

AUDIZIONE DEL FASI SULL'INDAGINE CONOSCITIVA IN
MATERIA DI FONDI INTEGRATIVI DEL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE

Commissione Affari Sociali – Camera dei Deputati



Audizione del Fasi sull'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi
del servizio sanitario nazionale

Il Presidente

Marcello Santino Garzia

Il Vice Presidente

Luca Del Vecchio

I. Il FASI: le caratteristiche del Fondo

Il Fasi nasce nel lontano 26 novembre 1977 con l'obiettivo di rimborsare, ai dirigenti volontariamente iscritti – in servizio o in pensione, nonché ai loro nuclei familiari – il costo sostenuto per la fruizione di prestazioni sanitarie integrative dell'assistenza fornita dal Servizio Sanitario Nazionale, nell'ambito di un sistema di mutualità e solidarietà intergenerazionale.

Nel corso degli anni il Fondo si è consolidato, aumentando progressivamente il numero dei propri iscritti e delle imprese aderenti, nonché il volume dei rimborsi annualmente erogati, finanziati tramite i contributi di volta in volta stabiliti in conformità a quanto previsto dal Contratto Collettivo Nazionale dei dirigenti industriali.

A. Valori e Caratteristiche

Il FASI è un Ente Bilaterale di origine contrattuale ossia civilisticamente è un'Associazione di secondo livello non riconosciuta - i cui Associati sono Confindustria e Federmanager – iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari sin dalla sua istituzione.

Nel corso dei suoi quarantuno anni di attività il Fondo ha lavorato nella ricerca del miglioramento continuo del servizio offerto ai propri associati senza mai perdere di vista i principi ispiratori sanciti dall'art 1 dello Statuto: la mutualità, la solidarietà intergenerazionale e la non selezione del rischio.

L'equilibrio economico finanziario tra le entrate disponibili e le uscite per prestazioni e per spese di gestione è perseguito nel rispetto del **principio di mutualità** in base al quale gli iscritti, con il pagamento dei contributi, partecipano tutti in egual misura rispetto alla propria categoria di appartenenza, alla spesa complessivamente sostenuta dal Fondo per l'erogazione delle sue attività.

Tale principio è strettamente correlato al rispetto della **solidarietà intergenerazionale** fra dirigenti attivi - statisticamente meno bisognosi di cure - e quelli in pensione - generalmente più bisognosi - e alla **non selezione del rischio**. Il Fondo accoglie gli iscritti ed i familiari *indipendentemente dall'età e dallo stato di salute*, escludendo qualsiasi meccanismo di selezione del rischio. Inoltre, attraverso i servizi e le prestazioni offerte ai pensionati ed ai soggetti non autosufficienti, tutela anche le categorie più deboli.

E' opportuno evidenziare che al Fondo possono iscriversi i dirigenti in servizio o in pensione il cui rapporto di lavoro sia, o sia stato, disciplinato dalle norme collettive per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi ed i loro nuclei famigliari (coniuge, figli fiscalmente a carico, convivente more uxorio, ascendenti e superstite in caso di decesso del dirigente). La popolazione del Fondo così costituita, che al 31 dicembre 2017¹ si attesta a n.291.476, ha subito un percorso evolutivo in linea con l'andamento demografico della popolazione italiana - che ha visto allungarsi l'aspettativa di vita con un conseguente progressivo invecchiamento - ed ha risentito dell'andamento del contratto dei dirigenti industriali sul mercato del lavoro con una lenta e graduale riduzione della sua numerosità. L'iniziale rapporto maggiore all'unità tra dirigenti e servizio e dirigenti in pensione si è via via modificato arrivando nell'anno 2006 a segnare un rapporto inferiore all'unità, ossia il numero dei

¹ L'intero documento fa riferimento ai valori del Fondo al 31 dicembre 2017 ossia a quelli dell'ultimo Rendiconto Finanziario approvato dal Consiglio di Amministrazione e dall'Assemblea degli Associati e depositato presso l'Anagrafe dei Fondi Sanitari nel mese di Luglio 2018 ai fini del rinnovo dell'iscrizione

pensionati ha superato i dirigenti in servizio con evidenti ripercussioni sulla sostenibilità del Fondo stesso. Da tale rapporto inferiore all'unità il Fondo non si è più spostato e, al 31 dicembre 2017 il rapporto tra dirigenti in servizio e dirigenti pensionati si attesta a 0,82.

Una delle assunzioni alla base dei sistemi "a ripartizione" come il FASI è che le prestazioni erogate nell'annualità di riferimento siano finanziate dai contributi versati da parte dagli iscritti e dalle aziende nel medesimo anno. Non vi è quindi alcun meccanismo di accantonamento e capitalizzazione delle risorse versate da ogni singolo contribuente. Conseguentemente, poiché dal 2006 il rapporto tra attivi e pensionati è inferiore all'unità, il contributo versato dai dirigenti in servizio a supporto delle spese dei dirigenti in pensione è marginalmente in crescita.

A sostegno della categoria di iscritti più debole il Fondo ha istituito il c.d. *contributo di solidarietà*, in base al quale le Aziende aderenti versano al FASI risorse monetarie finalizzate al sostegno delle spese dei loro stessi ex dirigenti ormai in pensione. Storicamente, il monte contributivo raccolto attraverso i contributi versati dalle aziende e dai pensionati non ha mai coperto interamente il fabbisogno di spesa di tale categoria e, pertanto, il Fondo assicura la propria sostenibilità anche attraverso quota parte delle risorse versate dai soggetti attivi (dirigenti in servizio) in virtù del meccanismo sopra descritto.

Il modello contributivo del FASI da sempre si basa sul rispetto di tali principi fondanti che nel tempo sono stati anche rafforzati: **ogni singolo iscritto concorre alla sostenibilità del Fondo in base al valore della contribuzione prevista per la sua categoria di iscrizione (dirigente in servizio, dirigente in pensione, dirigente convenzionale) e ponendo grande attenzione rispetto ai soggetti più fragili.** *Le tutele FASI sono garantite indipendentemente dallo stato di salute dell'iscritto e non sono previste regole di cancellazione per raggiunti limiti di età, nonostante il crescente fabbisogno di risorse assorbite per l'innalzamento dell'età media.*

Il FASI è un fondo **autogestito** ossia non si rivolge al sistema assicurativo per proteggere il "rischio sinistro" e per garantire la stabilità di medio periodo tra i contributi incassati ed i relativi impieghi necessari, per sua natura, di strumenti atti a governare la domanda di prestazioni e quindi la spesa.

Il Fasi, sin dalla sua istituzione, ha adottato come strumento di controllo della spesa il Nomenclatore Tariffario, che definisce i limiti di rimborso per ogni singola prestazione presente in elenco. La Tariffa Fasi limita i picchi di spesa su una singola prestazione e disincentiva la richiesta di prestazioni "in eccesso", rimanendo a carico dell'assistito le quote eventualmente in eccedenza. Tale compartecipazione alla spesa svolge le stesse funzioni di controllo della domanda esercitate dai ticket sanitari nel SSN.

Per alcune prestazioni il Nomenclatore Fasi prevede anche l'applicazione di un limite alle quantità erogate al singolo assistito. Non sono mai state applicate delle franchigie sulle prestazioni facendo leva sul principio di mutualità.

Nonostante il Fasi sia un Fondo chiuso, rivolto esclusivamente al mondo dei dirigenti industriali, gestisce volumi di risorse importanti che integrano quelle pubbliche impiegate nel finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale. Sinteticamente il Rendiconto Finanziario 2017 registra contributi pari ad Euro 332.126.131, Prestazioni rimborsate pari ad Euro 314.892.601, spese di gestione Euro 23.366.543 pari al 7% delle risorse raccolte (risultato difficilmente riscontrabile sul mercato della sanità integrativa), privo di qualsiasi forma di attività commerciale.

E' importante, altresì, evidenziare e che l'intero ammontare delle risorse raccolte annualmente e destinato al finanziamento dei rimborsi dei costi delle prestazioni sanitarie fruite dagli assistiti e dei costi di funzionamento; eventuali avanzi di gestioni non sono stati mai distribuiti ma reinvestiti a beneficio delle prestazioni e/o a garanzia della sostenibilità di medio periodo.

Il Fondo è un organismo di diritto privato ma, in quanto fondo contrattuale, espressione di categorie professionali e quindi portatori di interessi collettivi. Nonostante l'assenza di una normativa specifica di settore, il Fondo ha improntato la sua azione al rispetto del principio della **trasparenza** e della **responsabilità nell'impiego delle risorse**. Per questo motivo, nel corso del tempo, si è dotato:

- di atti statutari e di regolamenti per disciplinare le modalità di adesione degli iscritti, le regole contributive nonché le modalità di funzionamento degli organi;
- di un'organizzazione interna in cui siano formalizzate le funzioni, le relative attività e responsabilità;
- di un documento annuale che rendiconti finanziariamente la propria attività sottoponendolo a revisione da parte di una delle principali società del settore;
- di un bilancio sociale per rendicontare ai vari stakeholders i risultati delle scelte strategiche, delle attività e dell'impiego delle risorse non solo da un punto di vista finanziario, sottoposto a revisione;
- di un bilancio tecnico per l'analisi della sostenibilità di medio lungo periodo;
- di una funzione di internal auditing, con redazione di un manuale delle procedure ed adozione di un modello 231/2001;
- di un modello di controllo di gestione tipico delle aziende private per supportare le scelte strategiche ed indirizzare la corretta allocazione delle risorse.

Per approfondire le caratteristiche di tali strumenti si rinvia al paragrafo successivo *“La trasparenza dell'azione amministrativa del Fondo”*.

Da ultimo non possiamo tralasciare la **qualità del servizio** offerto alla propria utenza. Nel corso degli anni il Fondo si è impegnato nel continuo miglioramento dell'efficienza delle procedure: fruibilità del processo di rimborso fino alla dematerializzazione dello stesso con riduzione dei tempi di liquidazione, così come descritto di seguito.

B. Il modello FASI

Nei quarantuno anni di attività il Fondo ha costantemente lavorato per migliorare il modello di funzionamento del servizio offerto ai propri iscritti arrivando a configurarsi come un modello di riferimento per il sistema della sanità integrativa in Italia.

Il processo di liquidazione della richiesta di rimborso del costo sostenuto dell'iscritto per la fruizione di una prestazione sanitaria si compone di due elementi principali:

- il Nomenclatore Tariffario, che individua le singole prestazioni per le quali è possibile chiedere il rimborso;

- la procedura di liquidazione, ossia l'insieme delle attività che su cui poggia il funzionamento dell'intero processo (dalle modalità e tempi di invio della richiesta da parte degli iscritti, ai processi di tariffazione, alle modalità di rimborso delle quote a carico del FASI nonché eventuale gestione dei reclami)

Le attività di liquidazione mirano a scomporre la richiesta di rimborso in singoli atti medici, che sono elencate all'interno del **Nomenclatore-Tariffario FASI**.

Il Nomenclatore è suddiviso in due grandi aree di "prestazioni a rimborso", odontoiatrica e non odontoiatrica, ed è costituito da più di tremila codici che identificano la singola prestazione sanitaria con relative tariffe. E' unico per tutti gli assistiti, indipendentemente da età, sesso, localizzazione geografica o tipo di iscrizione e si rinnova tenendo conto della continua innovazione scientifica e delle evoluzioni in ambito diagnostico- terapeutico che influenzano oltre che la tipologia di prestazione rimborsabile anche il relativo costo di acquisto e, di conseguenza, il valore della quota di rimborso del FASI.

Il Nomenclatore viene corredato dagli importi delle relative tariffe ossia degli importi massimi liquidabili per la singola prestazione – da qui il nome di nomenclatore tariffario -, in base al quale si determinano i rimborsi delle spese sanitarie sostenute dagli assistiti.

Le tariffe sono periodicamente aggiornate sulla base dei dati storici raccolti dal Fondo tenendo conto dell'evoluzione tecnologica delle procedure diagnostiche e di cura, e della quota di compartecipazione richiesta all'assistito al fine di prevenire fenomeni di consumismo sanitario.

A partire dall'anno 2005 è stata introdotta una prestazione aggiuntiva a quanto previsto dal Nomenclatore che si sostanzia, fra le altre cose, in una tutela per specifici servizi di assistenza sociosanitaria ossia in un rimborso forfettario delle spese sostenute dagli assistiti non autosufficienti iscritti al Fondo.

Nei primi anni di funzionamento il processo liquidativo prevedeva esclusivamente l'invio della richiesta di rimborso delle prestazioni da parte dell'iscritto FASI tramite la presentazione della documentazione, con cadenza bimestrale, la relativa documentazione attestante il costo delle singole prestazioni fruite dal dirigente stesso o dai componenti del nucleo familiare.

Dopo una decina di anni di attività, con l'obiettivo di semplificare le procedure di rimborso a carico degli iscritti, è stata introdotta una procedura di liquidazione alternativa - cosiddetta "diretta". Tale formula prevedeva che il costo delle prestazioni sanitarie erogate fosse sostenuto direttamente dal Fasi nei limiti e alle condizioni previsti dal Nomenclatore-Tariffario, e consentiva all'assistito di non anticipare alcuna spesa saldando solamente la quota rimasta a suo carico.

Il FASI ha così consolidato il modello di liquidazione delle richieste di rimborso sviluppando due procedure operative alternative, nel pieno rispetto del principio di libera scelta dell'iscritto:

- procedura in forma diretta, che consente all'assistito di rivolgersi alle strutture convenzionate con il FASI senza passare per procedure di autorizzazione preventiva da parte del Fondo se non la semplice verifica sull'assistibilità del soggetto richiedente da parte del FASI (ossia la verifica di regolarità con i versamenti contributivi);

- procedura in forma indiretta, mediante la presentazione della documentazione di spesa direttamente dall'iscritto nel rispetto delle regole previste dal Fondo, principalmente regole temporali.

Il numero delle richieste di rimborso in forma diretta rappresentano il 55,46% del totale con un valore di richiesto pari ad 213 milioni e di tariffato pari a 158 milioni².

Le procedure di liquidazione delle richieste di rimborso, in forma diretta ed in forma indiretta – per prestazioni odontoiatriche e non odontoiatriche - sono state organizzate nel perseguimento del principale obiettivo del Fondo di rimborsare le spese sostenute dagli assistiti, cercando di massimizzare la qualità del servizio erogato sulla base delle risorse disponibili. Tali procedure, inizialmente gestite in modo manuale, sono state nel tempo supportate da software di base, tutti disegnati ed implementati su misura per le attività del Fondo, al fine di semplificare l'azione amministrativa, ma comunque rivolte a gestire procedure di rimborso di prestazioni usufruite dall'assistito e quindi configurabili come procedure liquidative "a piè di lista".

Su entrambe le procedure il Fondo ha costantemente lavorato per semplificarne la fruibilità arrivando nel 2015 a definire la completa dematerializzazione della pratica di rimborso grazie anche alle autorizzazioni rilasciate dal Ministero della Salute e dall'Agenzia delle Entrate in merito all'acquisizione e alla conservazione digitale dei documenti di spesa sanitaria. La dematerializzazione ha semplificato entrambe le procedure migliorando anche il processo di rendicontazione in forma indiretta gestita tramite un sistema on line con un notevole risparmio per gli iscritti sia in termini di tempo che di costo di gestione.

Nel mese di febbraio 2019 il Fondo ha sottoscritto un accordo con le Associazioni di categoria Aiop (Associazione Italiana Ospedalità Privata), Federanisap (Federazione Nazionale delle Associazioni Regionali o Interregionali delle Istituzioni Sanitaria Ambulatoriale Private), Aris (Associazione religiosa Istituti Socio Sanitari) e AGeSPI (Associazione gestori servizi socio sanitari e cure post intensive). L'accordo riguarda sostanzialmente la predisposizione di "Linee Guida" operative per l'ottimizzazione della fase di esecuzione delle prestazioni e dei servizi sanitari nel settore dell'assistenza integrativa con il quale le parti s'impegnano a innalzare la qualità, la sicurezza, la tempestività, l'efficacia, la facilità di accesso alle prestazioni e la corretta presa in carico amministrativa, a beneficio degli assistiti. Fornire indicazioni e informazioni concrete su misure e processi di qualità che rendano agevole l'assistenza anche per Strutture di piccola dimensione. Il trattamento dei dati dei pazienti, secondo le rispettive responsabilità, sancito dalla Direttiva europea 679/2016, meglio conosciuta come General Data Protection Regulation. Il testo sottoscritto, inoltre, contempla tutta una serie di "accorgimenti" per evitare il più possibile eventuali contenziosi economici tra le parti in causa, al fine di ridurre al minimo le ripercussioni sull'assistito, lavorando insieme nell'ottica del miglioramento della trasparenza dell'azione amministrativa.

Di pari passo con l'innovazione tecnologica il Fondo ha ottimizzato anche i processi di controllo rivolti al corretto funzionamento di tali procedure ossia alla verifica della congruità degli importi liquidati rispetto alle regole tariffarie del Fasi, sia nei processi in forma diretta che indiretta.

All'interno delle procedure di liquidazione delle prestazioni sono inseriti controlli per garantire il rispetto della congruità tra importo richiesto e importo liquidato, unicamente in relazione alle regole

² Dati rendiconto 2017 aggiornati, nei valori in stima, alle ultime liquidazioni del mese di marzo 2019.

amministrative del Fondo e quindi in linea con la finalità principale del Fondo stesso. La procedura di liquidazione delle prestazioni prevede anche la “verifica medica” che si sostanzia nella lettura della documentazione clinica per verificare la corrispondenza di quanto fatturato dalla struttura sanitaria con le prestazioni cliniche effettivamente erogate che risultano dalla cartella clinica e/o dalla prescrizione e dai referti degli esami diagnostici. Tutte le eventuali incongruenze rilevate vengono segnalate per procedere ad una richiesta di chiarimenti alla struttura interessata o agli assistiti che ne hanno inviato la richiesta di rimborso, per poi procedere la definizione del caso.

Il modello Fasi, così come sopra rappresentato, è **unico nel panorama della sanità integrativa**. Il sistema rimborsuale con il modello c.d a “tariffario” si basa sull’applicazione per ogni tipologia di prestazione di un criterio di prezzi “standard” definiti a priori e permette all’assistito di vedersi coperto, sia nella forma “diretta” che “indiretta”, per il rischio malattia senza incorrere in fattori di incertezza, connessi alla scelta della struttura convenzionata o del medico di riferimento. Viceversa, il sistema assicurativo privato basato su criteri di limitazione del risarcimento, ovvero con l’introduzione di regole risarcitorie che limitano l’esposizione della compagnia (sistema integrato di franchigie assolute/relative e massimali), espone l’assicurato all’azione di elementi di incertezza rispetto alla piena copertura del rischio, peraltro sottoponendolo a limitazioni sulle libertà individuali di scelta della struttura sanitaria e del medico a cui rivolgersi (preferendo la cosiddetta “forma diretta”).

Il servizio offerto agli iscritti del Fondo si caratterizza anche per l’ampia copertura che viene offerta in termini di comunicazione attraverso numerosi canali:

- sito internet Fasi;
- App Fasi;
- contact center e la Centrale informativa servizi medici;
- ricevimento al pubblico.

Attraverso il **sito internet del Fasi**, gli iscritti possono accedere alla loro area riservata per verificare i propri dati personali e bancari, la regolarità della posizione contributiva, lo stato di lavorazione delle richieste di prestazioni, i Piani di Cure approvati. Gli assistiti possono inoltre procedere all’invio on line delle richieste di prestazioni, nonché accedere alle informazioni generali sulle Strutture convenzionate in forma “diretta” e al download della modulistica. Le imprese, da parte loro, attraverso lo stesso strumento hanno la possibilità di verificare la propria posizione contributiva, anagrafica, nonché i nominativi dei propri dirigenti iscritti al Fondo, apportare e eventuali modifiche ai dati aggiornabili on line, stampare localmente i bollettini necessari per i versamenti contributivi trimestrali. La pagina personale aziende e dirigente è uno strumento utile a mantenere aggiornati i dati e comunicare tempestivamente con il Fondo.

L’App Fasi, operativa dal 2017, permette all’assistito, di accedere alle medesime funzioni già presenti sul sito internet, ma sul proprio smartphone, nonché di visualizzare la mappa delle strutture convenzionate più vicine e inviare una richiesta di informazioni o assistenza direttamente al Contact Center Fasi.

Il **Contact Center Fasi** svolge una intensa attività articolata su più livelli, ed offre supporto a dirigenti e aziende per problematiche amministrative e di contribuzione, assistenza al sito web del Fasi,

nonché la possibilità di prenotazione alla partecipazione di eventi organizzati dal Fasi. Il Fasi offre ai propri assistiti i Servizi Informativi Telefonici Automatici (sempre attivi, 24 ore al giorno), attraverso i quali l'assistito può lasciare un quesito, utilizzando una propria casella vocale sulla quale riceverà risposta.

La **Centrale Informativa Servizi Medici** offre assistenza agli assistiti, i dirigenti e i loro familiari, in termini di informazioni di tipo medico e sanitario. In particolare, la Centrale Informativa Servizi Medici presta una specifica assistenza inerente l'iter da seguire per usufruire delle prestazioni in forma "diretta" ed in forma "indiretta" e sulla corretta lettura delle prestazioni inserite nel Nomenclatore nonché sulle relative tariffe. Il FASI, per l'accesso alle prestazioni in forma diretta, non prevede un'autorizzazione preventiva e, pertanto, le uniche informazioni fornite dalla Centrale sanitaria sono di carattere generale rispetto alle attività ed ai professionisti sulle singole strutture aderenti alla rete del convenzionamento.

II. Il divieto ad erogare prestazioni sanitarie sostitutive

I Fondi sanitari integrativi sono stati introdotti in Italia dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n.502/92³ con la finalità di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della sanità pubblica e potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni sanitarie non comprese nei LEA.

Sin dall'emanazione di tale normativa si discute in merito al concetto di ruolo integrativo – sostitutivo senza mai raggiungere un'unità di intendi tra le Istituzioni, gli operatori del settore della sanità pubblica e privata e della sanità integrativa.

I fondi si inseriscono nell'ambito del più ampio approccio su più livelli del sistema di welfare italiano, in cui è possibile individuare:

- il primo, rappresentato dalla sanità pubblica che eroga le prestazioni sanitarie a tutti i residenti sul territorio italiano nel rispetto dei principi dei LEA, con finanziamento basato sulla fiscalità generale;
- il secondo, rappresentato dalla sanità collettiva integrativa privata, che integra le prestazioni di base del SSN, sulla base di mutualità volontaria.
- il terzo, rappresentato dalla sanità individuale, che tramite polizze assicurative risponde al principio di copertura individuale volontaria.

Fin dall'istituzione del SSN, avvenuta nel dicembre 1978, si faceva riferimento a prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria del SSN erogate da associazioni mutualistiche liberamente costituite e prive di finanziamento pubblico (art. 46 della l. n. 833/1978 sulla mutualità volontaria).

Oggigiorno l'assistenza sanitaria di secondo livello è, invece, costituita da fondi integrativi negoziali (istituiti cioè nell'ambito di contratti collettivi di lavoro a livello nazionale, locale o aziendale) o istituiti su base volontaria.

³ "Riordino disciplina in materia sanitaria", in particolare all'art. 9, "Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale", in seguito modificato dal D.Lgs. n. 229/99, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale", c.d. Riforma Bindi

Tali fondi hanno l'obiettivo di affiancare il SSN, erogando prestazioni integrative, aggiuntive o sostitutive rispetto a quelle comprese dai LEA.

L'intervento del legislatore nell'anno 2008 ha individuato due grandi categorie di fondi ossia i Fondi cosiddetti Doc disciplinati nell'ambito della richiamata riforma Bindi (fondi puri che erogano esclusivamente prestazioni integrative dei Lea) e quelli non Doc ossia i fondi definiti nell'ambito dell'art. 51, comma 2, lett a) del DPR 22 dicembre 1986, n. 917 (TUIR), come "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali" che erogano prestazioni sostitutive al SSN. Nascono dalla contrattazione nazionale, locale o aziendale, tra le rappresentanze sindacali e datoriali.

Anche tali fondi operano senza finalità di lucro ed in base al principio di non selezione del rischio, tuttavia in forza dell'ampia libertà di azione riconosciuta a tale tipologia di Fondi, l'erogazione delle prestazioni agli iscritti ed ai loro familiari avviene in base a quanto previsto dagli statuti e regolamenti (e conseguenti tariffari o piani sanitari), in base ad accordi in forma collettiva od individuale.

Trascorsi dieci anni dell'entrata in vigore della normativa sull'anagrafe dei fondi, per l'anno 2017 su un totale di n.322 fondi iscritti solo n.9 hanno le caratteristiche previste per i Fondi Doc⁴. Sulla base dei dati pubblicati dal Ministero della Salute, è possibile affermare che la storia di questi anni ha dimostrato come lo schema dei fondi puri integrativi non sia vincente perché manca di appeal in termini di valore aggiunto offerto all'utenza che dovrebbe aderirvi. Riproporlo significherebbe farlo fallire sottraendo notevoli risorse destinate al finanziamento di attività sanitarie nell'ambito del sistema salute italiano sinteticamente riconducibile al modello dei tre pilastri.

Sul ruolo attualmente svolto dai fondi sanitari è opportuno, pertanto, non fermarsi al concetto di integrativo/sostitutivo ma riflettere anche sull'attività di controllo che indirettamente viene svolta all'interno del sistema.

E' importante, infatti, ricordare che il fondo non eroga prestazioni sanitarie ma rimborsa il costo sostenuto dai propri iscritti nell'ambito di uno schema di regole ben definito all'interno delle singole organizzazioni. In Italia, accanto alla sanità pubblica, è previsto l'esercizio dell'attività sanitaria privata in un sistema che tutela la libera scelta dei cittadini in merito alle proprie cure ed amplia l'offerta complessiva dei servizi. Mentre la spesa sanitaria pubblica è erogata e controllata nel rispetto delle regole di funzionamento del SSN, l'acquisto di una prestazione privata, a totale carico del cittadino, non è ricompresa all'interno di tale circuito. L'intermediazione svolta dai Fondi, che nell'esercizio della loro attività di servizio hanno una maggiore capacità del singolo di calmierare le tariffe e, soprattutto, svolgono un controllo sulla documentazione presentata dagli iscritti per il rimborso, è un'attività a garanzia dell'intero sistema il cui costo è totalmente a carico dei fondi e non dello Stato.

Altrettanto importante è non sottovalutare la sostenibilità del fondo.

Ad oggi il Fasi eroga un'ampia gamma di prestazioni sanitarie, coprendo una serie di rischi molto diversi tra loro, sia per quanto concerne la frequenza (=numero di prestazioni) con la quale questi si manifestano, che il loro impatto economico (costo medio).

Alcune prestazioni rimborsate dal Fasi si caratterizzano per un'alta frequenza ed un costo medio relativamente contenuto (es. odontoiatria), mentre altre hanno frequenze molto basse ma costo

⁴ Reporting System – Anagrafe Fondi Sanitari – Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

medi molto elevati (es. interventi chirurgici di alta specialità); ne consegue che ogni classe di prestazioni ha un suo profilo di rischio.

L'ampiezza delle prestazioni offerte è coerente con il principio di assenza di selezione del rischio e quindi di assenza di personalizzazione del contributo individuale e permette peraltro di rispondere ai fabbisogni di una popolazione eterogenea (in termini di rischi biometrici/epidemiologici), rendendo la solidarietà intergenerazionale accettabile anche per gli iscritti più giovani.

Lo scenario alternativo, nel quale il Fasi effettuerebbe esclusivamente il rimborso di prestazioni sanitarie integrative del SSN, può costituire una minaccia alla sostenibilità del Fondo, in quanto la concentrazione dell'attività su poche classi di prestazioni porterebbe lo stesso a perdere il beneficio dato dall'attuale diversificazione delle fonti di rischio, ad esempio amplificando gli effetti delle fluttuazioni della domanda di prestazioni (variabilità della frequenza) o dei prezzi (inflazione medica) relativi ad una certa classe di attività.

Inoltre, la nuova tipologia di copertura offerta dal Fondo potrebbe apparire meno "appetibile" alla collettività degli assistiti, in quanto, diminuendo l'ampiezza dell'offerta diminuirebbe anche il numero di assistiti che usufruiscono di prestazioni Fasi e quindi aumenterebbe il numero di iscritti che vedrebbe il proprio contributo devoluto interamente alla solidarietà intergenerazionale.

Il recente dibattito sviluppatosi intorno al cosiddetto secondo pilastro della sanità ha portato alcuni interlocutori a mettere in discussione i benefici derivanti da un sistema intermediato, sostenendo che i meccanismi di accesso alle prestazioni alterino i comportamenti di consumo con conseguenze negative sotto il profilo della qualità e dell'appropriatezza.

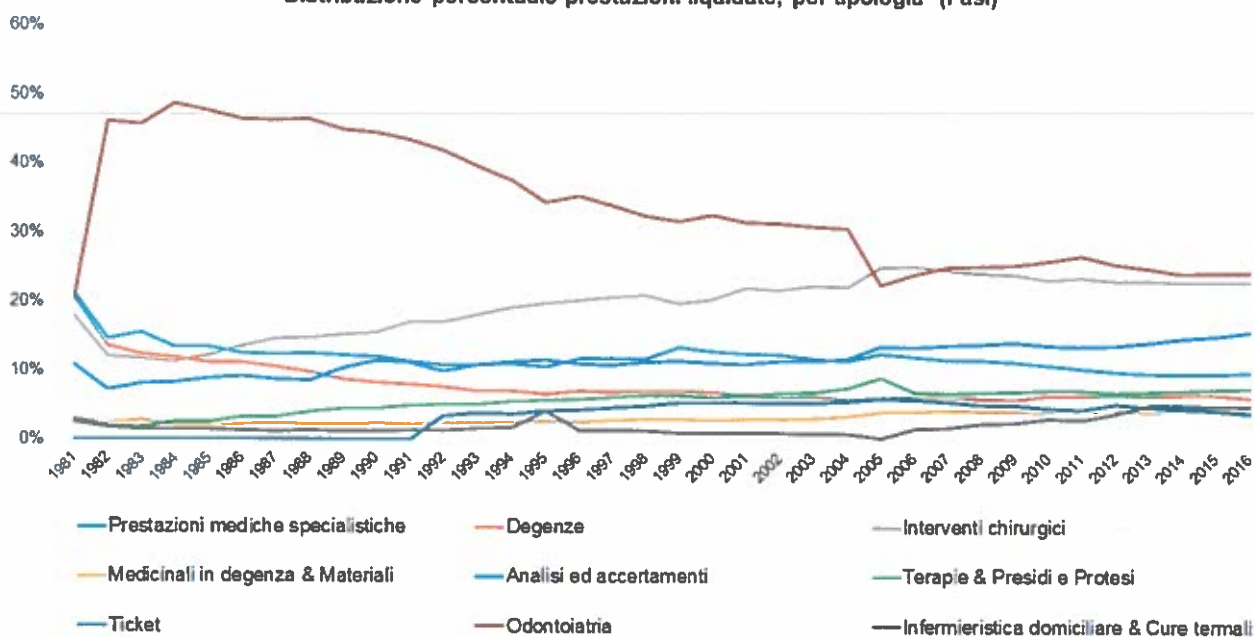
L'esperienza del Fasi dimostra invece che un Fondo sanitario no-profit ha interesse ad operare secondo appropriatezza clinica e organizzativa. Agire in tal senso consente di utilizzare razionalmente le risorse e massimizzare i benefici per tutti gli assistiti, salvaguardando i principi di mutualità e solidarietà, a tutela di tutti.

Tale approccio ha consentito al Fasi di ampliare negli anni le aree specialistiche soggette a tutela, riallocando le risorse su più tipologie di prestazioni per meglio rispondere alle mutevoli esigenze degli assistiti.

Da non sottovalutare è la capacità gestionale acquisita da un'esperienza ultra quarantennale posta a servizio degli iscritti e non della ricerca del profitto.

In merito possiamo ricordare l'innovazione introdotta nella gestione dei rimborsi per le prestazioni odontoiatriche nel lontano 2005 che, migliorando il sistema dei controlli, ha portato ad un'ottimizzazione delle risorse per circa 25 milioni, reinvestite a beneficio dell'intera popolazione assistita. Tale innovazione ha consentito altresì, il contenimento della crescita dei volumi dei rimborsi richiesti negli anni successivi.

Distribuzione percentuale prestazioni liquidate, per tipologia (Fasi)



Infine è importante evidenziare come l'azione del Fondo si integra con quella del SSN, riducendo i picchi nella domanda di prestazioni che mettono sotto stress il sistema organizzativo pubblico.

In tali casi l'accesso alla sanità integrativa garantisce una risposta sanitaria in tempi congrui, offrendo prestazioni che, seppur definite sostitutive, sarebbero comunque inaccessibili e prevenendo comportamenti inappropriati nell'ambito del SSN (ad esempio accessi al pronto soccorso per aggirare le liste d'attesa ambulatoriali, ricoveri in reparti di medicina per sopperire la carenza di lungodegenza o RSA).

In caso di prestazioni integrative (es. odontoiatria, assistenza alla non autosufficienza etc.), il Fondo rimborsa le prestazioni a tutti gli "aventi diritto" senza che vi siano barriere all'accesso (liste d'attesa) o altre forme di "razionamento". Ciò è reso possibile da una attenta pianificazione delle risorse nonché alla definizione dei criteri di accesso al rimborso che tengono conto, anche, dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

III. Aspetti fiscali

Il FASI è un'associazione di secondo livello non riconosciuta iscritta all'Anagrafe del Fondi Sanitari sin dalla sua istituzione con una percentuale di risorse destinate ad attività vincolate sempre superiore alla soglia del 20% prevista dal Decreto Turco-Sacconi. Per il solo anno 2017 – ultimo rendiconto ufficialmente approvato e depositato presso il Ministero della Salute – la percentuale di risorse destinate ad attività vincolate è stata pari al **29,31%** del totale delle prestazioni complessivamente rimborsate.

Nel rispetto della normativa vigente i contributi versati al Fondo godono dei benefici derivati dalle agevolazioni fiscali.

In merito è opportuno effettuare alcune precisazioni.

Godono dell'agevolazione fiscale i **contributi versati a favore dei dirigenti in servizio** iscritti al Fondo, nel rispetto di quanto disciplinato dall'art.51, comma 2 lettera a) del TUIR che specificatamente stabilisce la non partecipazione alla formazione del reddito di lavoro dipendente dei contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale.⁵

Non godono, al contrario, di alcuna agevolazione fiscale i contributi per l'assistenza sanitaria ad enti o casse di assistenza sanitaria versati dai dirigenti pensionati, così come ribadito dalla risoluzione dell'Agenzia delle Entrate n. 293/E del 11/07/2008 che distingue tra:

- contributi versati a fondi che prevedono, in favore del pensionato, un versamento contributivo a carico del datore di lavoro per il quale non sia possibile rinvenire un collegamento diretto tra il versamento stesso e la posizione di ogni singolo pensionato;
- contributi versati a fondi per i quali non è contrattualmente previsto alcun tipo di intervento da parte dell'ex datore di lavoro.

Nel primo caso, facendo riferimento alla Risoluzione 28 maggio 2004, n. 78/E, viene esclusa la deducibilità di tali contributi dal reddito del pensionato. Nel secondo caso, invece, in conformità ai principi espressi nella Risoluzione 23 maggio 2003, n. 114/E, si ritiene applicabile la deduzione di questi contributi, considerato che sono integralmente a carico del pensionato. E' importante evidenziare che la risoluzione del maggio 2004 fu emanata dall'Agenzia delle Entrate per dirimere una questione posta alla sua attenzione in merito alla tutela FASI dei dirigenti pensionati.

Di conseguenza, a fronte di contributi complessivamente incassati per un anno, solo i dirigenti in servizio hanno potuto beneficiare delle agevolazioni fiscali, ma le risorse complessivamente incassate sono state distribuite per finanziare il rimborso di prestazioni sanitarie, nel rispetto dei principi fondanti di mutualità, solidarietà intergenerazionale e non selezione del rischio, ossia redistribuite a favore dell'intera popolazione che, come ampiamente illustrato nella sezione precedente, presenta ampie situazioni di fragilità.

L'agevolazione fiscale di cui si dibatte non è a favore dei fondi ma dei singoli iscritti e se negli anni dell'introduzione veniva percepito come benefit aziendale oggi non può che essere considerato come un tassello di politica sociale. L'eliminazione del beneficio fiscale, quindi, si traduce con un incremento diretto della tassazione a carico del cittadino lavoratore.

La tracciabilità delle operazioni

La mancata fatturazione per l'acquisto di beni e servizi causa un danno consistente all'utenza e alle casse dello Stato.

⁵ Art 51, comma 2 lettera a) del TUIR "Non concorrono a formare il reddito (1):

a) i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli ambiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter)."

Secondo l'Istat, nel 2016 l'economia non osservata (sommerso economico e attività illegali) vale circa 210 miliardi di euro (pari al 12,4% del Pil) e il solo valore aggiunto generato dall'economia sommersa pesa per circa 192 miliardi di euro⁶.

In un settore, quale quello sanitario, in cui la spesa privata è ingente, diventa molto elevato il rischio che volumi importanti di denaro siano celati alle autorità fiscali, previdenziali e statistiche, a danno delle casse dello Stato e dei cittadini.

In particolare, l'Istat stima che nel 2016 la componente dell'economia sommersa da sotto dichiarazione sul valore aggiunto totale del macrosettore "Istruzione, sanità e assistenza sociale" pesa per circa il 3,6%.

I fondi sanitari integrativi, rimborsando i costi sostenuti per la prestazione sanitaria solo sotto presentazione della relativa fattura, tracciano in maniera puntuale tutte le fasi di rimborso e si pongono in una posizione di intermediari rispetto alla spesa *out-of-pocket* delle famiglie.

Il fenomeno dell'evasione fiscale in sanità rappresenta ancora uno degli ostacoli più consistenti per il raggiungimento dell'equità. La mancata fatturazione indebolisce il sistema soprattutto a danno dell'utenza e ne pregiudica la sostenibilità finanziaria futura. Relativamente a questo problema, l'intermediazione della spesa, agevolata dalla presenza di forme di assistenza sanitaria integrativa quali fondi, casse e assicurazioni, risulta dirimente.

E' importante evidenziare che, al fine di rimborsare i costi sostenuti dagli assistiti, il FASI ha implementato un sistema di controllo della documentazione amministrativa presentata che, indirettamente, è garanzia per lo Stato di un corretto funzionamento dei processi di tariffazione delle prestazioni erogate dai vari attori del sistema per la quota parte che viene rendicontata nell'ambito delle procedure amministrative FASI. A solo titolo informativo per l'anno 2017 il FASI ha esaminato richieste di rimborso – tutte fiscalmente documentate – per Euro 444.928.657 e quindi ha indirettamente esercitato un controllo, completamente a proprio carico, su tale importo.

IV. La trasparenza dell'azione amministrativa del Fondo

Dalla data della sua nascita ad oggi, il Fondo ha intrapreso un lungo e significativo percorso di sviluppo e, in un contesto giuridico caratterizzato dall'assenza di una specifica normativa di settore, ha profuso il suo impegno in favore degli assistiti, delle aziende, dei lavoratori e dei fornitori ed ha subordinato la sua azione al rispetto dei principi di legalità, trasparenza ed efficienza nell'utilizzo delle risorse impiegate.

I principi di legalità, di trasparenza e responsabilità nell'utilizzo delle risorse sono stati la spinta propulsiva che ha indotto il Fondo a:

- garantire ai suoi iscritti e ai familiari degli stessi un'assistenza sanitaria di qualità, in linea con quanto stabilito dallo Statuto;
- rafforzare il suo sistema di regole e di controllo interno;
- favorire il continuo miglioramento dei suoi processi;

⁶ Fonte: "L'Economia non osservata nei conti nazionali", Istat, 2018.

- rendicontare in modo completo e trasparente il suo impegno sociale alla vasta platea dei suoi stakeholder.

Sin dai primordi della sua attività, per garantire un'assistenza sanitaria di qualità nonché il rispetto dei principi di solidarietà, mutualità e non selezione del rischio, il Fasi si è dotato di:

- uno **Statuto**, che contiene i principi generali di funzionamento degli Organi del Fondo;
- un **Regolamento**, che disciplina le modalità di iscrizione, di contribuzione e di erogazione delle prestazioni;
- un Nomenclatore – Tariffario, che contiene l'elenco delle prestazioni riconosciute dal Fondo.

È importante ricordare che il Fondo è un organismo di diritto privato ma, in quanto fondo contrattuale, espressione di categorie professionali e quindi portatore di interessi collettivi. Pertanto, da sempre, ha improntato la sua azione al rispetto del principio della trasparenza; dopo aver stabilito attraverso lo Statuto le norme fondamentali per la propria organizzazione e disciplinato con il Regolamento la sua attività amministrativa, il Fondo ha intrapreso un lungo e virtuoso percorso volto all'implementazione del concetto ampio di "qualità". Tale concetto è inteso come la capacità del Fasi di soddisfare al meglio le esigenze degli assistiti, delle aziende, dei dipendenti e dei fornitori, con un utilizzo oculato delle risorse economiche e nel rispetto della normativa interna ed esterna.

Le tappe di questo cammino sono state scandite da scelte di *governance* che hanno mirato, in primo luogo, alla **formalizzazione della struttura organizzativa** e dei processi core del Fasi e, successivamente, alla progettazione e alla realizzazione di un efficiente sistema di controllo interno.

È opportuno ricordare che il Fondo si è dotato di un **manuale delle procedure** che racchiude le singole procedure in essere, costantemente aggiornate e periodicamente verificate nella loro applicazione e che garantiscono il rispetto delle norme statutarie e del Regolamento. Inoltre, dopo aver accuratamente identificato le categorie di reato ritenute rilevanti ai sensi del D.Lgs. 231/01 e dopo un'attenta analisi delle possibili aree esposte a rischio di commissione di tali reati, il Fondo si è dotato di un **modello di organizzazione gestione e controllo**, tenendo conto dei principali orientamenti giurisprudenziali e dottrinali in materia. Nell'ambito di tale modello, il Fasi ha nominato un Organismo di Vigilanza che, dotato di autonomi poteri di iniziativa e controllo, vigila sull'adeguatezza, sul funzionamento, sull'osservanza e sull'aggiornamento dello stesso. Contemporaneamente, il Fondo ha adottato il Codice Etico con il quale ha inteso inibire e/o promuovere comportamenti, in ossequio ai principi di legalità, integrità ed imparzialità, correttezza e trasparenza operative, prevenzione dei conflitti di interesse, lealtà ed imparzialità nei rapporti con i terzi, riservatezza su dati e notizie non di dominio pubblico, responsabilità nell'uso delle risorse del Fondo.

Nel 2015, con parere favorevole del Collegio Sindacale, il Consiglio di Amministrazione del Fondo ha deliberato di istituire la **funzione di internal audit** incaricata di verificare che il sistema di controllo interno sia sempre adeguato, pienamente operativo e funzionante.

La politica di rafforzamento delle funzioni di controllo presenti all'interno della struttura organizzativa del Fondo, è continuata nell'anno 2016, quando il Fasi, allo scopo di rafforzare le attività di monitoraggio della spesa sostenuta per il rimborso delle prestazioni, ha deliberato l'inserimento nell'Organigramma della **funzione di controllo di gestione** con l'obiettivo di implementare un modello di controllo a supporto delle scelte strategiche ed operative degli Organi Gestionali.

Non meno importante è la decisione del Fondo di sottoporre a **certificazione volontaria il Rendiconto di Esercizio** e di redigere periodicamente un **Bilancio Tecnico** per monitorare la sostenibilità di medio lungo periodo del Fondo. Inoltre, dall'anno 2011 il Fondo ha deciso di dotarsi di un ulteriore strumento di rendicontazione, il **Bilancio Sociale** (anch'esso sottoposto a certificazione di primaria società del settore) al fine di documentare, oltre l'aspetto finanziario, anche le attività svolte, i risultati conseguiti, gli impegni assunti, nonché gli scostamenti tra gli obiettivi prefissati e quelli raggiunti. La redazione del Bilancio Sociale è diventata, ormai, una consuetudine per il Fondo e, nell'anno 2018, il Fasi ha pubblicato il suo sesto Bilancio Sociale.

Il modello di trasparenza dell'azione amministrativa ideato dal fondo da solo conferma l'importanza che riveste tale aspetto sia per le parti sociali istitutive che per i vari componenti degli organi gestionali che nel tempo si sono avvicinati. Non possiamo dimenticare che la responsabilità gestionale esercitata all'interno di un'associazione non riconosciuta porta con sé una responsabilità personale in capo a coloro che la esercitano e quindi è auspicabile che l'intero sistema della sanità integrativa venga regolamentato in tal senso.

V. Conclusioni

La questione "sanità" nel nostro Paese ha una centralità assoluta sia per l'impatto sociale, sia per quello economico ed occupazionale. Le politiche per la salute rivestono, quindi, un ruolo prioritario nell'agenda politica nazionale. Le grandi questioni legate all'equità, alla trasparenza, all'efficienza ed all'innovazione del sistema sono sul tappeto nella consapevolezza che il Sistema Sanitario Nazionale rappresenta una delle più grandi conquiste della nostra società e va, quindi, difeso e valorizzato.

Il tema della sanità integrativa può fornire un contributo concreto in termini di aumento della capacità di tutelare il diritto alla salute. Per raggiungere tale obiettivo non si ritiene opportuno proseguire su una logica di dualismo sanità pubblica – sanità integrativa ma aprire ad una collaborazione per la definizione delle regole per il funzionamento di un modello integrato che consenta ai Fondi di garantire una sostenibilità economica di medio lungo periodo. La sanità integrativa rappresenta un elemento fondamentale per la tutela dell'intero sistema sanitario italiano, e contribuisce, tra l'altro, ad un'efficiente e trasparente impiego delle risorse finanziarie.

L'esperienza del Fasi – uno dei più radicati e significativi operanti nel Paese – può essere messa a servizio di un progetto di riorganizzazione del secondo pilastro, per capirne i principi mutualistici ed i meccanismi di funzionamento nonché condividere dati ed informazioni utili per le politiche pubbliche. Il Fondo crede fermamente nella collaborazione sinergica con le Istituzioni ed ha operato in tal senso sin dai tempi della definizione della cornice normativa che attualmente regola questo settore.