

**Audizione 9 aprile 2019**

**XII Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati**

**DOCUMENTO DI PRESENTAZIONE DI FASCHIM**

**(Fondo di Assistenza sanitaria del  
CCNL Chimico/Chimico-Farmaceutico)**

## SOMMARIO

<b>A. Scheda sintetica di FASCHIM .....</b>	<b>2</b>
1. Cos'è FASCHIM .....	2
2. Associati.....	2
3. Contributi associativi .....	2
4. Prestazioni garantite.....	3
5. Modello operativo/organizzativo .....	3
<b>B. Finalità dell'indagine conoscitiva e programma delle audizioni: .....</b>	<b>4</b>
1. Obiettivi dell'approfondimento della materia in oggetto .....	4
<b>C. Il punto di vista di FASCHIM sul tema dei Fondi di Assistenza Sanitaria Integrativi del SSN .....</b>	<b>7</b>
1. Tutela dell'univocità di destinazione del contributo aziendale al Fondo sanitario negoziale .....	7
2. Univocità del Fondo di carattere negoziale .....	8
3. Governance .....	9
4. Vigilanza.....	14
5. Regime tributario delle forme sanitarie integrative.....	15
<b>D. Appendice statistica di FASCHIM.....</b>	<b>16</b>
1. Distribuzione delle prestazioni (distribuzione percentuale importo liquidato anno 2018).....	16
2. Andamento iscrizioni .....	17

## A. Scheda sintetica di FASCHIM

### 1. Cos'è FASCHIM

- FASCHIM è il FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA per i lavoratori dell'industria chimica, chimico farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori abrasivi, lubrificanti e GPL. Successivamente all'istituzione sono entrati anche i lavoratori del CCNL Attività minerarie e CCNL Coibentazioni termiche acustiche;
- è un'associazione non riconosciuta, ai sensi dell'art. 36 e seguenti del Codice civile, senza scopo di lucro;
- costituita in virtù dell'Accordo istitutivo del 29/7/2003 tra Federchimica, Farmindustria e le Organizzazioni Sindacali stipulanti il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, atto costitutivo del 30/9/2003, operatività aprile 2004;
- FASCHIM è regolarmente iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari (Fondo Sanitario 97358180152) con certificazione ottenuta in data 3/8/2010 (e successivi rinnovi annui).

### 2. Associati

- possono iscriversi i lavoratori dipendenti ed il loro nucleo familiare (coniugi/conviventi e figli fino a 30 anni), a cui è applicato il CCNL di riferimento, e i lavoratori in mobilità;
- l'adesione a FASCHIM è volontaria;
- gli iscritti a FASCHIM al 31/12/2018 sono 213.827 così suddivisi: 125.577 dipendenti e 88.250 familiari. I dipendenti iscritti sono circa il 70% del bacino dei potenziali iscrivibili (circa 150.000 dipendenti, al netto di quelli con forme aziendali, stimati in circa 30.000).

### 3. Contributi associativi

- contributo complessivo € 24 al mese (€ 288 annui) di cui:
  - ✓ Contributo a carico del dipendente: € 3 al mese (€ 36 annui)
  - ✓ Contributo a carico dell'impresa: € 21 al mese (€ 252 annui)

- contributi a carico del dipendente per il nucleo familiare (che si somma alla quota del dipendente):
  - ✓ Nucleo monocomposto (1 persona iscritta come nucleo): € 24 al mese (€ 288 annui)
  - ✓ Nucleo pluricomposto (due o più persone iscritte come nucleo): € 30,25 al mese (€ 363 annui)

#### 4. Prestazioni garantite

Il Fondo rimborsa, nel limite di quanto previsto dal proprio regolamento, le spese sostenute per le seguenti voci: ticket, odontoiatria, prestazioni private (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, interventi chirurgici ambulatoriali e con ricovero, tutori e corsetti, terapie oncologiche, fisioterapia, lenti correttive, apparecchi acustici, terapie riabilitative per disabilità di tipo cognitivo, motorio e del linguaggio, corso parto), assistenza alla non autosufficienza mediante rendita temporanea, prestazioni private per gravi malattie, campagne di prevenzione, ed erogazione diaria per degenza ospedaliera.

#### 5. Modello operativo/organizzativo

- FASCHIM è un Fondo auto-assicurato che non si avvale di compagnie di assicurazioni per l'erogazione delle proprie prestazioni. Viene pertanto definito in "Autogestione";
- modello organizzativo: full-outsourcing per quanto riguarda i servizi anagrafici, di liquidazione e call center;
- redige il bilancio d'esercizio in conformità alla normativa del Codice civile, e ha scelto di sottoporre il proprio bilancio di esercizio a certificazione volontaria;
- ha sviluppato un "bilancio tecnico attuariale" con proiezioni pluriannuali.

## B. Finalità dell'indagine conoscitiva e programma delle audizioni:

### 1. Obiettivi dell'approfondimento della materia in oggetto

#### *I. valutare l'opportunità di:*

*a. un riordino della sanità integrativa, anche nel senso di rendere più cogente il divieto già posto ad enti, imprese e aziende pubbliche, di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento, anche indiretto, di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi la finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal SSN;*

Una riforma della materia, alla luce del fatto che i Fondi sanitari esistono e operano con soddisfazione dei propri iscritti, e senza avere mai inciso (a differenza di altri Istituti Economici) sulle casse dello Stato, salvo il beneficio fiscale, dovrebbe essere realizzata di concerto con i Fondi sanitari che già operano sul mercato, con l'obiettivo di estendere le best practice e modus operandi di quelli che maggiormente tutelano la collettività degli iscritti (dipendenti e familiari).

*b. eliminare ogni forma di defiscalizzazione per quei fondi integrativi che non hanno i requisiti previsti dal decreto legislativo n. 502 del 1992;*

L'eliminazione dell'attuale beneficio fiscale produrrebbe, nel caso dei Fondi sanitari di carattere negoziale, un immediato aumento del cuneo fiscale e del costo del lavoro, con gravi ripercussioni sugli attuali iscritti, prevalentemente operai ed impiegati.

Inoltre non è garantito che l'eventuale spostamento delle risorse economiche, derivanti dall'eliminazione del beneficio fiscale, al Fondo Sanitario Nazionale possa effettivamente concorrere al sostentamento del SSN.

Le stesse risorse potrebbero essere più efficacemente recuperate dalla lotta alla corruzione e agli sprechi nel SSN.

Da segnalare che l'esistenza dei Fondi Sanitari Integrativi concorre ad eliminare i fenomeni di evasione fiscale, ed agevola il controllo puntuale dell'appropriatezza delle prestazioni rimborsate, nell'interesse della collettività che si sta assistendo e, indirettamente, di tutta la collettività generale.

*II. analizzare se sia opportuno introdurre il divieto esplicito per i fondi sanitari integrativi di erogare prestazioni sanitarie «sostitutive», in quanto ricomprese nell'ambito di intervento del SSN e dei LEA;*

Le prestazioni erogate dai Fondi sanitari sono determinate sulla base dei bisogni espressi dalla collettività assistita.

Nel caso di FASCHIM, le prestazioni sanitarie chieste a rimborso riguardano prevalentemente l'ambito delle prestazioni ambulatoriali.

La recente rilevazione dell'ISTAT (sistema dei conti della sanità) indica che gli accertamenti ambulatoriali di cura e riabilitazione rappresentano un'elevata componente (circa il 36% della spesa privata in sanità è assistenza ambulatoriale, mentre solo il 4% è ospedaliera in regime ordinario) del totale della spesa privata.

È quindi fuorviante contrapporre le prestazioni sostitutive, integrative o complementari.

La questione andrebbe affrontata partendo dalla effettiva esigibilità delle prestazioni nell'ambito del SSN, e non con riferimento alla ridondanza delle prestazioni offerte dai Fondi sanitari integrativi rispetto a quelle elencate dal SSN.

È un dato, infatti, che non è sufficiente sottolineare che le prestazioni offerte dal SSN, per il solo fatto che sono comprese nei LEA, sono per questo effettivamente esigibili nei tempi e nei modi utili o necessari per il cittadino/paziente.

Un SSN efficace ed efficiente renderebbe, di fatto, nullo il ricorso a prestazioni fuori da tale sistema, ma le rilevazioni statistiche, come sopra indicato, ci dicono che non è così, e non lo è stato anche in cicli economici in cui il PIL aveva un andamento maggiormente virtuoso rispetto alle attuali previsioni.

*III. indagare sull'opportunità di introdurre, nell'ambito dell'anagrafe dei fondi integrativi del SSN:*

*a. disposizioni che impongano la trasparenza e la pubblicità in relazione a tutti gli atti statutari e costitutivi correlati ai fondi integrativi;*

Ferma restando l'opportunità e la disponibilità alla massima trasparenza, l'attuale normativa di richiesta di iscrizione e rinnovo all'Anagrafe dei Fondi prevede già l'inoltro dello statuto e dell'atto costitutivo del Fondo, nonché, cosa più rilevante qualora si voglia svolgere un'analisi comparativa,

tutti i regolamenti dei Fondi stessi che, insieme allo statuto, disciplinano il rapporto associativo con l'utente.

Se per tutti gli "atti statutari" si dovesse intendere anche le delibere del CdA, allora risulterebbe necessario verificare i profili di legittimità anche in ordine a criteri di tutela della protezione dei dati (vedasi il GDPR).

*b. disposizioni atte ad eliminare ogni conflitto d'interesse tra i gestori dei Fondi e chi promuove i fondi medesimi;*

Questo è un tema delicato, da declinare opportunamente in relazione alla natura ed alle fonti costitutive del Fondo sanitario, se di natura negoziale o no e se in autogestione o assicurato.

*IV. verificare quale sia l'onere finanziario complessivo riferito alle agevolazioni fiscali legate ai fondi sanitari integrativi.*

A questo scopo è necessario precisare la distinzione tra Fondi sanitari integrativi e Casse di previdenza ed assistenza.

Ciò perché l'Agenzia delle entrate, nell'audizione del 6/2/2019, ha dichiarato che l'importo della contribuzione dedotta dai cittadini, e inserita nel rigo 441 del CUD e riferita ai Fondi e casse di previdenza ed assistenza per il 2016, è pari a circa 10,5 miliardi di euro, senza citare la quantificazione del relativo beneficio fiscale.

Se si desumesse, per via indiretta, il valore della contribuzione versata ai Fondi sanitari (e quindi dedotta dal reddito) con riferimento ai dati censiti dall'Anagrafe dei Fondi Sanitari e riferita agli enti che hanno ottenuto la registrazione, si andrebbe da un minimo di 2,6 miliardi di euro a massimo 3,8 miliardi di euro di contribuzione.

È ragionevole, quindi, ritenere che la contribuzione indicata dall'Agenzia delle entrate in circa 10,5 miliardi di euro, comprenda cifre che non sono destinate solo al rimborso di prestazioni sanitarie, ma anche ad altre destinazioni, quali forme previdenziali.

A dimostrazione di ciò, qualora gli 11 miliardi di euro (citati dall'Agenzia delle entrate) concorressero tutti al rimborso di prestazioni sanitarie, si potrebbero stimare in circa 6 miliardi di euro (con molta prudenza) rimborsati da forme sanitarie integrative, e tale valore non sembrerebbe desumibile da alcuna rilevazione statistica.

## **C. Il punto di vista di FASCHIM sul tema dei Fondi di Assistenza Sanitaria Integrativi del SSN**

### **1. Tutela dell'univocità di destinazione del contributo aziendale al Fondo sanitario negoziale**

È opportuno richiamare, in premessa, gli esiti del dibattito parlamentare del 2015 in merito alla cosiddetta “portabilità del contributo aziendale” sui Fondi pensione.

La pressione della lobby assicurativa aveva quasi indotto il Legislatore a modificare l'attuale impianto normativo, obbligando le imprese di settori con Fondi pensionistici negoziali, in caso di scelta di un dipendente di aderire a un'altra forma di previdenza complementare rispetto a quella prevista dal suo CCNL, a versare a tale forma la quota di competenza dell'azienda.

La tesi che questo sistema avrebbe generato solamente delle instabilità nei flussi finanziari, e non avrebbe rilanciato l'adesione ai Fondi, è stata vincente, fattore per cui tale proposta è stata rigettata.

Le risultanze delle scelte politiche sono condivisibili, e sarebbero più impattanti sul sistema dei Fondi sanitari negoziali che fondano la loro stessa esistenza sulla mutualità tra gli aderenti e sulla destinazione al Fondo sanitario integrativo di parte delle risorse economiche della contrattazione negoziale.

Il Fondo sanitario negoziale è, infatti, un istituto intrinseco del CCNL a beneficio dei lavoratori e, indirettamente, delle imprese, e ogni distrazione economica di una sua componente equivarrebbe a depauperarne le potenzialità.

Per quanto riguarda i Fondi sanitari, questo tema va opportunamente declinato rispetto alle due fattispecie di adesione al Fondo:

a) obbligatoria (vedi ad esempio il caso di Fondo Est);



b) facoltativa (FASCHIM).

Nel primo caso, era stata emanata una specifica circolare interpretativa dall'allora Ministro del Welfare, Sacconi, in virtù della quale, in caso di mancata iscrizione al Fondo sanitario di CCNL, il datore di lavoro era obbligato a garantire al lavoratore una prestazione equivalente (quindi anche con il pagamento di altra forma di copertura sanitaria).

Nel caso di FASCHIM, il CCNL prescrive e garantisce l'obbligo di versamento della somma dovuta dall'azienda solo in caso di iscrizione a FASCHIM. Non sussistono a oggi circolari normative/documenti legislativi che dispongano diversamente, e **si ritiene non possa avvenire in futuro il contrario, come abbiamo affermato durante il Seminario/Tavola rotonda di settembre 2014.**

## 2. Univocità del Fondo di carattere negoziale

Il Fondo sanitario integrativo negoziale è uno strumento che integra due aspetti: la genesi da CCNL e la natura di integrativo al SSN. Presi singolarmente, potrebbero avocare a sé il ruolo di prerogativa nella definizione delle caratteristiche dello stesso Fondo sanitario integrativo:

- il CCNL vede nel Fondo sanitario uno strumento di relazione industriale, contrattuale e di tutela del potere reddituale del dipendente, oltre che uno strumento di miglioramento delle condizioni di welfare del lavoratore e di riflesso nell'economia dell'impresa;
- il SSN vede nel Fondo sanitario uno strumento che può integrare compiutamente lo svolgimento della sua funzione istituzionale in attuazione del dettato costituzionale.

Tuttavia il sistema deve esistere in simbiosi. Il SSN si deve confrontare con una molteplicità di soggetti, in virtù dell'eterogeneità dei diversi comparti merceologici/situazioni lavorative (diversi CCNL, lavoro dipendente/lavoro autonomo).

Atteso che, allo stato attuale, non sussistono specifiche norme tese all'accorpamento dei Fondi sanitari e che, soprattutto, le caratteristiche organizzative ed economiche di quelli di carattere negoziale esprimono le peculiarità delle libere scelte manifestate dalle Parti Fondative, si ritiene che debba essere salvaguardata la possibilità che Fondi del calibro di FASCHIM possano perpetuare autonomamente la propria attività.

Quindi **non andrebbe sostenuto il sistema, proposto da alcuni, del “Fondo dei Fondi”**. Ciò non significa, tuttavia, escludere a priori forme di estensione della sfera di applicazione di un Fondo (così come favorire modelli di confluenze ragionate e condivise). Ma è cosa ben diversa precludere per legge l'autonoma istituzione e prosecuzione di un Fondo negoziale, inducendolo a confluire in un istituto preconfezionato di Fondo di Fondi<sup>1</sup>.

### 3. Governance

Il tema della governance riguarda il modo, i metodi e gli strumenti che sono applicati all'ente per garantirne il perdurare nel tempo.

Il modello organizzativo, la gestione delle risorse, la scelta delle prestazioni, il regime dei controlli, ecc., stante la natura del Fondo sanitario che riceve dei flussi finanziari e garantisce delle prestazioni, si riconduce a due temi prescritti dalla Costituzione italiana in termini di tutela<sup>2</sup>. E' importante prenderne atto, perché l'eventuale ri-regolamentazione della normativa potrebbe agganciarsi agli stessi, secondo alcuna dottrina giuridica, giacché salute e risparmio sono i beni che l'intervento pubblico deve tutelare stante quanto previsto dalla nostra Carta costituzionale.

---

<sup>1</sup> Si rammenta, al riguardo della possibile confluenza da parte di altri settori in FASCHIM, che tale fattispecie è disciplinata dal nostro attuale Statuto.

<sup>2</sup> Tutela della salute intesa come **qualità delle prestazioni finanziate** (richiamo all'art. 32 della Costituzione italiana) e Tutela del contributo versato (nell'accezione più estesa e giuridicamente riconducibile al risparmio con riferimento all'art. 47 della Costituzione) come **salvaguardia delle risorse economiche raccolte dai Fondi**.

Uno degli aspetti peculiari delle attuali forme di assistenza sanitaria integrativa è stato la capacità di autoregolamentarsi<sup>3</sup>.

Osservando i risultati di decenni di attività di molti Fondi sanitari, si rileva che il settore ha funzionato bene, erogando prestazioni in modo efficiente, e non ha evidenziato situazioni destabilizzanti nel settore.

Questo basterebbe al legislatore per omogeneizzare in un'unica normativa le "best practice", estraendole da alcuni Fondi di riferimento.

Con riferimento alla realtà di FASCHIM, nella governance sono presenti alcuni specifici temi meritevoli di approfondimento:

- 1) COMPLIANCE, nel senso della conformità dei comportamenti al quadro normativo di riferimento (per adesso solo la normativa civilistica in merito alle associazioni non riconosciute e l'ultimo D.M. 27/10/2009 sulle risorse vincolate);
- 2) INTERNAL AUDIT, inteso come correttezza delle condotte (nei rapporti con gli associati<sup>4</sup>);
- 3) RISK MANAGEMENT, inteso come adeguatezza dei livelli di rischio rispetto a:
  - prestazioni erogate (gestione del passivo di bilancio);
  - investimenti finanziari (gestione dell'attivo di bilancio).

A oggi questi temi sono presidiati, ma è opportuno, nella logica del "miglioramento continuo", implementare delle azioni tese al rafforzamento degli stessi.

---

<sup>3</sup> Molto efficace e calzante nella realtà di FASCHIM è la definizione di governance secondo Bob Jessop (1997, 1998) per cui rappresenta "una forma di auto-organizzazione di attori autonomi e reciprocamente interdipendenti, che si basa sul dialogo continuo e sulla condivisione delle risorse per lo sviluppo di progetti vantaggiosi per tutti e per la soluzione delle dispute".

<sup>4</sup> In merito, ad esempio, all'assenza di discrezionalità nel comportamento sui processi liquidativi.

In particolare rispetto al rapporto con gli associati sarebbe utile approfondire forme di ulteriore **trasparenza** nella comunicazione, e in particolare sul **bilancio**, che potrebbe essere reso disponibile nell'area riservata agli associati nelle forme che si riterranno più opportune.

Mutuando poi l'esperienza di alcuni Fondi sanitari, potrebbe essere introdotto in FASCHIM, a estensione della COMPLIANCE, un **codice etico**.

Infine potrebbe essere presa in esame la possibilità di applicare a FASCHIM uno specifico modello organizzativo 231<sup>5</sup>.

Alla luce di tutto ciò, emerge la forte esigenza di salvaguardare: **Autonomia gestionale come principio cardine**.

Certo, come abbiamo indicato nel principio di "univocità del Fondo di carattere negoziale", il Fondo sanitario deve esistere in simbiosi con il SSN, ma non esserne succube. Ciò ci obbliga a declinare il principio di **tutela del diritto alla salute** come qualità delle prestazioni, e in particolare il fatto che le prestazioni del Fondo debbano, **prevalentemente**, essere orientate nell'alveo della "**medicina convenzionale**"<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Il D.Lgs. 231/2001 introduce la responsabilità amministrativa per società, enti e organizzazioni, con o senza personalità giuridica. Per la prima volta nell'ordinamento italiano è prevista la responsabilità delle aziende per reati posti in essere da Amministratori, Dirigenti e/o Dipendenti nell'interesse o a vantaggio dell'azienda stessa. Tra i reati compresi nel Decreto i più significativi sono quelli ai danni della sicurezza dei lavoratori, dell'ambiente, societari (false comunicazioni sociali, indebita restituzione conferimenti), nei confronti della pubblica amministrazione (truffa e corruzione). L'elenco dei reati che possono originare la responsabilità delle aziende è in continuo aggiornamento e ampliamento. La 231 non è obbligatoria, tuttavia, essere conformi è uno strumento di tutela per ridurre il rischio di sanzioni per uno dei reati previsti dal decreto. **Il Modello Organizzativo è un insieme di regole, procedure e modi di operare che definiscono il sistema organizzativo, di gestione e controllo interno all'azienda, e che mira a impedire o a contrastare la commissione dei reati sanzionati dalla 231.**

Ci sono alcuni benefici dall'applicazione del Modello 231.

Il principale è invocare l'esclusione o la limitazione della responsabilità aziendale derivante da uno dei reati sanzionati dalla 231, gestione aziendale trasparente e corretta, maggiore chiarezza organizzativa e bilanciamento tra poteri e responsabilità, migliore cultura dei rischi e dei controlli sulle operazioni di business e di supporto in azienda. Si segnala che la Confindustria in proposito ha emanato delle proprie linee guida per la costruzione dei modelli di organizzazione, gestione e controllo (sett. 2014).

<sup>6</sup> È indicato "prevalentemente" perché già oggi FASCHIM eroga delle prestazioni in denaro (rendita temporanea per non autosufficienza), non direttamente legate al rimborso di prestazioni nell'ambito della medicina convenzionale.

Deciso l'alveo in cui opera, **il Fondo deve avere la possibilità di scegliere quali prestazioni erogare**, coerentemente a: la propria popolazione di assistiti, la dimensione dei contributi incassati e la politica sanitaria applicata a un Fondo sanitario di emanazione contrattuale.

Da ciò, nel caso di specie di FASCHIM, discende, in virtù della dimensione del contributo e della tipologia di Fondo che non prevede la "portabilità del contributo aziendale", **l'esigenza di escludere a priori la possibilità di garantire una copertura di LTC (long term care - cure di lungo periodo) mediante l'erogazione di una rendita vitalizia<sup>7</sup>**, ovvero il rimborso di prestazioni per tutto il periodo di non autosufficienza<sup>8</sup>.

Sarebbe comunque utile proporre il reinserimento, nell'ambito del calcolo delle risorse vincolate (attuale D.M. 27/10/2009 - Sacconi), dei costi relativi alla prevenzione.

Sulla questione del RISK MANAGEMENT, è evidente l'interdipendenza tra dimensione del patrimonio e tipologia di prestazioni erogate in termini di quantità e qualità.

La gestione del **patrimonio** deve essere incentrata su:

- 1) garanzia di fronteggiare eventi futuri in termini di diversa morbilità (utilizzo delle prestazioni) rispetto all'atteso, e, in particolare, rispetto alle dinamiche del SSN, il cui finanziamento del FSN incide direttamente sui comportamenti e sull'uso delle prestazioni dei nostri associati;
- 2) ottimizzazione dei rendimenti finanziari, avuto riguardo allo scopo sociale dell'ente e nel rispetto delle linee guida condivise all'interno dello stesso.

---

<sup>7</sup> Le forme ora presenti per i dipendenti delle compagnie di assicurazione (Fondo unico nazionale L.T.C.) e per i bancari (CASDIC), coprono tale rischio se e solo se l'evento della non autosufficienza avviene in caso di permanenza del lavoro dipendente ovvero dal pensionato del settore, ma non vi è alcuna indicazione in caso di passaggio ad altro settore (che con le attuali dinamiche lavorative avviene come noto con frequenza significativa).

<sup>8</sup> FASCHIM prevede, in caso di non autosufficienza, SOLO il pagamento di una rendita temporanea per 5 anni e d'importo mensile relativamente modesto: 200 euro, salvo interruzione per decesso.

**Rispetto al primo punto**, a oggi non esiste una norma di riferimento e neanche l'Ordine degli Attuari ha formulato prescrizioni in merito.

Dobbiamo, tuttavia, assumere che il ruolo di tale patrimonio deve essere volto a fornire agli assistiti una garanzia di longevità del Fondo e di sufficiente tutela finanziaria rispetto ai mezzi necessari per far fronte agli impegni assunti. In pratica dovrebbe coprire da shock finanziari, demografici e di politica sanitaria pubblica.

Resta il fatto che deve comunque essere salvaguardata la correlazione diretta tra il volume dei contributi incassati in termini di valore reale e le prestazioni erogate. In altri termini, le prestazioni sono, non essendoci forme di finanziamento diverse dai contributi che derivano dal CCNL, direttamente dipendenti da quest'ultimo, e cioè non è la tutela della salute che definisce la quantità di risorse da impiegare, ma **è la quantità di risorse economiche che definisce la quantità di tutela del diritto alla salute, e questo è un principio, nel nostro caso, inderogabile.**

Sarebbe pertanto **contrario al principio di autonomia gestionale** se ci fosse imposto **l'obbligo di erogare delle specifiche prestazioni**, totalmente contrarie e non coerenti con le strategie di politica sanitaria di FASCHIM e della propria peculiarità di: Fondo negoziale<sup>9</sup>.

La definizione di un quantitativo di patrimonio ideale è, di fatto, il risultato della storia nel tempo dei Fondi, fattore per cui potrebbero essere mutuati, con specifici approfondimenti, i risultati dei bilanci dell'ultimo quinquennio di alcuni Fondi di riferimento, opportunamente omogeneizzati e depurati da fenomeni particolari (vedasi ad esempio, nel nostro caso, l'enorme afflusso di risorse in virtù dell'applicazione della "norma transitoria" del CCNL nel periodo giugno 2008-luglio 2009), per renderli, per quanto possibile, confrontabili tra loro, e comparando il risultato così ottenuto con quello che si sarebbe ottenuto applicando i criteri previsti per le Compagnie di Assicurazione nel ramo danni (con l'utilizzo dei criteri di solvency II<sup>10</sup>).

---

<sup>9</sup> Si precisa che le prestazioni declinate nelle risorse vincolate di cui al D.M 27/10/2009 riguardano, prevalentemente, le cure odontoiatriche, che sono una componente di spesa significativa delle prestazioni di FASCHIM e, pertanto, coerente con il proprio nomenclatore di prestazioni.

<sup>10</sup> Ufficialmente, Direttiva 2009/138/CE, direttiva dell'Unione europea che ha lo scopo di estendere la normativa di Basilea II" al settore assicurativo.

**Riguardo al secondo punto**, gli investimenti finanziari, la questione è molto delicata e controversa.

Se assumiamo come valido il paradigma che i contributi versati al Fondo sanitario siano una forma di destinazione o di utilizzo del reddito del dipendente non destinato al consumo immediato, allora potremmo intenderli, come citato all’inizio del paragrafo sulla Governance, RISPARMIO e, in quanto tale, suscettibile di tutela pubblica istituzionale. Al che sarebbe legittimo attendersi una normativa prescrittiva sulla gestione degli investimenti coerenti con la natura del Fondo sanitario.

Se, viceversa, consideriamo che gli attuali Fondi sanitari hanno gestito risorse patrimoniali talvolta anche ingenti, sarebbe opportuno mutuare un documento propositivo che, partendo dall’esperienza di alcuni Fondi sanitari, ne sintetizzasse delle linee guida condivisibili da inserire in una nuova normativa sui Fondi sanitari.

Tale normativa dovrebbe fornire un indirizzo di carattere generale sulle modalità di investimento delle risorse finanziarie dei Fondi sanitari. Sarebbero inoltre proponibili incentivazioni fiscali per quelle forme (che dovrebbero restare a carattere volontario) di investimento nel settore della salute<sup>11</sup>.

#### 4. Vigilanza

I Fondi sanitari non hanno alcuna pregiudiziale in merito a forme di controllo sugli enti, vogliono solo che venga salvaguardata la specificità di ciascuno e l’autonomia gestionale delle Parti Fondative, che sono l’espressione della propria base associativa.

È auspicabile un quadro normativo di riferimento che possa anche rappresentare la sintesi delle “best practice” presenti ora sul mercato dei Fondi sanitari integrativi.

---

<sup>11</sup> Vedasi al riguardo la recente indagine conoscitiva dello Stato sulla sostenibilità del Sistema sanitario, approvata dal Senato in Commissione igiene e sanità, in merito agli investimenti in infrastrutture sanitarie.

## 5. Regime tributario delle forme sanitarie integrative

L'attuale **normativa fiscale** prescrive:

per l'azienda

- un contributo di solidarietà del 10% sulla contribuzione versata da parte del datore di lavoro ai Fondi di assistenza sanitaria integrativa;

per il dipendente

- la deducibilità dal reddito imponibile IRPEF della contribuzione versata dal dipendente al Fondo sanitario;
- la detraibilità della parte di spese sanitarie che resta in capo all'assistito dopo il rimborso del Fondo<sup>12</sup>.

Ciò che è utile discutere, in coerenza con la questione "libero mercato"/"mercato chiuso", riguarda il fatto se debba prevalere, ai fini dell'applicazione dei benefici fiscali, l'oggetto dell'assistenza sanitaria integrativa (che per sua natura dovrebbe avere un incentivo fiscale), ovvero il soggetto promotore del Fondo sanitario. In pratica gli attuali benefici fiscali andrebbero estesi anche a Fondi non di carattere negoziale (con riferimento all'art. 51 Tuir).

Trascuriamo, per il momento, l'utilizzo della polizza assicurativa e quindi il ricorso alle Compagnie di assicurazione (enti "profit"), perché la polizza è solo il veicolo di copertura del rischio: infatti la contribuzione viene versata al Fondo sanitario che "compera" una polizza.

---

<sup>12</sup> Sarebbe auspicabile e legittima:

per l'azienda

- a. una riduzione dell'aliquota di solidarietà del 10%, alla luce del fatto che le prestazioni erogabili consentono di sgravare il sistema pubblico di alcune liste d'attesa e di dirottare parte delle prestazioni, altrimenti dovute in applicazione dei L.E.A., su un livello integrativo e privato;
- b. una decontribuzione dall'IRAP della quota di contribuzione versata ai Fondi sanitari.

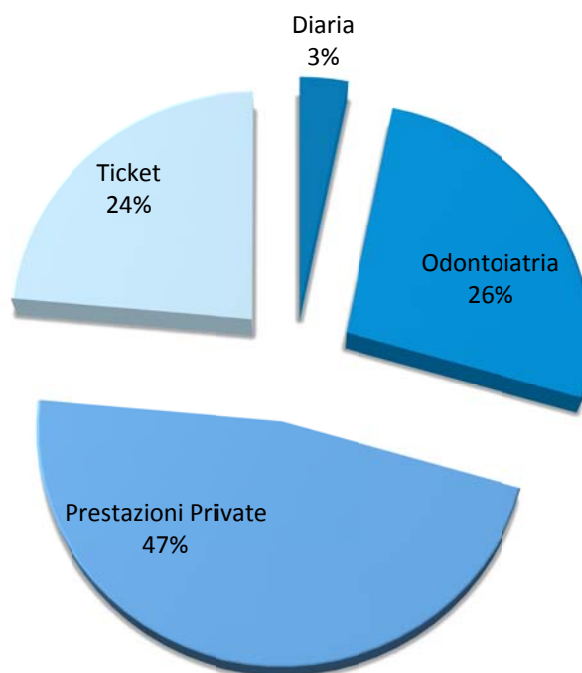
per il dipendente

- a. una decontribuzione, anche dalla base imponibile degli oneri sociali, del contributo versato ai Fondi sanitari;
- b. Aumento della detraibilità fiscale della cifra che resta a carico dell'associato che ha beneficiato di queste forme (ora è il 19%, sopra una franchigia, indipendentemente se riguarda chi ha fruito o meno di sanità integrativa).



## D. Appendice statistica di FASCHIM

### 1. Distribuzione delle prestazioni (distribuzione percentuale importo liquidato anno 2018)



Per quanto riguarda la percentuale di rimborsi su prestazioni vincolate, in base al D.M. Welfare del 27/10/2009 (pubblicato sulla G.U. del 16/1/2010), FASCHIM supera la soglia minima stabilita al 20% e si attesta, nel 2018, al 26,64%<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> Il dato si riferisce alla liquidazione per competenza del 2018 rilevato all'inizio dell'anno: pertanto potrebbe scostarsi, quando si avrà, alla definizione del bilancio 2018 e alla chiusura dei dati al giugno 2019 (da inviare all'Anagrafe dei Fondi), il dato definitivo.

## 2. Andamento iscrizioni

### I. *Evoluzione degli iscritti*

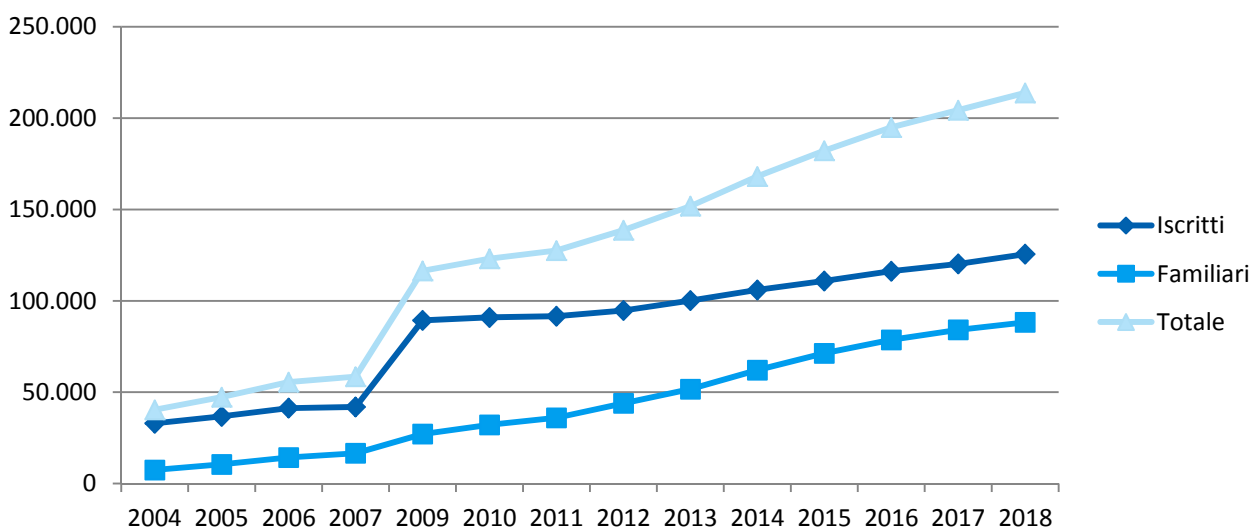
Gli iscritti a FASCHIM al 31/12/2018 sono 213.827 così suddivisi:

- 125.577 dipendenti;
- 88.250 familiari.

È molto importante osservare, dal grafico sotto indicato, la significativa crescita dei familiari, per la cui iscrizione volontaria il costo è previsto a totale carico del dipendente. Ciò a dimostrazione dell'interesse verso il Fondo, e, soprattutto, della concreta utilità che esso rappresenta per i lavoratori.

Il numero di dipendenti iscritti rappresenta il 70% circa del bacino potenziale<sup>14</sup> del Fondo, esclusi i dipendenti che lavorano presso imprese le quali, seppur applichino il CCNL di categoria, hanno in vigore una forma di assistenza sanitaria integrativa di tipo aziendale diversa da FASCHIM, e preesistenti alla costituzione del Fondo.

Evoluzione del numero degli associati (2004-2018)



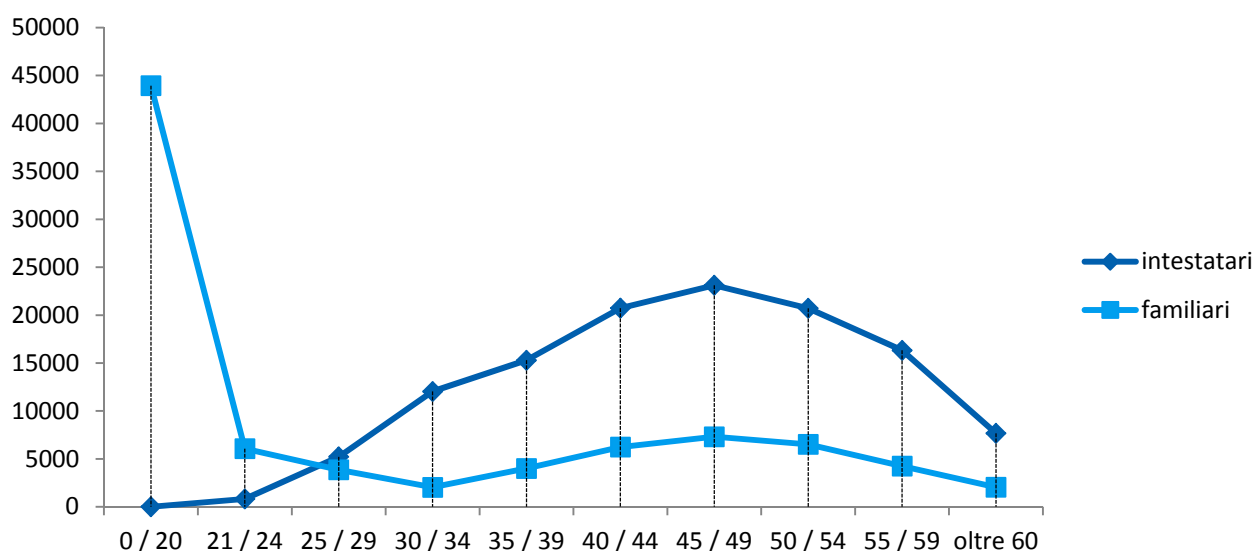
<sup>14</sup> La stima del numero dei dipendenti che applicano il CCNL chimico/farmaceutico è di circa 180.000 unità. Da questi, se escludiamo la stima dei dipendenti che lavorano in imprese che hanno forme di assistenza sanitaria aziendale preesistente a FASCHIM, circa 30.000, otteniamo circa 150.000 dipendenti, che sarebbe il bacino potenziale di iscrivibili al Fondo.

Il numero degli associati complessivi rivela un incremento costante negli anni, favorito inizialmente anche da iniziative inserite dalle Parti sociali all'interno del CCNL, ma che dal 2009 in poi rimane costante soprattutto grazie alla sempre forte crescita dei familiari.

Negli ultimi anni anche gli iscritti principali (dipendenti) hanno avuto un incremento lievemente più ampio. Questo si deve sia all'interesse destato verso FASCHIM da parte di grandi imprese, che hanno al proprio interno forme assicurative di altro genere e che sono confluite nel Fondo di categoria apprezzandone la stabilità dei costi (rispetto ad altre forme, soprattutto di tipo assicurativo), i vantaggi e le coperture, sia, probabilmente, alla necessità "sociale" crescente di assistenza sanitaria integrativa, come dimostrano i più recenti studi in materia.

## II. Distribuzione degli associati

Distribuzione degli associati per fasce di età (2018)



Gli associati FASCHIM sono piuttosto giovani, e la maggior presenza si attesta nella fascia 45/49. Ricordiamo che FASCHIM non prevede l'iscrivibilità di pensionati né dei genitori dei dipendenti iscritti.

**Audizione 9 aprile 2019**  
**XII Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati**

**DOCUMENTO ALLEGATO ALLA PRESENTAZIONE DI FASCHIM**  
**(Fondo di Assistenza sanitaria del CCNL Chimico/Chimico-Farmaceutico)**

**INDAGINI DI CUSTOMER SATISFACTION**

Al fine di valutare e monitorare diversi aspetti della propria attività negli anni, il Fondo ha effettuato, dal 2011 in poi, alcune indagini di Customer Satisfaction, affidando le ricerche ad una società esterna.

2011	2014	2018
- Indagine quantitativa 1200 interviste telefoniche - Indagine qualitativa: focus group	- indagine quantitativa: 1000 interviste telefoniche - indagine qualitativa: focus group	Indagine quantitativa: 4000 risposte a questionario online

In sintesi, ciò che emerge come trend dalle diverse indagini, e viene fortemente confermato anche nell'ultima del 2018, è che il livello di soddisfazione manifestato dagli assistiti Faschim si è sempre attestato su livelli molto soddisfacenti: su una scala da 1 a 10 il voto medio complessivo è sempre superiore a 8.

Il Fondo ha una alta percentuale di 'promoters': non si intendono venditori o agenti, ma si intendono gli iscritti stessi che spontaneamente, attraverso il passaparola positivo, sono promotori attivi del servizio, invitando i colleghi ad iscriversi. Nel 2018 il 75% del campione ha consigliato a qualcuno di iscriversi: questo dato nella ricerca del 2014 era attestato al 45%. Un incremento forte che conferma una presa di coscienza importante sul ruolo rivestito dal Fondo.

L'iscrizione a Faschim è motivata soprattutto da una percezione di convenienza della proposta (in termini di sicurezza e/o economici): il valore rappresentato da Faschim è da ricondursi principalmente ad una riduzione del latente stato d'ansia connesso alle condizioni di salute (proprie e dei familiari) (*ho meno preoccupazioni, sono più tranquillo, mi sento tutelato*).

Viene sottolineato che si tratta di un'opportunità offerta dal contratto di lavoro/azienda.

Nel 2018 il 58% del campione ha indicato che il Fondo copre quasi tutti i bisogni del singolo e della famiglia, e a questo si somma il 21% che indica che sono coperti addirittura tutti.

La modalità di richiesta di rimborso (online) e la semplicità di reperire informazioni sul sito e attraverso il call center, sono un importante valore aggiunto che rende l'utilizzo semplice, e contribuiscono ad una soddisfazione complessiva piuttosto elevata.