" e adotta ogni regolamento necessario a perseguire gli obiettivi della vigilanza.

La forma sanitaria integrativa opera con un'ideale organizzazione amministrativa - anche in termini di requisiti di onorabilità e professionalità dei componenti degli organi amministrativi e di controllo - e contabile, nonché con un adeguato sistema di controllo interno, che prevede procedure atte a far sì che i sistemi di monitoraggio dei rischi siano correttamente integrati nell'organizzazione e che siano prese tutte le misure necessarie a garantire la coerenza dei sistemi posti in essere al fine di consentire la quantificazione e il controllo dei rischi.

Regime fiscale dei contributi

I contributi versati alle forme sanitarie integrative dal lavoratore e dal datore di lavoro o committente, sia volontari sia dovuti in base a contratti o accordi collettivi, anche aziendali, sono deducibili, ai sensi dell'articolo 10 del TUIR, dal reddito complessivo per

un importo annuo non superiore ad euro 3.615,20. Per i contributi versati nell'interesse dei familiari a carico, spetta al soggetto nei confronti del quale dette persone sono a carico la deduzione per l'ammontare non dedotto dalle persone stesse, fermo restando l'importo massimo deducibile complessivamente stabilito.



Ania
Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici