

AUDIZIONE PRESSO LA COMMISSIONE AFFARI SOCIALI - 24 LUGLIO 2019

CASAGIT

La Casagit è un'associazione non riconosciuta costituita nel 1974 su iniziativa della Federazione Nazionale della Stampa, il Sindacato unitario dei giornalisti italiani. Dal 10 giugno 2010 Casagit è regolarmente iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari istituita dal Ministero della Salute.

Possono iscriversi in qualità di "Soci" tutti gli iscritti all'Ordine dei Giornalisti, indipendentemente dal fatto che l'attività giornalistica rappresenti o meno la principale fonte del loro reddito.

La copertura sanitaria prescinde dai principi della selezione del rischio, prosegue al momento del pensionamento e non prevede termini di esclusione legati all'età.

I soci e gli aggregati a loro volta possono iscrivere i familiari: coniugi e conviventi more uxorio, figli e genitori a carico. Anche per loro non sono previsti termini d'esclusione legati all'età.

Di fatto oggi la popolazione degli iscritti (circa 50mila persone) è costituita da giornalisti "contrattualizzati", cioè legati a un'azienda editoriale con contratto di lavoro subordinato e per i quali l'iscrizione alla Casagit, dal 1984, è obbligatoria in quanto prevista dal Contratto Nazionale di Lavoro Giornalistico; da iscritti all'Ordine dei Giornalisti che aderiscono volontariamente e da pensionati e familiari delle categorie sopra citate.

Casagit mette a disposizione dei Giornalisti 4 diversi profili di assistenza sanitaria

- **Una formula base con un contributo di 300 euro all'anno**
- **Due formule intermedie con contribuzioni da 600 e 1500 euro**
- **Il profilo più performante, "storico", al quale vengono automaticamente iscritti i giornalisti per i quali venga applicato il Contratto Nazionale della Categoria.**

A quest'ultimo profilo, Profilo Uno, si applica un sistema contributivo articolato e sostanzialmente basato su un principio di solidarietà che prevede quote di iscrizione commisurate alla capacità di guadagno di ciascuno. I Soci "contrattualizzati" versano alla Cassa il 3,5% del loro stipendio mentre il datore di lavoro integra la quota con l'1%. I Soci volontari possono aderire in modo commisurato a una quota fissa in funzione della fascia di reddito di

appartenenza. I soci pensionati pagano, come i contrattualizzati, il 3,5% sulla pensione; tuttavia se quest'ultima è inferiore a 22mila euro la percentuale di contributo scende al 2,2% e sotto i 12mila euro lordi annui sono esentati da ogni contributo. Mediamente il valore della contribuzione individuale si aggira intorno ai 3.000 euro l'anno.

Per i coniugi esiste una fascia di esenzione per redditi fino a 11.400 euro all'anno, superata questa soglia il contributo è di 900 euro/anno. I figli e i genitori del Socio titolare possono essere assistiti solo se il loro reddito annuo è inferiore agli stessi limiti (11.400 euro/anno). I figli fino a 26 anni sono sostanzialmente esenti da contribuzione, dopo i 26 anni e fino a 35 anni la contribuzione cresce con l'età. A 35 anni figli possono mantenere l'assistenza diventando soci volontari e pagando la contribuzione normale.

I figli invalidi o permanentemente inabili al lavoro possono essere assistiti come familiari per tutta la vita.

La Cassa fornisce ai propri iscritti un concorso alle spese mediche sostenute in base a un tariffario e dietro presentazione di idonea documentazione.

Tempo medio di rimborso: 45 giorni.

I rimborsi avvengono sia in forma indiretta sia in forma "diretta" presso le strutture convenzionate. Mediamente i rimborsi in forma indiretta garantiscono un concorso intorno al 70% della spesa, quelli in forma diretta, presso strutture convenzionate raggiungono il 95% di copertura.

La Casagit garantisce un concorso nelle spese, ovviamente in misura diversificata in funzione del profilo assistenziale di appartenenza, per:

- ricoveri con o senza intervento
- chirurgia ambulatoriale
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- cure odontoiatriche
- medicinali (ticket fascia A, fascia C, omeopatici)
- terapie fisiche e riabilitative
- terapie (chemio, radio ecc.)
- acquisto di protesi
- acquisto di lenti e occhiali
- assistenza domiciliare per non autosufficienti e LTC.

Complessivamente la spesa sanitaria sostenuta annualmente è di circa 68 milioni di euro distribuita su oltre 40 mila soggetti.

Convenzioni

Sono convenzionate con Casagit strutture per ricoveri e interventi chirurgici, compresi centri di eccellenza presso strutture pubbliche operanti in regime di intramoenia, odontoiatri operanti sul territorio nazionale (in funzione della densità degli iscritti nelle singole aree urbane) nonché strutture diagnostiche per l'effettuazione di Tac e Risonanze Magnetiche.

In 19 città (es. Roma, Milano, Torino, Padova, Bologna, Reggio Calabria) sono attivi poliambulatori convenzionati in forma "diretta" per le visite specialistiche.

E' a disposizione degli associati un servizio di assistenza in emergenza attivo 24 ore al giorno ed un servizio di guida e orientamento all'utilizzo delle strutture convenzionate su tutto il territorio nazionale.

Nel 2014 la Casagit ha dato vita a una sua società di servizi per mettere a frutto e a disposizione di Associazioni, Enti, Mutue e Fondi operanti nel settore della sanità integrativa, l'esperienza maturata in oltre 40 anni.

ANALISI DELLE PRESTAZIONI - BILANCIO CONSUNTIVO 2018

PRESTAZIONI TOTALI EROGATE		67.504
RICOVERI	19.994	29,6%
SPECIALISTICA	18.788	27,8%
ODONTOIATRIA	13.639	20,2%
ASSISTENZE-TERAPIE-PROTESI	10.969	16,2%
POLIAMBULATORI	1.573	2,3%
LENTI	1.552	2,3%
PROFILI DUE, TRE E QUATTRO	591	0,9%
COMMISSIONE PERMANENTE	179	0,3%
ASSISTENZA IN EMERGENZA	275	0,4%

Risorse vincolate ai sensi del Decreto Sacconi: 33,5%

CASAGIT E LA PREVENZIONE

Il sistema delle coperture sanitarie per gli assistiti dalla Casagit è stato concepito in modo da non presupporre, ai fini dell'erogazione delle prestazioni, la sussistenza di uno stato patologico. A differenza di molte assicurazioni il rimborso di una indagine diagnostica avviene indipendentemente dal suo esito. Questo permette agli iscritti di effettuare, secondo le indicazioni mediche ricevute, una prevenzione non sottoposta a limitazioni e personalizzata senza fare ricorso a campagne mirate o a modelli di screening predefiniti promossi dal Fondo.

Nel Bilancio del Fondo non esiste una specifica voce "prevenzione" ma è possibile rilevare in sede di consuntivazione delle spese, grazie a resoconti molto analitici, quale sia stato il numero di soggetti a rischio che ne abbiano fatto ricorso e quali siano le principali patologie e i relativi screening e costi.

In estrema sintesi mediamente ogni anno fanno ricorso ad attività di Prevenzione circa 9.000 soggetti (circa il 18% degli assistiti) con un costo complessivo di circa 2,4 milioni. Le principali branche per le quali vengono effettuate indagini di prevenzione specialistiche e diagnostiche sono, in ordine di volumi di spesa :

- **ginecologia 28,5%**
- **cardiologia 23,9%**
- **senologia 20,4%**
- **dermatologia 17,4%**
- **urologia (prostata) 5,7%**
- **pneumologia 2,8%**
- **chirurgia tiroidea 1,6%**

Per accedere al rimborso in forma indiretta o con strutture convenzionate in forma diretta di qualsiasi prestazione (specialistica o diagnostica) è

sufficiente che sia stata prescritta da un medico (di famiglia o generico). In caso di patologie gravi o su pazienti “over” 75 la prescrizione non viene richiesta. Non viene minimamente condizionata la scelta del medico o della struttura sanitaria cui rivolgersi.

CASAGIT E LA L.T.C.

Casagit ha sempre avuto grande attenzione al tema della assistenza alla non autosufficienza al punto tale da aver sviluppato, nel tempo, un modello di copertura auto assicurato come tutte le altre prestazioni sanitarie garantite dalla cassa, che allo stato attuale impegna oltre 3,2 milioni di euro a beneficio di oltre 700 soggetti.

La copertura consiste sostanzialmente in un’indennità mensile riconosciuta a fronte di un comprovato stato di non autosufficienza, attraverso il sistema delle ADL (Activity Daily Living o attività della vita quotidiana), con la valutazione di 3 ADL su 6. Si prescinde da criteri di selezione del rischio basati su età o patologie pregresse.

Soltanto a partire dal 2018, per garantire maggiore sostenibilità al sistema, la copertura della non autosufficienza è stata affidata a un modello misto, in parte auto assicurato, per tutti i casi pregressi e in parte assicurato presso uno dei principali fondi LTC per i restanti.

Il pregresso ricomprende oltre i casi in essere anche quelli esclusi dalla forma assicurata, ovvero coloro che alla data del 1 gennaio 2018 erano già ultra settantacinquenni o con patologie gravi in corso di degenerazione.

CASAGIT E LE CONVENZIONI PUBBLICO/PRIVATO

Il sistema delle convenzioni in Casagit è in gran parte condizionato dalla dislocazione logistica degli assistiti, maggiormente concentrata fondamentalmente a Roma e Milano e nelle principali città capoluogo di regione.



Circa il 65% degli iscritti risiede infatti nel Lazio e in Lombardia dove si concentra il 76 % delle prestazioni effettuate e dove la nostra esperienza può essere ritenuta più indicativa e significativa nei rapporti con il SSN.

In Lombardia abbiamo convenzioni dirette con alcuni ospedali pubblici per le prestazioni intramoenia/differenza di retta: Gaetano Pini, Niguarda, Ospedale Valeduce e S. Giuseppe - Multimedica. Presso queste strutture le tariffe di convenzione sono talvolta anche più competitive rispetto a quelle concordate con le cliniche private: mediamente inferiori di circa il 10 - 15% e con modalità di accesso accettabili senza passaggi burocratici particolarmente complessi. Convenzioni che, tuttavia, risultano essere poco utilizzate data la presenza nel territorio milanese di eccellenze in campo sanitario: strutture, private e accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale,

Con molte di queste ultime abbiamo stipulato accordi convenzionali: Monzino, IEO, Galeazzi, INT, Humanitas, San Raffaele molto più utilizzate però con tariffe in media decisamente più alte di quelle pattuite sia con gli Ospedali Pubblici (+30%) o con le cliniche private "pure" (+10 - 15%).

Questo fenomeno comporta spesso agli assistiti Casagit importanti oneri a carico. Non potendo infatti la Cassa soddisfare appieno, con il proprio tariffario, le richieste economiche di queste strutture, ma volendo comunque garantire la possibilità di accedervi, siamo costretti a stipulare "convenzioni" che lasciano quote non rimborsabili, in taluni casi anche ingenti, richieste direttamente al paziente. Si consideri che la spesa annua sostenuta da Casagit per i soli ricoveri in Lombardia supera i 3,8 milioni di euro.

Nel Lazio, fondamentalmente a Roma, abbiamo convenzioni in forma diretta solo con 2 ospedali pubblici: L'Ospedale Gemelli e il "Fate Bene Fratelli". Recentemente abbiamo raggiunto un accordo con l'ospedale Santa Lucia che rappresenta un'eccellenza nel campo della riabilitazione. La struttura, dato il livello elevato della prestazione, risulta essere molto costosa e ci consente un accesso a tariffe "calmierate" solo per gli assistiti che provengano, per il ricovero della fase acuta (con o senza intervento chirurgico) da strutture del Servizio Sanitario Nazionale.

Con l'ospedale Gemelli finora abbiamo ottenuto condizioni economiche soddisfacenti che risultano essere in molti casi persino inferiori rispetto a quelle praticate da cliniche private. Questo ci ha portato a concentrare una buona parte della spesa per ricoveri su Roma presso questa struttura (oltre 2 milioni all'anno rispetto a circa 9 totali). Purtroppo ci è stata già rappresentata, in occasione dell'ormai prossimo rinnovo, l'impossibilità di proseguire con le tariffe a suo tempo concordate. La ragione sembra essere

dovuta a un cambio radicale nell'approccio alla conduzione della struttura con una impostazione molto più "business".

Con il Fate Bene Fratelli invece le buone condizioni ottenute (mediamente il 10% in meno rispetto a quelle delle cliniche private) sembrano poter essere mantenute.

Ancora su Roma abbiamo buone convenzioni con strutture private accreditate (S. Famiglia, S. Feliciano, Carol Wojtyla, European Hospital) anche in questo caso impostate fundamentalmente sul meccanismo della differenza di retta.

Presso altre città del Nord Italia (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige ed Emilia-Romagna) pur avendo stipulato convenzioni con strutture del Servizio Sanitario Nazionale l'ottimo funzionamento del SSN rende spesso inutile il ricorso alla convenzione se non per la "differenza di retta" (relativa a un trattamento alberghiero migliorativo) mentre in altri casi risulta persino superfluo stipulare nuovi accordi mirati data la facilità di accesso e la qualità del servizio reso direttamente in ambito pubblico. Unico neo: l'eccessiva burocrazia imposta da alcune strutture (quella della ASL di Padova in particolare) al momento della definizione e sottoscrizione degli accordi.

Presso le città del sud Italia purtroppo la situazione si presenta in modo diametralmente opposto: abbiamo alcune convenzioni con strutture pubbliche in Calabria e Sicilia poco utilizzate.

In Campania abbiamo una convenzione con l'Ospedale Cardarelli di Napoli e con altre strutture private accreditate a costi anche molto competitivi.

Tornando sulla convenzione con l'Ospedale Cardarelli di Napoli va sottolineato come le condizioni economiche siano assolutamente vantaggiose e utilizzate sia per la "differenza di retta", sia per prestazioni specialistiche. Purtroppo l'accesso al regime convenzionale non è sempre facile a causa di problemi amministrativo - gestionali della struttura stessa.