

Audizione 22 gennaio 2019 - XII Commissione Affari sociali Camera dei Deputati

Fimiv per l'equità e la solidarietà dei fondi sanitari integrativi

La Federazione Italiana della Mutualità Integrativa e Volontaria (FIMIV), fondata nel 1900 quale Federazione delle società di mutuo soccorso (SMS), è l'organizzazione nazionale di rappresentanza, promozione, sviluppo e difesa delle società di mutuo soccorso e degli enti mutualistici associati.

La FIMIV raggruppa le più importanti Società di mutuo soccorso italiane. Aderisce alla Lega nazionale delle cooperative e mutue (Legacoop), al Forum del terzo settore. A livello internazionale è membro della Associazione internazionale della mutualità (AIM).

È riconosciuta dal Ministero dell'Interno quale "Ente nazionale con finalità assistenziali", ai sensi della Legge n. 287/91, del D.P.R. n. 235/2001 e del D.P.R. n. 640/72.

La legge di riferimento per le società di mutuo soccorso è la legge 15 aprile 1886 n. 3818 "Costituzione legale delle società di mutuo soccorso", che ha stabilito le condizioni e le modalità di acquisizione della personalità giuridica delle SMS. La legge 3818/1886 è stata recentemente modificata dall'articolo 23 del decreto legge del 18 ottobre 2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese", convertito dalla legge 221 del 17 dicembre 2012.

Le società di mutuo soccorso sono Enti del Terzo Settore (ETS) e pertanto hanno una sezione dedicata nel costituendo Registro unico del terzo settore - v. Codice del Terzo settore / decreto legislativo n. 117 del 3 luglio 2017 (Gazzetta Ufficiale n. 179 del 2 agosto 2017), in attuazione della legge delega 106/2016.

Le società di mutuo soccorso sono inoltre espressamente indicate tra i soggetti chiamati ad istituire e/o gestire i fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (art 9, Dlgs n. 229/99).

Nel nostro Paese, **la sanità integrativa** è diventata una componente importante e diffusa della spesa sanitaria, soprattutto nella contrattazione del lavoro, dove coinvolge milioni di lavoratori dipendenti. I suoi effetti si traducono in una opportunità e in un vantaggio socialmente rilevanti per i lavoratori che ne usufruiscono.

I fondi sanitari integrativi sono uno strumento importante di sostegno alla spesa sanitaria privata, in grado di intercettare risorse economiche ingenti, particolarmente dalle imprese, per restituirle ai lavoratori sotto forma di rimborsi. Essi possono inoltre orientare accessi preferenziali verso il SSN, ma anche verso il servizio privato convenzionato a condizioni agevolate.

Le **società di mutuo soccorso** possono essere **fonte istitutiva** o soggetti **gestori** dei Fondi integrativi del SSN e sono pertanto pienamente legittimati e qualificati per le loro caratteristiche mutualistiche (assenza di scopo lucrativo e finalità esclusivamente assistenziali) per fornire un contributo rilevante alle esigenze di integrazione sanitaria dei cittadini.

Le gestioni delle coperture sanitarie integrative affidate alle società di mutuo soccorso garantiscono la piena applicazione dei principi mutualistici:

- assenza di fini lucrativi;
- principio della porta aperta;
- nessuna discriminazione delle persone assistite e garanzia di assistenza per tutta la vita (le società di mutuo soccorso non esercitano mai il diritto di recesso);
- partecipazione democratica delle persone assistite che diventano soci della società di mutuo soccorso, anche in forma mediata.

Criticità fondi sanitari integrativi

L'assistenza complementare per i lavoratori dipendenti ha trovato nella contrattazione collettiva un veicolo di diffusione che negli ultimi tempi ha assunto una dimensione di rispetto: tuttavia emergono criticità significative che inevitabilmente interessano il livello di equità e di solidarietà dell'intero sistema.

È interessante per esempio riflettere sulla possibile correlazione tra fondi sanitari negoziali chiusi (ex art. 51 del Tuir) e fondi sanitari integrativi aperti (ex art. 9 del D.lgs. 229/99). I fondi sanitari di derivazione contrattuale sono già da tempo operanti in Italia, mentre l'iter normativo che sancisce l'effettiva costituzione di quelli integrativi al SSN in forma aperta non si è ancora del tutto concluso: mancano infatti i decreti attuativi sul loro ordinamento e sulle modalità di affidamento in gestione. Tra le due realtà dunque non si è prodotto nel tempo un rapporto utile ad estendere i benefici delle coperture complementari ai soggetti collocati fuori dall'ambito del lavoro dipendente.

Le coperture riguardano generalmente i soli lavoratori dipendenti, fintanto che sussista il rapporto di lavoro, e non sempre esse sono estese volontariamente ai familiari. Il risultato è che ne restano esclusi i soggetti più deboli economicamente, quelli meno tutelati dalla contrattazione collettiva, quelli che sono usciti dall'attività lavorativa, quelli che non appartengono a gruppi associati. Se non si interviene rapidamente ad innescare meccanismi contributivi di tipo associativo solidaristico a compensazione del divario, il rischio più prossimo è una frattura sociale sull'equità dei livelli di tutela.

Sussiste inoltre il rischio di una sperequazione tra fondi negoziali chiusi e fondi integrativi aperti. I primi, sono caratterizzati da una forte concentrazione patrimoniale a riserva grazie all'adesione massiva e certa di lavoratori dipendenti - soprattutto quando la contribuzione è posta per intero a carico del datore di lavoro - e all'erogazione contenuta, poiché il livello medio dell'età degli aderenti abbassa il rischio di morbilità a breve termine. Per i fondi integrativi aperti, è realistico ipotizzare invece una più ridotta concentrazione di riserve, sia perché la propensione all'adesione volontaria con contribuzione a carico diretto dell'assistito è ancora tutta da costruire per ragioni socio-culturali poco favorevoli, sia perché la prevedibile maggiore incidenza di anziani nel gruppo associato innalza drasticamente il rischio a breve termine di incidenza patologica, soprattutto di non autosufficienza, e quindi di erogazione.

Affinché l'opportunità dei fondi sanitari integrativi non si trasformi in un privilegio legato al solo mercato del lavoro, riteniamo sia giusto e proficuo che anche in questo campo i corpi associativi cosiddetti "intermedi" della società civile se ne facciano espressione a vantaggio di tutti i cittadini.

La posizione della Fimiv, in particolare, condivide le preoccupazioni circa il livello di equità e di solidarietà dell'intero sistema.

La mutualità integrativa complementare al SSN non deve essere letta come un arretramento delle tutele dei cittadini, ma al contrario come un passo avanti verso una costruzione del “**cosiddetto secondo pilastro**” dell’assistenza sanitaria in grado di coniugare responsabilità e partecipazione, sussidiarietà, personalizzazione e flessibilità nella copertura dei nuovi bisogni.

Tutti insieme questi aspetti costituiscono il “**welfare mix**” considerato come lo strumento funzionalmente migliore per dare risposte di salute alle persone. Il welfare contrattuale si intreccia dunque con il welfare di comunità. Solo la mutualità è aperta e in grado di declinarsi alle nuove esigenze: occorre superare gli steccati tra le categorie e aggregare risorse ed energie per affrontare le sfide delle spese crescenti in ambito socio-sanitario e i bisogni in aumento.

Nella mission delle Mutue sanitarie integrative vi è dunque sia una **funzione riparatrice** (*intervengono ad aiutare nelle situazioni di difficoltà e di bisogno, sopperiscono alle lacune del SSN e ai suoi razionamenti*) sia anche di responsabilizzazione dei propri soci e assistiti affinché non siano solo dei consumatori di prestazioni sanitarie e sociali, ma dei cittadini consapevoli che vogliono costruire insieme un sistema di tutele basato sulla reciprocità e la relazione.

Nel dibattito corrente si rischia di compiere l’errore di contrapporre all’ universalismo del SSN il ruolo della Sanità integrativa come un elemento appannaggio solo di categorie privilegiate e gestito da compagnie assicurative. È necessario invece prendere consapevolezza del ruolo della mutualità quale corpo intermedio tra istituzioni e cittadini e soggetto del Terzo Settore. Le Mutue in base anche all’aggiornamento normativo del 2012, ripreso dalla riforma del Codice del Terzo Settore, ribadiscono il ruolo di soggetti senza scopo di lucro che **perseguono finalità di interesse generale sulla base del principio costituzionale della sussidiarietà**, attraverso lo svolgimento di attività assistenziale in ambito socio-sanitario, in modo aperto ed inclusivo.

Le Mutue non intendono mettere in discussione il ruolo del SSN ma svolgono privatamente attraverso la contribuzione volontaria o contrattuale una **funzione pubblica** e aiutano a realizzare un universalismo compiuto sia per le prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza che rappresentano davvero dei bisogni scoperti (*odontoiatria, assistenza socio-sanitaria, riabilitazione, non autosufficienza*), sia per superare il razionamento implicito delle prestazioni o per garantire forme flessibili e personalizzate di cura e prevenzione, nonché promuovere stili di vita sana e favorire la promozione della salute. La circostanza che la Sanità integrativa che oggi conta circa 12 milioni di persone sia garantita da Fondi affidati in gestione a compagnie di assicurazione rappresenta una anomalia.

Il legislatore ha infatti previsto l’incentivo fiscale solo per gli enti con esclusiva finalità assistenziale cioè Casse e Società di Mutuo Soccorso senza scopo di lucro valorizzando la loro capacità di restituire la maggior quota di risorse ai propri iscritti. Solo la logica del non profit riesce a garantire assenza di discriminazione nei confronti dei cittadini a prescindere dall’età e dalle condizioni di salute, e assistenza a vita intera.

Proposta Fimiv

Fimiv ravvisa la necessità di pervenire ad un assetto organico e chiarificatore delle norme che disciplinano il funzionamento dei fondi sanitari integrativi al SSN, tenuto conto della volontà di uniformità del trattamento fiscale dei contributi versati ai fondi sanitari di cui agli artt. 51 e 10 del Tuir introdotta con la legge finanziaria del 2008 (legge 24 dicembre 2007 n.244).

I Fondi sanitari integrativi del SSN, così come previsti dalla normativa richiamata, non sono decollati perché non sono appetibili per la gran parte dei cittadini, in quanto limitati a erogare al 100% solo ed esclusivamente prestazioni integrative «complementari o supplementari» e non anche in qualche modo duplicative quando l'accesso al SSN è concretamente compromesso da tempi di attesa non compatibili con le necessità di diagnosi e cura tempestiva.

A tal fine, Fimiv ritiene, al riguardo, si possa superare la sperequazione in atto tra le diverse tipologie di fondi sanitari e superare *l'impasse* per lo sviluppo di quelli aperti integrativi al SSN, completandone le disposizioni attuative e **modificandone gli ambiti delle prestazioni** come segue:

- Le Mutue sanitarie intendono mantenere la detrazione fiscale dei contributi versati alle vere Società di mutuo soccorso, come ribadito dall'art 83 comma 5 del Codice Terzo Settore, che perseguono finalità assistenziali che rappresentano una premialità per la loro funzione sociale (*porta aperta, assistenza a vita intera, assenza di lucro*); vantaggio di cui non devono fruire le realtà create strumentalmente ad hoc ai fini elusivi ed eterodiretti da parte di soggetti profit.
- Confermano il ruolo integrativo, sussidiario e collaborativo rispetto al welfare pubblico e sono sempre pronte a dialogare con le politiche sanitarie nazionali.
- Sono per il mantenimento della distinzione tra le due tipologie di Fondi sanitari integrativi: Fondi negoziali ex art. 51 Tuir e Fondi integrativi del SSN ex art. 9. DLgs 502/92. Sugeriscono tuttavia per questi ultimi di ridurre almeno al 50% le prestazioni integrative, comprendendo tra queste anche quelle complementari (ticket e libera professione intamoenia), al fine di incentivare lo sviluppo di Fondi Sanitari integrativi aperti a tutte le categorie di cittadini.
- Intendono mettersi a disposizione della società civile sintonizzandosi con le esigenze dell'universalismo sanitario pubblico e con quelle dei cittadini, che vedono sempre più ostacolata la possibilità di accesso alle cure e sono spinti a ricorrere al mercato privato, proponendo il proprio modello virtuoso basato sulla responsabilità, la solidarietà e la relazione di fiducia, realizzando una sinergia intergenerazionale e intercategoriale tra coperture rivolte a dipendenti aziendali e quelle aperte a tutti cittadini.