

LE ORIGINI DEL FASDAC

Il FASDAC “Mario Besusso” è il Fondo di Assistenza Sanitaria per i Dirigenti delle Aziende Commerciali, di Trasporto e Spedizione.

E’ stato istituito nel 1948 (divenuto operativo nel 1949) in un periodo storico particolare per il nostro Paese in cui un impeto di ripresa e rinascita unitaria pervadeva ogni ambito sociale.

Erano gli anni in cui, da un punto di vista istituzionale, i padri costituenti cristallizzavano i valori basilari della nostra società fondata, tra gli altri, sui principi di uguaglianza e di solidarietà. Una società che favoriva la libera iniziativa privata compatibile con l’utilità sociale nel rispetto delle libertà individuali.

In questo contesto di costruzione di un nuovo tessuto economico e sociale anche i lavoratori - nella parte con più spiccate attitudini direttive per loro ruolo abituati ad anticipare i tempi- e le associazioni datoriali più illuminate, compresero la necessità di coniugare quei valori in atti concreti e decisero di negoziare scambiando una parte della retribuzione con tutele effettive.

In questo fervente ambiente politico e sociale fu istituito il FASDAC attraverso i Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro dei Dirigenti stipulati dalla **Confcommercio** (in rappresentanza delle aziende) e dalla FeNDAC (oggi **Manageritalia** in rappresentanza dei dirigenti) come forma di **autotutela** di categoria ispirata ai principi di mutualità e solidarietà intergenerazionale con lo scopo di rimborsare le spese sanitarie sostenute dai propri assistiti, dirigenti e familiari. Nel 1953 la **Confetra** (Confederazione Generale Italiana dei Trasporti) si è aggiunta alle Parti costituenti.

Secondo le previsioni dei CCNL di riferimento, il FASDAC oggi assiste i dirigenti appartenenti a diversi settori: Terziario, Trasporto e Spedizione, Logistica, Magazzini Generali, Aziende Alberghiere ed Agenzie Marittime.

LE CARATTERISTICHE DEL FONDO

Il FASDAC è una associazione non riconosciuta. Opera nell’ambito della previsione di cui all’art. 51, II comma, lettera a) del TUIR 917/1986 ed è iscritto all’Anagrafe dei Fondi prevista dal D.M. del 27 ottobre 2009 il cui rinnovo, per l’anno 2018, è stato certificato dal Ministero della Salute il 16 ottobre 2018 con attestazione n. 0031661-16/10/2018-DGPROGS-DGPROGS-UFF02-P.

Ai fini del Decreto Ministeriale del 27.10.2009 il FASDAC ha raggiunto la **“quota delle risorse vincolate”** attraverso gli ambiti delle “prestazioni sanitarie a rilevanza sociale per persone non autosufficienti” (art. 2, comma 2, lettera d punto 2) e dell’ “odontoiatria” (art. 2, comma 2, lettera d

punto 4). Nel 2018 i due ambiti hanno impegnato complessivamente il 21,19% della spesa. Il raggiungimento consente al Fondo di essere annoverato tra quelli rientranti nell'ambito del citato art. 51, II comma, lett. a) del TUIR 917/86, requisito necessario ai fini dell'ottenimento delle agevolazioni fiscali per i lavoratori dipendenti.

Il ruolo Sociale

Il FASDAC opera accanto al Servizio Sanitario Nazionale nell'area garantita dall'art. 46, comma 1, della sua stessa legge istitutiva (Legge 833/78) secondo il quale **“La mutualità volontaria è libera”**.

La motivazione originaria di tale forma di welfare, cui è destinata una parte del trattamento salariale e del costo del lavoro, è stata quella di favorire il benessere aziendale. Tale funzione si è estesa assumendo un ruolo sociale secondo il principio di **sussidiarietà**, rispetto all'interesse generale della tutela del diritto alla salute, avvenuto nel 1978 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, da ritenersi, indiscutibilmente, una conquista di modernità del nostro Paese. Principio che, a seguito della modifica del Titolo V, trova oggi formale riconoscimento nell'art. 118 della Carta Costituzionale.

Operativamente il Fondo, superando l'angusta quanto teorica distinzione tra prestazioni di tipo “sostitutivo” e prestazioni di tipo “integrativo”, opera in logica **complementare** al SSN completando quel bisogno di salute a cui il servizio pubblico, per i più diversi motivi, non riesce del tutto a soddisfare o, anche, rispondendo in alcuni casi alla naturale tendenza dell'individuo di rivolgersi a strutture che ritiene di propria fiducia.

A ben vedere, la medesima logica che negli anni ha portato a riconoscere meritoria la previdenza complementare come secondo pilastro del sistema previdenziale senza che per questo venisse mai messo in discussione il ruolo fondamentale del sistema pubblico.

La logica complementare, partendo dalla constatazione che esiste una “sanità di fatto”, diversamente capace di offrire omogeneamente servizi sull'intero territorio nazionale, consegue pertanto alla volontà di rispondere *“qui ed ora”* ad un reale e non differibile bisogno di salute.

I servizi erogati dal Fondo non intaccano i fondi pubblici generali destinati al SSN che il regolatore pubblico preleva dalla fiscalità generale ma, liberano semmai il Servizio Sanitario Nazionale di adempimenti ed oneri che, altrimenti, rischierebbero di appesantirne l'organizzazione, a scapito dei livelli generali di servizio..

Il Fasdac, infatti, analogamente ad altri Enti simili che utilizzano canali extra SSN *“... libera, all'interno del Servizio Pubblico, posti per chi non possa permettersi forme sanitarie alternative, migliorando così anche la loro condizione.”* (F. Spandonaro)

I valori fondanti

Il FASDAC è un Fondo di categoria di tipo “chiuso” in quanto rivolto prioritariamente ai destinatari dei CCNL di riferimento. Tuttavia estende la possibilità di iscrizione anche a coloro che, in possesso di determinati requisiti escono, temporaneamente o definitivamente, dall’ambito di applicazione del CCNL (prosecutori volontari, pensionati e superstiti).

E’ un organismo **No Profit** alimentato esclusivamente dalla contribuzione degli iscritti ed ispira la propria attività ai principi di **mutualità e solidarietà** sia all’interno delle generazioni che tra le stesse.

Tali valori fondanti caratterizzano il Fondo per:

- **l’assenza di fini di lucro**, gli eventuali avanzi di gestione sono reinvestiti nel tempo sotto forma di prestazioni;
- **l’assenza di qualsiasi meccanismo di selezione del rischio**, il Dirigente viene assistito indipendentemente dal suo stato di salute, prescindendo dall’età e da eventuali malattie pregresse;
- **l’assenza della facoltà di recesso**, il FASDAC non opera secondo i tradizionali principi delle assicurazioni private per cui non effettua, per tutto il periodo di iscrizione dell’assistito, il confronto tra contributi incassati ed erogazioni effettuate, mantenendo sempre l’assistenza;
- **l’assenza di periodi di comparto**, il Dirigente ed il suo nucleo familiare assistito sono coperti sin dalla data di nomina.

I contributi versati hanno la finalità di costituire un fondo unico a ripartizione cui tutti gli assistiti possono accedere secondo le relative esigenze e nel rispetto delle regole definite dal Fondo.

Grazie alla contrattazione collettiva, la solidarietà tra le generazioni si manifesta:

- nello specifico contributo posto a carico dei dirigenti attivi (in servizio e prosecutori volontari) destinato a favore della gestione dei pensionati;
- nella differenziazione delle misure contributive a vantaggio dei pensionati e dei superstiti;
- nell’estensione anche per i pensionati, così come tutti gli iscritti al Fondo e nel rispetto dei requisiti previsti dal Regolamento, dell’assistibilità ai propri familiari, senza alcuna contribuzione aggiuntiva.

Le principali modalità operative

Il Fondo è totalmente **autogestito** mantenendo in tal modo inalterata la logica *no profit* in tutta la sua filiera.

L’integrale autogestione della propria attività risponde anche alla logica di personalizzare il servizio erogato alla propria platea di assistiti, disegnando una struttura organizzativa “*tailor-made*” rispetto ai bisogni da tutelare.

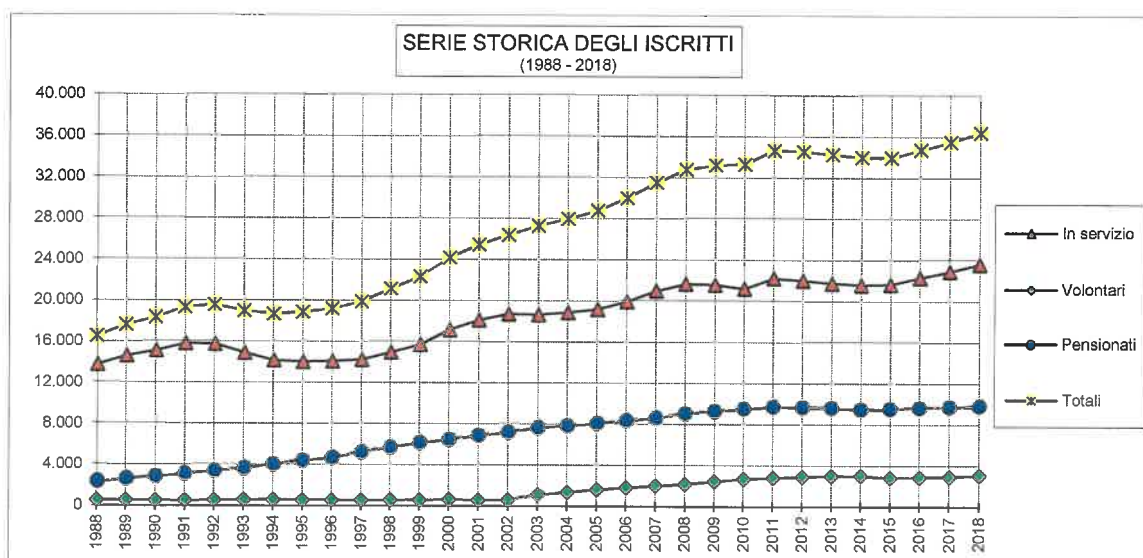
In questa logica si colloca anche la scelta di aver costruito nel tempo una propria **rete** di strutture sanitarie convenzionate di riferimento, capillarmente distribuite sul territorio per coprire i principali livelli di assistenza: odontoiatria, assistenza ospedaliera, diagnostica extra-degenza, visite specialistiche, prevenzione, terapie fisiche e riabilitative.

Grazie all'esperienza maturata in 70 anni di attività, il modello di autogestione appare ancora oggi quello che meglio di altri risponde ai principi di efficienza ed efficacia.

Tale modello consente anche un maggiore controllo delle richieste di rimborso non solo in termini economico/finanziari ma anche, e soprattutto, in termini di **appropriatezza medico-sanitaria** della spesa affrontata dagli iscritti. A questa attività è dedicato uno specifico team di collaboratori medici che adottano come riferimento le Linee Guida per patologia e dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le indicazioni del Ministero della Salute fondati sull'*Evidence Based Medicine* (EBM) presenti nella letteratura scientifica.

I PRINCIPALI NUMERI

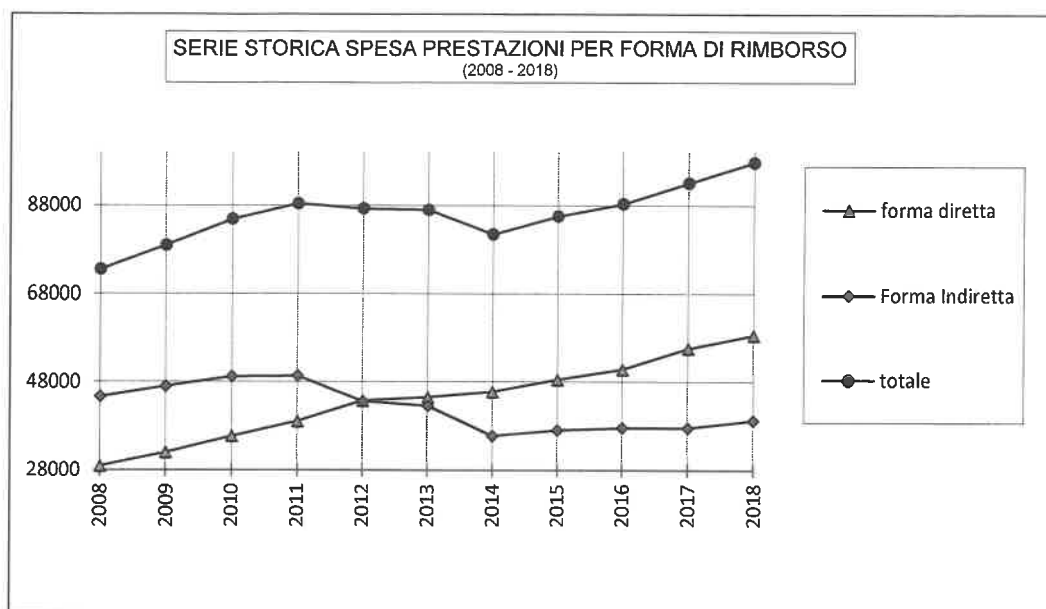
Gli iscritti - Di seguito il grafico che raffigura l'andamento delle iscrizioni nel periodo 1988 – 2018 per tipologia di stato (dirigenti in servizio, proscrittori volontari e pensionati).



A fine 2018 i 23.568 dirigenti in servizio risultano appartenenti a 8.310 aziende distribuite nei diversi settori contrattuali.

A fronte di oltre 36.000 iscritti titolari, la popolazione beneficiaria dell'assistenza sanitaria, inclusi i familiari, è di poco inferiore a 100.000 persone.

Le prestazioni – Di seguito il grafico che raffigura l'andamento della spesa complessivamente sostenuta per i rimborsi nel periodo 2008 – 2018



In generale tale spesa si ripartisce nelle due tradizionali modalità: “indiretta” e “diretta”.

Con la prima modalità il Fondo rimborsa le spese sostenute dai propri assistiti presso strutture sanitarie e medici di libera scelta. Le regole e le misure di rimborso sono definite da un Nomenclatore Tariffario elaborato al proprio interno dalla Direzione Scientifica che viene aggiornato semestralmente.

Con la seconda modalità il Fondo rimborsa direttamente la struttura sanitaria convenzionata per la quota-parte di propria competenza (predefinita secondo misure percentuali differenziate a seconda della tipologia di prestazione) lasciando all’assistito il pagamento della rimanente quota-parte con funzione di moderare i consumi/servizi (in ultima analisi, le risorse della collettività degli iscritti).

Nel tempo la “diretta” si è progressivamente affermata dimostrandosi al contempo non solo la modalità di rimborso preferita dagli assistiti ma anche lo strumento che meglio consente al Fondo di governare la spesa in termini di risorse ed appropriatezza, assumendo così un non trascurabile ruolo di calmieratore di prezzi sanitari potendo intervenire nel mantenimento delle convenzioni.

Negli ultimi 10 anni il peso della forma diretta sul totale della spesa è passata dal 39,34 % del 2008 al 59,90 % del 2018.

Nel merito le prestazioni erogate dal Fondo si concentrano per circa il 90% in cinque livelli di assistenza. Nell’ordine: assistenza ospedaliera, odontoiatria, terapie fisiche e riabilitative, diagnostica extra degenza e visite specialistiche. La restante quota riguarda la lungodegenza, i ticket, la prevenzione, i farmaci in fascia C, le lenti correttive della vista, le psicoterapie, le prestazioni infermieristiche e le endoprotesi.

Il Fasdac promuove la prevenzione con dei programmi di durata biennale, articolato in 7 moduli, di cui 2 a carattere generale e 5 mirati su specifiche patologie ai quali si accede in base all’età ed

al sesso. Il Fondo ha strutturato i programmi individuando gli ambiti di intervento indicati dalle linee guida del Ministero della Salute (Prevenzione tumori al seno, al collo dell'utero e al colon-retto) cui ha aggiunto ulteriori ambiti (cardiovascolare, prevenzione oncologica della prostata) in cui la individuazione precoce di una malattia aumenta le possibilità di guarigione.

A tale attività il Fondo destina oltre l'1% delle proprie erogazioni ed è utilizzato, in maniera totalmente gratuita, da oltre il 25 % degli aventi diritto.

LA GESTIONE EFFICIENTE DELLE RISORSE

Al fine di assicurare la sostenibilità negli anni del proprio modello assistenziale, il Fondo utilizza lo strumento del **Bilancio Tecnico Attuariale** (BTA) in quanto uno dei principi qualificanti è quello di considerare l'andamento del Fondo in chiave strategica con un orizzonte temporale di medio/lungo periodo.

Il Bilancio Tecnico Attuariale costituisce il punto di riferimento per la verifica degli impatti delle possibili scelte di cambiamento, tanto interne quanto esterne, sulla propria struttura economica, patrimoniale e finanziaria prevedendone l'evoluzione futura in funzione di quelle che sono le caratteristiche e le peculiarità proprie, istituzionali, frutto dei valori fondanti di mutualità e solidarietà.

In questo senso la necessità di far fronte ai bisogni sanitari -anche nel periodo di quiescenza- dei propri assistiti, obbliga il Fondo a collocare il principio di **“gestione a ripartizione”** in un contesto temporale di equilibrio di medio/lungo periodo.

Le spese di gestione per il funzionamento del Fondo si attestano stabilmente intorno al 6 %.

L'avanzo di gestione alimenta il **Fondo di Riserva** che garantisce la possibilità di assorbire incrementi inaspettati ed eccezionali della spesa, anche potenzialmente abbastanza rilevanti, consentendo al Fondo di perseguire nel tempo il proprio scopo sociale.

A tal riguardo, la presenza diretta delle Parti Sociali nella **governance** del FASDAC e l'esperienza maturata in 70 anni di attività, permettono di gestire al meglio le leve di funzionamento del Fondo operando correzioni ed adeguamenti, in maniera tale da contemperare al meglio le esigenze ed i bisogni sanitari dei propri iscritti con il mantenimento della stabilità nel tempo del Fondo stesso. Un modello di *governance* che coniuga con efficacia gli aspetti di “visione” con quelli più specificatamente “operativi”.