

# I pilastri della sanità per i cittadini: un quadro sui fondi sanitari integrativi del Sistema Sanitario Nazionale

*Intervento Dottoressa Fiammetta Fabris – AD UniSalute*

27 febbraio 2019

**UniSalute**  
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

## ALCUNE CONSIDERAZIONI

La riforma del 92 affida la gestione della sanità integrativa a specifici soggetti, casse sanitarie, mutue e soprattutto i Fondi contrattuali doc e non doc.

Questi ultimi si differiscono tra loro per alcune specifiche caratteristiche in ambito di:

- Costituzione
- Prestazioni erogabili
- Strumenti attraverso i quali erogare le stesse prestazioni

Fonti normative di tali soggetti sono:

- L'art. 51 del Testo Unico delle Entrate per la politica fiscale
- Legge 502 per il Riordino della Riforma sanitaria
- Decreto Sacconi che vincola i fondi non doc per poter usufruire del vantaggio fiscale previsto pari a € 3.615 ad erogare almeno il 20% delle prestazioni tra le tipologie integrative definite

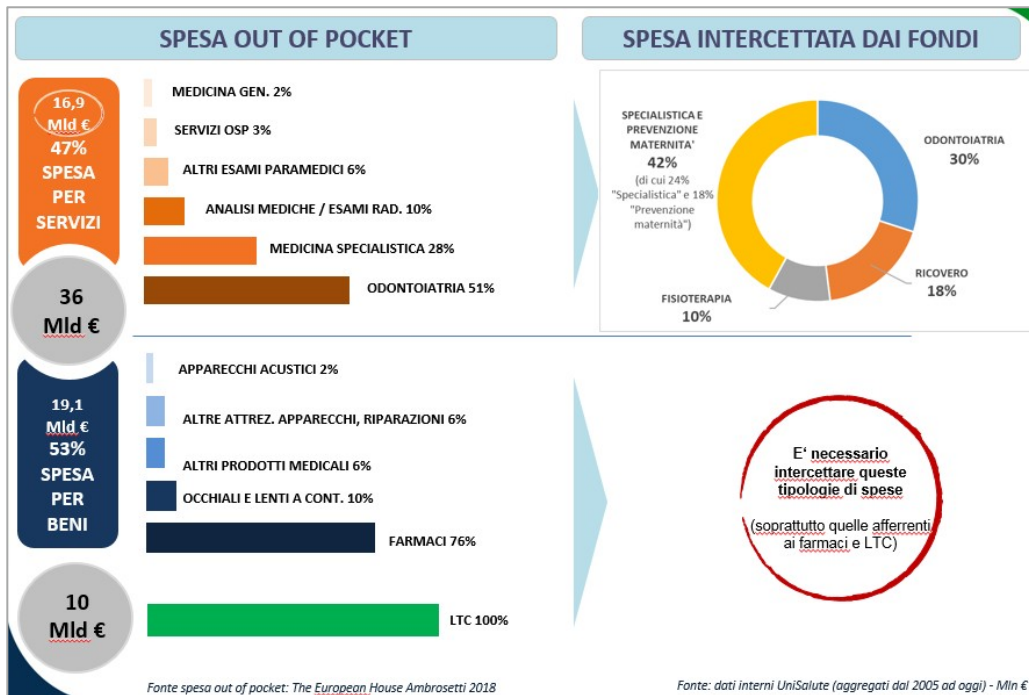
I fondi doc sono gli unici che potrebbero garantire oggi lo stesso vantaggio fiscale di € 3.615 euro anche alle adesioni individuali. Oggi in Italia non esistono significativi fondi doc.

Considerando la forte relazione che ad oggi ha avuto la costituzione dei fondi sanitari e la tematica contrattuale, sembra corretto considerare essenzialmente connesse le due materie.

Stando infatti ai dati oggi di mercato oltre 10 milioni di persone partecipano e sono coperte a vario titolo da prestazioni sanitarie erogate attraverso i fondi che hanno ridistribuito annualmente, secondo fonti delle Agenzie delle Entrate, nel solo anno 2017 oltre 1,5 miliardi di prestazioni.

Non sarebbe comunque corretto considerare che i 10 milioni di utenti variamente coperti dai fondi assorbano pressoché integralmente i 3.615 euro previsti come massima cifra di detraibilità, né tanto meno che gli 11 miliardi risultanti dalla Certificazione Unica, secondo i dati dell' audizione del 6 febbraio dell'Agenzia delle Entrate, rappresentino effettivamente gli importi sui quali calcolare il mancato gettito erariale, poiché probabilmente all'interno di tali volumi sono considerate anche altre voci non rientranti nelle specifiche oggetto di detrazione. Andrebbero infatti verificate se nelle cifre indicate possano essere state inserite tipologie di spesa quali: i sinistri rimborsati su polizze assicurative, i contributi previdenziali o altro.

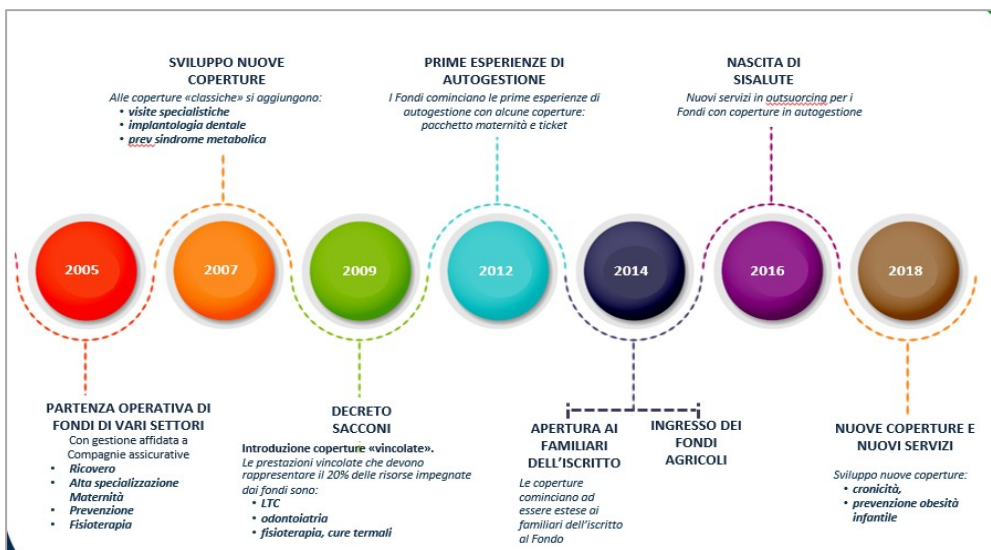
Venendo infatti ai dati relativi a quanto gestito da UniSalute, circa 6 milioni dei 10 milioni di persone coperte in Italia usufruiscono di prestazioni gestite dalla nostra Compagnia, che protegge un elevato numero di fondi contrattuali, 43, pari al 90% del mercato e trattandosi di categorie esclusivamente appartenenti ad impiegati e operai i contributi incassati dai fondi, stabiliti contrattualmente dai contratti di lavoro, non superano i 150 euro annui per singolo dipendente, mentre le tipologie di prestazioni erogate sono così distribuite rispetto alla spesa out of pocket:



Consentendo quindi ai dipendenti, impiegati e operai e categorie a basso reddito di affrontare con maggiore serenità spese anche importanti, soprattutto considerando che nessuna anticipazione di spesa è loro richiesta pagando direttamente unisalute la prestazione in rete convenzionata.

Ma il vero punto di forza che ha consentito ai fondi sanitari di costituire una tutela e un'opportunità di protezione sanitaria per gli iscritti è rappresentata dall'elevato grado di innovazione nelle prestazioni offerte che si è sviluppata nel corso degli anni.

**Dettaglio sinistri Fondi gestiti da UniSalute, evoluzione nel tempo:**



Da coperture iniziali più “comuni” di tutela sanitaria quali il ricovero o la specialistica si è allargato il perimetro di protezione su ambiti di tutela non solo previste dalla materie del 20% ma su perimetri di grande importanza per tutti gli iscritti, primo fra tutti la prevenzione in tutte le sue forme con pacchetti ad hoc suddivisi per genere, per età e per tipologia (cardiovascolare e oncologica).

Anche gli ambiti della non autosufficienza e della domiciliarità sono già oggi inclusi in molte coperture per gli iscritti e sicuramente avranno uno sviluppo notevole nel prossimo futuro.

**Per proseguire con efficacia i passi e gli obiettivi sopra descritti tuttavia appare sempre più indispensabile portare avanti un programma di interventi in sinergia con il sistema Pubblico, inteso come SSN che ad oggi è mancante. E' necessaria una forma di dialogo tra questi soggetti che contribuisca a favorire una collaborazione di intenti e prospettive tra sanità pubblica e privata.**

La forma più semplice di sinergia che ad oggi abbiamo sviluppato passa attraverso il coinvolgimento delle strutture pubbliche con il meccanismo del convenzionamento per l'erogazione delle prestazioni in intramoenia, che si ricorda essere annoverate dalla 502 tra le prestazioni integrative (che concorrono al 20%) e che ha consentito alle strutture pubbliche anche un'ottimizzazione di risorse e di partecipare come soggetti attivi ai processi dei fondi.

Noi come UniSalute abbiamo oltre 80 strutture pubbliche e IRCCS convenzionate con noi all'interno delle varie regioni del lungo territorio italiano.

Ma il vero tema è la messa a fattor comune delle prestazioni e delle spese oggi affrontate.

Qualche esempio. Se un iscritto ad un Fondo sanitario effettua uno screening di prevenzione previsto dal suo piano sanitario, perché i risultati dello stesso non possono essere condivisi con il Sistema Pubblico in modo da evitare la duplicazione della spesa? E ad esempio alimentare il fascicolo sanitario elettronico? E magari il modello di screening potrebbe essere studiato a priori con il SSN e quindi poi lo stesso potrebbe essere erogato dai fondi attraverso le strutture convenzionate, condividendo con il pubblico le risultanze degli esiti?

Sul tema della domiciliarità, se inoltre l'assistito, all'atto delle dimissioni ospedaliere, ha diritto ad avere prestazioni di post-ricovero al domicilio che ne consentano una rapida ripresa, poiché il Fondo gestisce non solo fisioterapia ma anche altre forme di assistenza, perché queste non possono essere comunque gestite dal Fondo ed i risultati poi trasferiti o condivisi con il Pubblico?

Anche sul presidio delle malattie croniche (che rappresentano il 70% dei costi del SSN) i fondi potrebbero supportare tali processi attraverso le misurazioni dei parametri derivanti dall'utilizzo dei devices e condivise con i medici del SSN, il che consentirebbe di avere una popolazione più presidiata e meno esposta al ricorso al pronto soccorso o a forme di ricoveri impropri, come già sta facendo UniSalute con alcuni Fondi del suo portafoglio. Mancano aree di sperimentazione congiunte che potrebbero portare non solo una integrazione di prestazioni qualitative, ma anche ad una

condivisione della presa in carico dell'assistito, sperimentando modelli che forse potrebbero sicuramente portare anche a forme di risparmio per il SSN.

La leva fiscale è stata certamente un grande importante passaggio e considerando le cifre medie poste a carico dei contratti per la sanità integrativa, le stesse sono ancora largamente al di sotto della soglia dei 3.615 euro pro capite, almeno per i primi fondi contrattuali delle utenze operaie e impiegatizie, la vera maggioranza dei 10 mln di iscritti.

Penalizzare queste categorie porterebbe nuovamente la sanità integrativa ad essere appannaggio di quadri e dirigenti, togliendo una opportunità a popolazioni a più basso reddito.

Mentre una gestione congiunta che per alcune tematiche possa coinvolgere i Fondi con il Sistema Sanitario Pubblico per alcune prestazioni consentirebbe di avere:

- Popolazione meglio monitorata
- Costi sostenuti dal sistema integrativo
- Informazioni condivise

Se il modello sperimentale potesse funzionare questa ipotesi potrebbe unificare per qualunque strumento di sanità integrativa, individuale, collettiva, la stessa agevolazione fiscale, eliminando anche le differenze di modello tra operatori, assicurativi e non, garantendo a tutti pari accesso alle tutele.

In conclusione quanto sopra descritto vuole essere una proposta di un programma che possa operativamente e per step coerenti favorire lo sviluppo dei fondi integrativi con l'obiettivo di creare un sistema di collaborazione e sinergia tra pubblico e privato che possa fare fronte alla crescente domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, nel rispetto dei principi di equità e solidarietà ma anche secondo logiche di efficacia ed efficiente gestione delle risorse e dei finanziamenti.

Se è vero infatti che l'Italia è uno dei paesi al mondo con la più alta quota di spesa sanitaria e socio-sanitaria out of pocket, auspichiamo di proseguire sulla strada della valorizzazione delle forme integrative che, nell'indurre un risparmio al SSN, possa continuare a favorire altresì la solidarietà verso persone meno abbienti e con maggiori disagi, una strada che tenga conto da una parte dei punti di forza del nostro sistema universalistico e dall'altra delle necessità di adeguare strategie, obiettivi e mezzi alle mutate condizioni di bisogno dei cittadini.

## UNISALUTE

UniSalute è la prima assicurazione sanitaria in Italia per numero di clienti gestiti.

Si prende cura ogni giorno della salute di 8 milioni di persone provenienti dalle più grandi aziende italiane, dai Fondi sanitari di categoria e dalle Casse professionali.

La Compagnia è controllata per il 98,53% da UnipolSai Assicurazioni S.p.A. UniSalute e UnipolSai Assicurazioni fanno parte del Gruppo Unipol. Siamo l'unica compagnia in Italia che si dedica da 25 anni esclusivamente alla protezione della salute e offre piani sanitari personalizzati e integrati con un'ampia gamma di servizi per rispondere nel modo più efficace ai diversi bisogni di protezione. Inoltre, per primi in Italia, abbiamo sviluppato una gamma di polizze individuali acquistabili online.

**UniSalute è leader nazionale nella gestione dei Fondi sanitari nazionali di categoria. Gestisce 43 fondi sanitari nazionali di categoria.**

Dal 2016 ha ottenuto da DNV GL Business Assurance la Certificazione di conformità ai requisiti della norma per il Sistema di Gestione Qualità UNI EN ISO 9001:2015 (ISO 9001:2015).

Le coperture previste dalla nostra polizze sono garantite da una rete di strutture convenzionate che operano in regime di assistenza diretta, ovvero con il pagamento diretto alla struttura da parte della compagnia.

Le coperture passano attraverso un'attenta valutazione delle esigenze e prevedono:

- gestione di programmi personalizzati di prevenzione per le principali patologie: 3 milioni di prestazioni all'anno di prevenzione
- piani di assistenza domiciliare in caso di non autosufficienza o post ricovero. UniSalute è l'unica compagnia ad avere assunto dei case manager, infermieri specializzati nella gestione della non autosufficienza
- gestione del programma di screening per la prevenzione cardiovascolare (Sindrome metabolica) e oncologica con oltre 2 milioni di clienti che accedono al servizio
- gestione di un nuovo servizio, unico sul mercato, per il monitoraggio delle patologie croniche Monitor Salute
- servizi di second opinion ovvero la possibilità di avere un secondo parere medico rispetto a quello del proprio medico
- prestazioni odontoiatriche per adulti e bambini
- pacchetti di diagnosi precoce per le forme tumorali più frequenti
- prestazioni fisioterapiche e di riabilitazione
- programma per la prevenzione dell'obesità infantile

### **La rete di strutture convenzionate con UniSalute**

UniSalute ha appositamente selezionato un network di strutture sanitarie, sia pubbliche che private, diffuse su tutto il territorio italiano e all'estero di cui garantisce l'assoluta qualità delle prestazioni sanitarie offerte.

Attraverso il proprio network di strutture convenzionate siamo in grado di garantire a tutti i clienti la gestione in regime di assistenza diretta che prevede il pagamento diretto alla struttura da parte della compagnia.

Nell'ambito di tale gestione il cliente può avere la costante accessibilità al network di strutture convenzionate tramite diversi canali preferenziali di accesso alle prestazioni: portale web, app e tramite gli operatori della Centrale Operativa telefonica con numero verde dedicato.

Tutti i centri convenzionati garantiscono un'ottima offerta in termini di professionalità medica, tecnologia sanitaria, comfort e ospitalità che, uniti alla modernità delle strutture, garantiscono uno standard di alto profilo sia per le prestazioni di routine che per le esigenze di alta specializzazione sanitaria.