



Analisi sui Fondi Sanitari (in particolare di origine contrattuale)

Ottobre 2019

*Le due ricognizioni (CGIL luglio 2017 e CGIL/Università Politecnica delle Marche 2018/2019) condotte sui Fondi sanitari di origine contrattuale e il Report ufficiale dell'Anagrafe dei Fondi sanitari del Ministero della Salute (febbraio 2019) offrono un quadro che, seppur incompleto, ci permette di esprimere alcune considerazioni e riflessioni. Qui riportiamo i principali risultati della ricerca condotta con l'Università Politecnica delle Marche.*¹

DEFINIZIONE E FUNZIONI

Viene comunemente utilizzato il termine di Fondi Sanitari per nominare due tipologie di soggetti:

- A. **“Fondi Sanitari integrativi”** (ex art. 9 D.Lgs 502/92 e successive modificazioni, D.M. 31.3.2008 e 27.2.2009)
- B. **“Enti, Casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale”** (art. 51 comma 2, lettera a) del D.P.R. 917/1986 e D.M. 31.3.2008 e D.M. 27.2.2009).

I Fondi sanitari integrativi erogano prestazioni aggiuntive, non comprese nei LEA, prestazioni del SSN comprese nei LEA per la sola quota posta a carico dell'assistito (ticket), prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria ... prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Prestazioni sociali ... persone anziane e disabili per la quota di spesa non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente. Prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei LEA.

Gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie secondo quanto stabilito dai propri statuti e regolamenti, che possono comprendere sia prestazioni sanitarie comprese nei LEA che quelle extra LEA. Qualora gli stessi enti, casse e società di mutuo soccorso intendano iscriversi all'Anagrafe dei fondi, devono garantire che almeno il 20 per cento delle risorse complessive annuali, siano destinate all'erogazione di prestazioni extraLea integrative rispetto a quelle garantite dal SSN (“soglia delle risorse vincolate”)². *I fondi sanitari di origine contrattuale fanno tutti parte di quest'ambito.*

¹ La ricerca “Funzionamento e evoluzione dei fondi sanitari di origine contrattuale in Italia” è il frutto di una convenzione tra la Cgil nazionale e il Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali (DISES) dell'Università delle Marche, si è svolta, nel periodo luglio 2017 – ottobre 2019, in collaborazione tra l'Area Welfare della CGIL (referente dr. Stefano Cecconi responsabile sanità) e il DISES (prof. Ugo Ascoli, prof. Emmanuele Pavolini, d.ssa Benedetta Polini).

Gli autori della presente nota sono Stefano Cecconi, Ugo Ascoli, Emmanuele Pavolini.

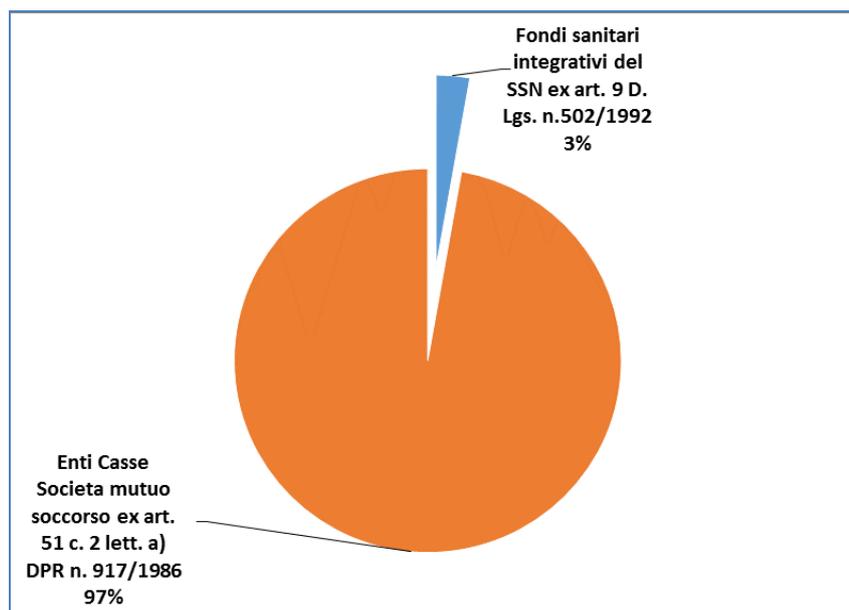
² DM 27.2.2009: La soglia delle risorse vincolate si intende rispettata a condizione che, su base annua, le risorse impegnate per le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio e prestazioni di assistenza odontoiatrica, compresa la fornitura di protesi dentarie, non siano inferiori al 20% del totale delle risorse impegnate per l'erogazione complessiva delle prestazioni garantite ai propri assistiti al netto delle spese gestionali.

QUANTI SONO I FONDI INTEGRATIVI, GLI ENTI, LE CASSE E LE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO

Secondo l'ultimo Rapporto presentato dal Ministero della Salute, nell'anno 2017:

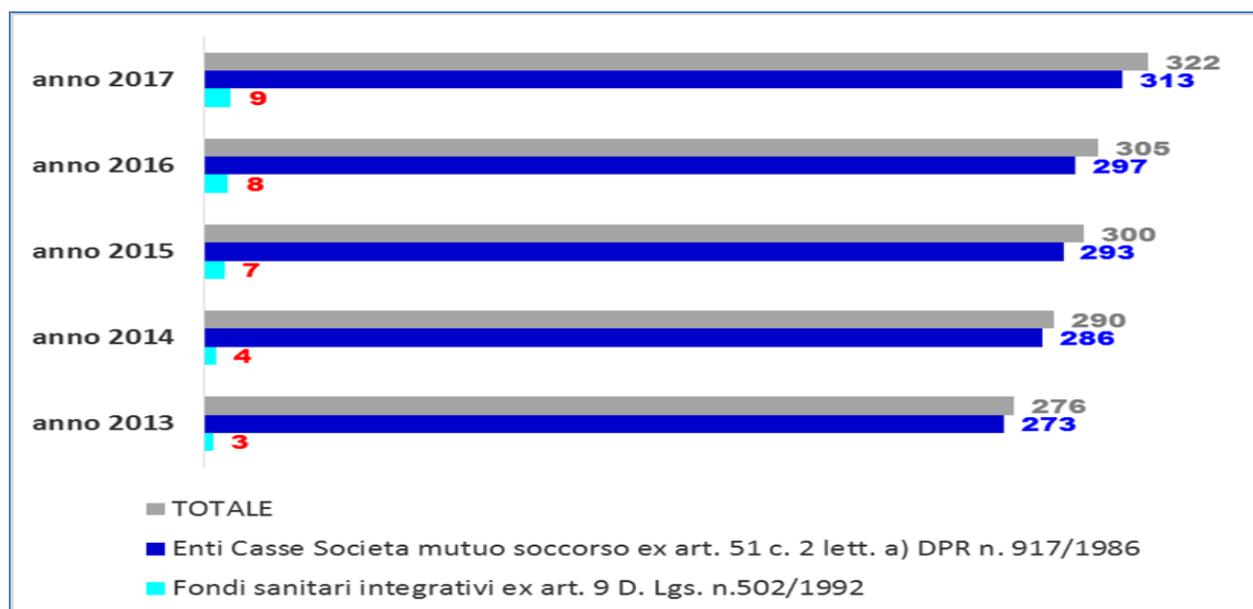
- I Fondi sanitari integrativi erano n. 9;
- Gli enti, le casse e le Società di Mutuo Soccorso erano n. 313 (*tutti i cosiddetti Fondi di origine contrattuale sono fra questi*).

Il Rapporto Anagrafe del Ministero della Salute precisa che mentre i Fondi sanitari integrativi non sono mai “decollati” (erano tre nel 2013 sono nove nel 2017), al contrario Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso sono sempre stati il 97 - 99% del totale (vedi grafico 1) e sono costantemente cresciuti nel tempo (vedi grafico 2). Grafico 1. *La ripartizione dei fondi sanitari per tipologia*



Fonte: Ministero della Salute (2019)

Grafico 2. *La crescita numerica dei fondi sanitari nel corso del tempo per tipologia*



Fonte: Ministero della Salute (2019)

GLI ISCRITTI AD ENTI, CASSE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO E DAI FONDI INTEGRATIVI

In totale le risorse erogate dai Fondi integrativi e da Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso risultano essere nel 2016 circa 2,3 miliardi di euro.

- **Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso** spendono 2,328 miliardi in prestazioni (il 99,95% della spesa totale)
- **I Fondi sanitari integrativi** spendono 1,3 milioni in prestazioni (lo 0,05% della spesa totale)

La tabella 1 seguente (fonte Ministero della Salute 2019) illustra la situazione degli iscritti e delle risorse impiegate.

Tabella 1a. Numero, iscritti e prestazioni di Enti, Casse e Società di Mutuo soccorso

| enti casse società di mutuo soccorso | anno di attestazione | anno fiscale di riferimento | totale dell'ammontare delle prestazioni sanitarie vincolate in € | totale delle risorse erogate agli iscritti per tutte le prestaizioni in € | % | totale iscritti |
|---|-------------------------|--------------------------------|--|---|----|-----------------|
| 313 | 2017 | 2016 | 753.762.824 | 2.328.328.385 | 38 | 10.605.308 |

Tabella 1b. Numero, iscritti e prestazioni dei fondi sanitari integrativi

| N° Fondi sanitari integrativi del SSN attestati | Anno di attestazione | Anno fiscale di riferimento | Totale risorse erogate agli iscritti in euro | Totale iscritti |
|---|-------------------------|-----------------------------------|--|--------------------|
| 9 | 2017 | 2016 | 1.305.596 | 11.097 |

Fonte: Ministero della Salute (2019)

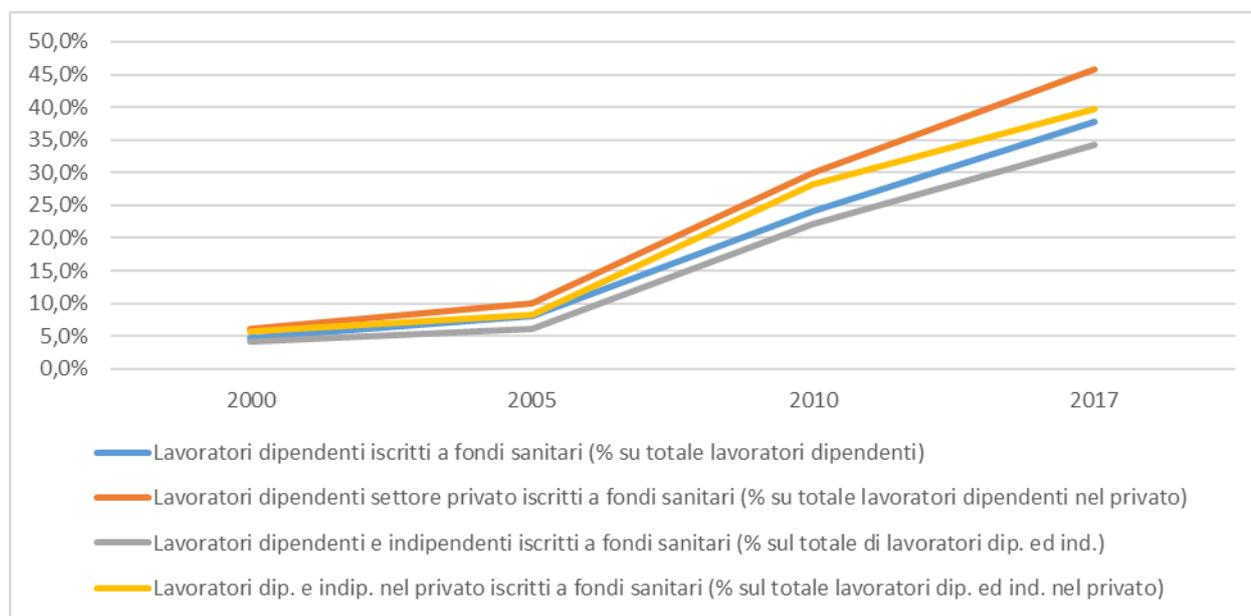
Il Report del Ministero della Salute offre dati aggiornati anche per quanto riguarda la composizione degli iscritti dei circa 10,6 milioni di iscritti:

- il 63% sono lavoratori dipendenti (circa 6,7 milioni);
- il 10% sono lavoratori non dipendenti (circa 1,1 milioni);
- il 5% sono pensionati di pensionati (circa 0,5 milioni);
- il 22% sono familiari di lavoratori o pensionati (circa 2,3 milioni).

Sulla base di questi dati e di altri precedentemente raccolti (Ascoli et al., 2018), si può vedere il trend di copertura dei fondi sanitari nel mercato del lavoro (grafico 3). Circa un terzo del totale dei lavoratori, dipendenti ed indipendenti, nel mercato del lavoro italiano era coperto nel 2017 da un fondo sanitario. Meno di 20 anni fa tale cifra era pari a circa il 4%.

La forte crescita si è avuta nel decennio attuale, in buona parte grazie ai rinnovi contrattuali nelle principali categorie del lavoro (dalla metalmeccanica all'edilizia), che stanno rendendo molto diffusa la presenza dei fondi. Ciò si nota in particolare se si osserva il tasso di copertura del lavoro dipendente nel settore privato (nel pubblico i fondi sanitari sono ancora poco diffusi), dove il tasso di copertura raggiunge il 46% dei lavoratori dipendenti nel privato.

Grafico 3. Tassi di copertura dei fondi sanitari nel mercato del lavoro italiano nel corso del tempo



Fonte: Ascoli et al. (2018) e Ministero della Salute (2019)

LE RISORSE EROGATE DA ENTI, CASSE SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO E DAI FONDI INTEGRATIVI

I dati del Ministero della Salute riferiti all'anno fiscale 2016 indicano come le risorse erogate dai Fondi sanitari per tutte le prestazioni sono state pari a circa 2,3 miliardi. Questa cifra è equivalente a circa il 2% della spesa del SSN nello stesso anno.

Tali risorse sono state così ripartite fra prestazioni:

- **INTRA LEA:** il 68% riguarda risorse per prestazioni incluse nei LEA (1,57 miliardi di euro). Tra queste va calcolata la quota per rimborsare i Ticket (si stima circa il 10% del totale della spesa: si oscilla dal 2% al 25% fino al 40% di Ebitemp). Una volta esclusa la quota per rimborsare i Ticket qui si collocano le prestazioni sostitutive dei LEA. Alcune ricerche (Istat, Censis Rbm, Crea) e le stime riferite ai Fondi oggetto della nostra ricerca indicherebbero comunque un valore per le prestazioni sostitutive già incluse nei LEA, al netto dei ticket, tra il 50 e il 60% del totale delle risorse erogate.
- **EXTRA LEA:** il 32% riguarda risorse per prestazioni integrative/aggiuntive non comprese nei LEA (753,7 milioni di euro). *L'odontoiatria rappresenta il 90% del valore delle prestazioni integrative extra LEA, e circa il 21% del totale delle risorse erogate.*

Grafico 4. Ripartizione delle risorse erogate dai Fondi sanitari fra intra LEA ed extra LEA



Fonte: Ministero della Salute (2019)

I RISULTATI DELL'INDAGINE CGIL-UNIVERSITA' POLITECNICA DELLE MARCHE 2018/2019

Introduzione e cautele metodologiche

Come già dalla ricognizione CGIL sui fondi sanitari presentata a [luglio del 2017](#), anche dalla più recente ricerca CGIL con Università Politecnica delle Marche del 2018/2019 emergono alcuni dati e alcune questioni da approfondire, che arricchiscono il quadro fin qui delineato.

Prima di illustrare i risultati dell'analisi, occorre tenere presente come le Categorie hanno avuto difficoltà a rispondere in modo tempestivo, completo e pertinente alle domande (nonostante solleciti e assistenza di una ricercatrice). Si tenga presente che la ricerca aveva l'obiettivo di raccogliere sia dati quantitativi (iscritti, entrate, spese per prestazioni, etc.) che qualitativi (ad esempio criteri di ammissione ai fondi, valutazioni sul funzionamento degli stessi, etc.). Mentre, dopo oltre un anno di raccolta di informazioni, il primo obiettivo è stato conseguito per gran parte dei Fondi, solo un terzo dei fondi da noi contattati ha fornito dati qualitativi più approfonditi.

Pur comprendendo che le difficoltà a fornire i dati siano dovute anche al fatto che i Fondi non sono emanati dalla sola Cgil ma da entità bilaterali (associazioni datoriali - Cgil, Cisl, Uil), queste difficoltà e ritardi, talvolta questa opacità nel fornire informazioni debbono preoccupare (si rammenta che è in corso un'indagine parlamentare). Inoltre, la disomogeneità nella classificazione (e nel monitoraggio) dei dati riferiti alle prestazioni ostacola un'analisi comparata. In questa ottica sarebbe utile utilizzare un linguaggio comune, *un sistema di classificazione e monitoraggio omogeneo per assicurare sempre trasparenza nella rendicontazione.*

Le caratteristiche di base dei Fondi sanitari di origine categoriale

Il periodo di costituzione dei fondi va dagli anni '80 ad anni molto recenti (2016-17). Tuttavia, gran parte di essi si concentra nella seconda parte degli anni 2000 e primi anni dell'attuale decennio.

Il tempo di decorrenza per l'avvio delle prestazioni è mediamente di un anno dopo la fondazione. In circa un terzo dei casi l'avvio delle prestazioni è avvenuto nello stesso anno di costituzione del fondo.

La natura del fondo può essere integrativa/supplementare o "non integrativa"/assicurativa e complementare. I fondi analizzati sono equamente distribuiti tra le due tipologie. Nel caso dei fondi di natura assicurativa, le prestazioni vengono fornite da fondi sanitari o da casse, mentre nel caso dei fondi integrativi le prestazioni vengono fornite dai fondi e, molto raramente, da un ente. La fonte istitutiva è il CCNL in tutti i casi.

Per quanto riguarda le regole di accesso ai Fondi, solo un numero molto limitato di fondi (fra cui Fidae, Fasiil, Quas) hanno esplicitamente indicato la presenza di ex-lavoratori pensionati.

Sono, invece, relativamente più diffusi i fondi che prevedono l'estensione delle prestazioni ai familiari. Le informazioni relative alla tipologia di familiari per i quali è possibile l'estensione del trattamento indicano come l'estensione riguardi in genere tutto il nucleo familiare e non solo i familiari a carico.

Impedimenti all'iscrizione da parte del dipendente sono più frequenti nei casi di fondi di carattere assicurativo e possono riguardare la tipologia di contratto piuttosto che vincoli anagrafici. Nel caso di estensione ai familiari i vincoli sono invece legati al reddito.

Fra i fondi che hanno riportato il dato, circa la metà indica che l'iscrizione al fondo da parte dell'azienda è automatica, così come per il lavoratore. In buona parte dei fondi a carattere assicurativo, c'è corrispondenza tra automaticità dell'iscrizione aziendale e di quella del lavoratore.

Nella maggior parte dei casi i fondi prevedono un periodo di carenza che va da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi.

La disdetta dell'iscritto al fondo è possibile in circa un terzo dei fondi analizzati. In alcuni casi è consentita la portabilità in caso di rescissione o cambio di contratto, mentre in quasi la metà dei casi è possibile la portabilità in caso di pensionamento.

Alcune domande infine hanno permesso di indagare la regolazione del fondo per quanto riguarda sia i meccanismi di contribuzione che l'ammontare del premio pagato al fondo.

Il contributo al fondo a carico dell'impresa per ciascun lavoratore iscritto è forfettario nella maggioranza dei casi e così pure nel caso del contributo a carico del lavoratore, che però è stato indicato solo in un quarto dei fondi analizzati.

Quasi tutti i fondi invece hanno specificato la quota aziendale che va da un minimo di 120 euro fino ad un massimo di 700 euro.

Un ultimo blocco di domande ha riguardato il tema della gestione dei fondi sanitari. Per quanto riguarda il numero di componenti del CdA, questo va da un minimo di sei componenti fino ad un massimo di 18 componenti, con una media pari a 10,2. Anche il numero di dipendenti è stato indicato da quasi tutti i fondi, che va da un minimo di un dipendente fino ad un massimo di 85. In quest'ultimo caso, la scelta di gestire internamente o di dare all'esterno la gestione concreta delle risorse del Fondo incide profondamente sulla numerosità del personale impiegato.

L'atmosfera all'interno dei CdA sembra soddisfacente. A parere degli intervistati, il clima tra sindacati e con le associazioni datoriali di categoria non sembrerebbe essere conflittuale: solo in un caso su venti vengono segnalate come abbastanza o molto rilevanti le tensioni esistenti.

Infine, nel questionario era prevista una batteria di domande in merito alle problematiche relative alla gestione di ciascun fondo sanitario che gli intervistati percepivano come prioritarie. In particolare, si prevedevano nel questionario i seguenti rischi:

- il rischio di veder crescere la spesa (relativa alle richieste di rimborsi da parte degli iscritti) in maniera più consistente di quanto il fondo aveva ipotizzato;
- il rischio di dipendere troppo dai gestori dei fondi (se si è dato il fondo in gestione a terzi);
- il rischio di non riuscire sempre a capire che cosa fanno i gestori dei fondi (se si è dato il fondo in gestione a terzi);
- il rischio di avere membri dei consigli di amministrazione dei fondi non sufficientemente preparati per prendere le decisioni più adeguate ed efficaci;
- il rischio di rimborsare cure e prestazioni sanitarie che verrebbero considerate "inappropriate" nel SSN;

- il rischio di avere un numero di iscritti troppo piccolo rispetto alle economie di scala richieste per gestire in maniera efficiente ed efficace un Fondo sanitario;
- il rischio di andare in perdita;
- il rischio di vedere crescere richieste sempre più ‘costose’ da rimborsare, legate a specifici interventi.

Le risposte degli intervistati indicano come alcuni rischi siano poco sentiti, mentre altri destino più preoccupazione.

In particolare, appaiono poco diffusi il rischio di avere membri del consiglio di amministrazione non preparati, così come quello di rimborsare cure e prestazioni che verrebbero considerate inappropriate dal SSN. Ugualmente buona parte dei fondi che ha previsto gestori esterni non percepisce né un rischio di dipendenza da tali gestori né quello di non riuscire a capire che cosa facciano.

All’opposto, molti fondi avvertono il rischio di veder crescere richieste costose e quasi una metà è preoccupato dal rischio di perdite future.

Infine, il rischio di avere un numero di iscritti troppo piccolo viene indicato da una minoranza, ma numericamente non irrilevante, dei fondi.

Una stima della diffusione dei fondi nelle Categorie

La tabella 2 riporta i dati dei Fondi per Categoria e degli iscritti (lavoratori e familiari) come risulta dall’indagine 2018/2019.

La nostra analisi stima (per difetto, dato che non tutte le categorie hanno inviato informazioni aggiornate al 2018 o non hanno indicato diversi fondi contrattuali “minori”) come siano circa 8,6 milioni gli iscritti (in gran parte lavoratori dipendenti). Si tratta di numeri praticamente identici a quelli contenuti nell’Anagrafe del Ministero Salute, se riferiti ai lavoratori dipendenti e ai loro familiari.

Inoltre, se si tiene presente come i Fondi censiti nello studio CGIL-Università Politecnica delle Marche siano principalmente solo quelli di origine contrattuale (n. 60), mentre all’anagrafe del Ministero risultano essere iscritti 313 fondi, in buona parte di origine extracontrattuale, e come non tutte le categorie hanno inviato informazioni aggiornate al 2018 o non hanno indicato diversi fondi contrattuali “minori”, si deduce che **il fenomeno ha continuato a crescere anche nel 2018 oltre le stime qui riportate.**

Gli iscritti ai fondi sanitari legati a FILCAMS e FIOM da soli rappresentano oltre la metà del totale degli iscritti censiti (52,3%). Nell’ultima colonna della tabella 2 si è tentata una stima di quanta parte dei lavoratori dipendenti in ciascun settore economico è coperta da fondi sanitari. Si tratta di un esercizio che va preso con molta cautela per una serie di ragioni. Primo, non è sempre semplice allocare i lavoratori inquadrati nelle categorie CGIL con quelle previste dai codici dei settori economici ATECO dell’Istat (si legga in proposito la nota “a” posta sotto la tabella 2) e pertanto vi è il rischio di associare due universi (categorie CGIL e settori ATECO Istat) che non sono perfettamente coincidenti. Secondo, negli iscritti alle categorie che sono membri di fondi vi possono

essere anche pensionati e familiari di lavoratori e pertanto il dato di tali iscritti, quando rapportato ai lavoratori, può sovrastimare il tasso di copertura.

Tenendo presente queste cautele metodologiche e ricordando, quindi, che si tratta di un esercizio che andrà affinato in futuro, appare esservi **una forte disomogeneità fra settori economici nei tassi di copertura dei fondi sanitari (misurati in termini di percentuale di iscritti ai fondi rispetto al totale degli occupati alle dipendenze nei settori stessi).**

Da un lato, il settore bancario ed assicurativo è quello che copre praticamente la totalità dei lavoratori dipendenti afferenti a questa area di attività economica con fondi sanitari. Seguono la manifattura, il commercio ed il turismo, che coprono almeno l'80% dei lavoratori dipendenti con fondi sanitari. Circa la metà dei lavoratori nelle costruzioni e nel mondo delle telecomunicazioni appartiene ad un fondo. Dall'altro lato, la copertura dei fondi appare decisamente molto contenuta nell'area del pubblico impiego e dei servizi privati ad esso collegati (ad esempio, servizi sociali e sanità), così come in quella dei trasporti.

La copertura del lavoro atipico tramite fondi sanitari è difficile da stimare. Tuttavia, a partire dai dati a disposizione, essa appare limitata e stimabile attorno al 20% dei potenziali beneficiari.

Tabella 2. Fondi sanitari per categoria: numero dei fondi e iscritti (2018/19)

| CATEGORIA CGIL FIRMATARIA | Fondi censiti | Iscritti censiti | Stima incidenza iscritti su totale dei lavoratori dipendenti presenti nel settore (%) ^a |
|--|---------------|------------------|--|
| FIOM | 2 | 1.946.000 | 83,2% |
| CGIL - ARTIGIANATO | 1 | 520.000 | |
| FLAI | 8**** | 451.901 | |
| FILCTEM | 6 | 544.245 | |
| FILLEA | 2* | 457.566 | 53,2% |
| FILCAMS | 11 | 2.505.215 | 80,1% |
| FILT | 2 | 124.192 | 12,3% |
| FISAC | 20** | 832.101 | 104,4%***** |
| SLC | 4*** | 247.399 | 51,1% |
| FP | 3***** | 594.000 | 13,7% |
| NIDIL | 1 | 378.271 | 20,2% |
| TOTALE | 60 | 8.600.890 | |
| Lavoratori dipendenti censiti da anagrafe Fondi Sanitari Ministero della Salute (anno 2017) | | 6.688.335 | |
| Familiari di lavoratori dipendenti censiti da anagrafe Fondi Sanitari Ministero della Salute (anno 2017) | | 1.910.953 | |

*Fillea: inserite anche le Casse Edili con iscritti 410.216 dato 2017; **Fisac: iscritti di cui Fondo LTC 290.000;

*** Slc: non compreso Fondo dipendenti Gruppo Poste Italiane; ****Flai: i dati sono del 2016; ***** FP i dati sono del 2016. Coop. Sociali Fasda, Asdep: Fondi non indagati; ***** la stima per la FISAC è stata effettuata al netto degli iscritti al Fondo LTC

^a La stima è stata effettuata a partire dal confronto con i dati Istat sulle forze di lavoro in base al codice ATECO dei settori produttivi. In particolare, gli iscritti ai fondi sanitari appartenenti alle categorie FIOM, CGIL-ARTIGIANATO, FLAI e FILCTEM sono stati rapportati al totale dei lavoratori dipendenti nell'industria al netto delle costruzioni; gli iscritti ai fondi sanitari appartenenti alla categoria FILLEA sono stati rapportati al totale dei lavoratori dipendenti nel settore delle costruzioni; gli iscritti ai fondi sanitari

appartenenti alla categoria FILCAMS sono stati rapportati al totale dei lavoratori dipendenti nel settore del commercio e del turismo; gli iscritti ai fondi sanitari appartenenti alla categoria FISAC sono stati rapportati al totale dei lavoratori dipendenti nel settore delle attività finanziarie e assicurative; gli iscritti ai fondi sanitari appartenenti alla categoria FILT sono stati rapportati al totale dei lavoratori dipendenti nel settore del trasporto e magazzinaggio; gli iscritti ai fondi sanitari appartenenti alla categoria SLC sono stati rapportati al totale dei lavoratori dipendenti nel settore dei servizi di informazione e comunicazione; gli iscritti ai fondi sanitari appartenenti alla categoria FP sono stati rapportati al totale dei lavoratori dipendenti nei settori dell'amministrazione pubblica, dell'istruzione e della sanità; gli iscritti ai fondi sanitari appartenenti alla categoria NIDIL sono stati rapportati al totale dei lavoratori atipici stimati dalla categoria stessa (circa 1,9 milioni, escludendo i disoccupati).

Fonte: Ricerca CGIL-Università Politecnica delle Marche 2018/2019, Indagine Forze lavoro Istat (2018)

Divario tra entrate complessive e uscite per prestazioni

Se passiamo dai dati sugli iscritti e la copertura a quelli relativi alle prestazioni, dall'indagine CGIL-Università Politecnica delle Marche emerge come vi sia in generale **un consistente divario tra entrate e uscite per prestazioni**³ (vedi grafico 5 – in cui non sono state calcolate le risorse relative ai fondi Nidil, Casse Edili Fillea, Fondi FP). A fronte di entrate pari a 1,1 miliardi di euro, le uscite per prestazioni sono state pari a circa 720 milioni. La differenza fra le due voci è di circa 420 milioni di euro, pari al 37% del totale delle entrate.

Vi sono diverse spiegazioni per questa differenza. Una prima ragione di questo divario risiede nella necessità per i fondi, soprattutto di quelli di più recente istituzione, di accantonare per alcuni anni (nello stato patrimoniale) *risorse adeguate a fronteggiare rischi*. Questa misura, ragionevole e prudente nell'uso delle risorse, rappresenta tuttavia un aspetto delicato e che necessita un approfondimento in futuro.

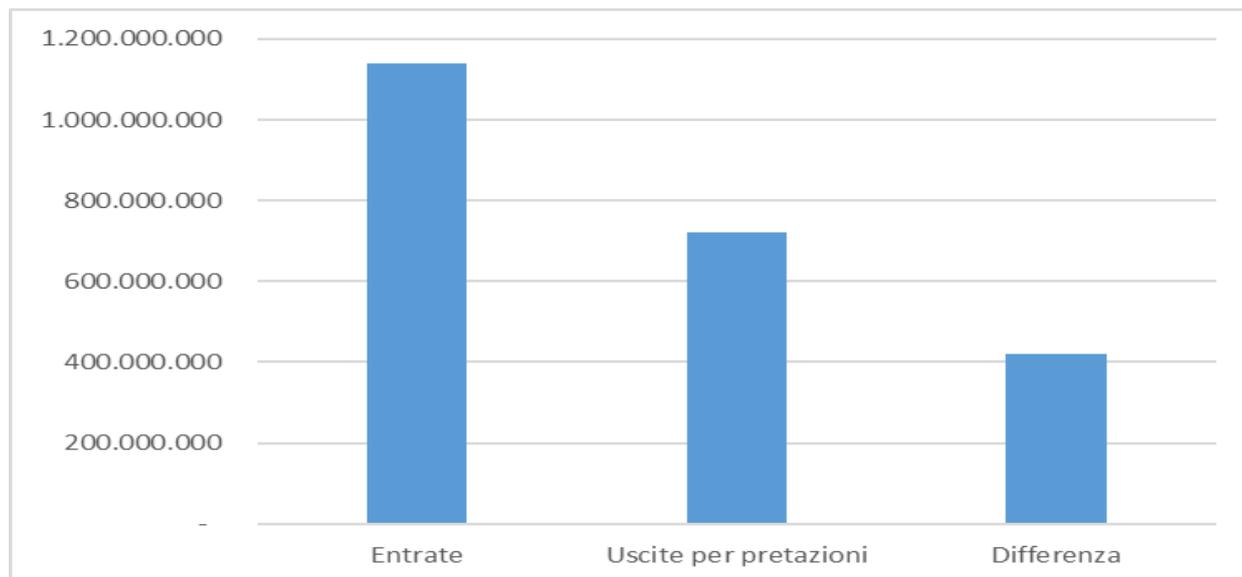
Una seconda ragione sembra essere riferita alla *remunerazione per l'assicurazione*, voce di costo che non è sempre immediatamente identificabile. Riguarda quasi tutti i fondi di origine contrattuale, che erogano prestazioni tramite convenzioni con Assicurazioni. L'incidenza dei premi pagati alle assicurazioni è non sempre facilmente identificabile in quanto vi sono alcuni fondi che hanno incorporato anche i compensi (premi) pagati alle per assicurazione fra le spese per prestazioni, mentre altri fondi li hanno invece contabilizzati separatamente (in modo da rendere visibile e distinta la spesa effettiva per prestazioni erogate dal premo pagato all'assicurazione). È una voce di spesa spesso ingente che, "sottraendo" risorse alle prestazioni, merita anche essa di essere approfondita in futuro dal sindacato.

Un'altra ragione, ma sembrerebbe di minore entità, riguarda le *spese di gestione del fondo*. Anch'essa andrebbe però valutata. In tutti i casi il divario tra Entrate e Uscite per prestazioni riguarda la redistribuzione delle risorse contrattuali raccolte con i contributi versati dalle imprese (e spesso dai lavoratori) al fondo. Pertanto, riguarda le politiche salariali/contrattuali. Tanto più se consideriamo che i Fondi redistribuiscono tali risorse *ai soli beneficiari delle prestazioni*, con un sistema a ripartizione. Infine, come è noto, le risorse versate ai Fondi sanitari non sono sottoposte a trattenuta previdenziale e quindi non contribuiscono ad alimentare la pensione futura del lavoratore. Sul rapporto fra fondi sanitari, welfare contrattuale e politiche contrattuali/salariali la Cgil ha discusso (vedi ad esempio: F. Martini su Rps 2/2017⁴).

³ Tale divario non viene considerato nel Report ministeriale dell'Anagrafe fondi, che riporta solo la spesa, peraltro non chiarendo se rappresenta il totale delle uscite o solo il rimborso per prestazioni (né se in questo è calcolato l'eventuale rimborso per le polizze assicurative).

⁴ Sappiamo bene che **la convenienza nell'istituzione di un fondo sanitario non è misurabile solo con vantaggi "diretti"** (quantità e qualità delle prestazioni garantite, rapporto contributi versati spese per prestazioni) ma anche, ad esempio, da quanto possa agevolare la stipula di Contratti e Accordi altrimenti difficili da raggiungere, da quanto consenso produce tra i lavoratori, ecc.

Grafico 5. Entrate ed uscite per prestazioni dei fondi categoriali censiti (in euro)



Nota: i dati presentati non considerano le entrate e le uscite relative ai Fondi Nidil, Casse Edili Fillea e Fondi FP

Fonte: Ricerca CGIL-Università Politecnica delle Marche 2018/2019

Prestazioni integrative e prestazioni sostitutive dei LEA

La situazione indagata nella ricerca 2018/2019 CGIL-Università Politecnica delle Marche sostanzialmente, conferma i dati del Ministro della Salute⁵. La spesa per prestazioni EXTRA LEA (quindi di tipo integrativo e aggiuntivo) rappresenta circa il 32 % della spesa totale (qui gran parte è spesa per odontoiatria e per altre prestazioni vincolate). La spesa per prestazioni già incluse nei LEA (INTRA LEA) rappresenta il 68% della spesa totale (vedi grafico 6).

Una parte di questa spesa INTRA LEA riguarda il rimborso Ticket nel SSN (circa il 9%).

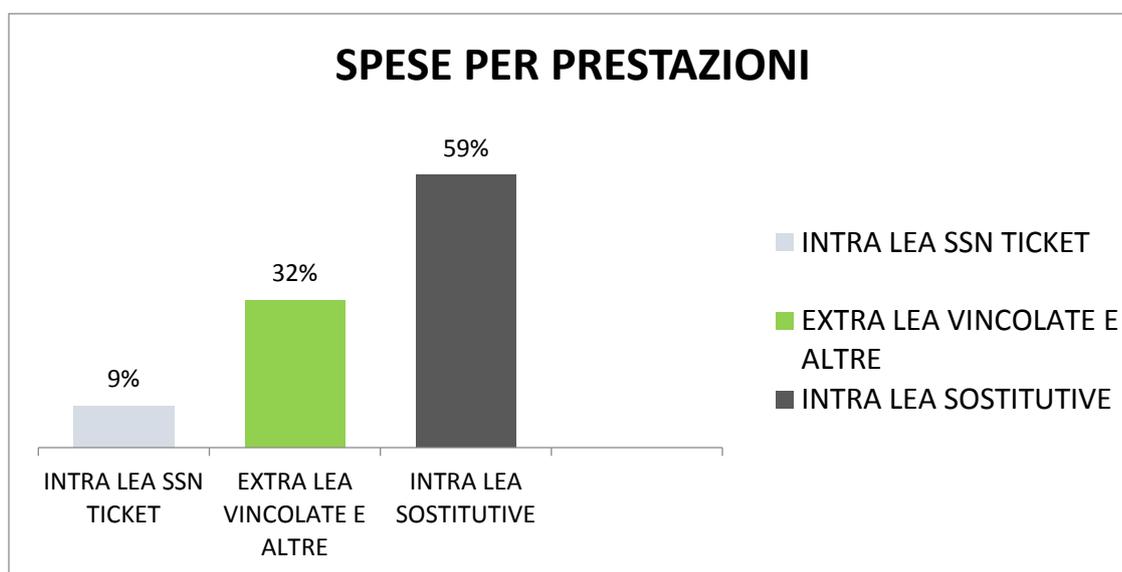
La restante parte di spesa INTRA LEA (il 59%) è riferita a prestazioni già incluse nei LEA ma pagate come prestazioni in regime privato. Si tratta di prestazioni cosiddette “sostitutive”. Ciò si può spiegare in alcuni casi con la necessità di superare le liste di attesa e, in altri casi, di effettuare una libera scelta del professionista. **Tuttavia il fenomeno rappresenta un serio problema, in termini di competizione e di sottrazione di risorse, per il SSN.** Tanto più che i fondi sono finanziati da risorse pubbliche con specifiche e consistenti agevolazioni fiscali. N. Dirindin in una recente Audizione in Commissione Affari Sociali in Parlamento afferma come: “Una stima recente, che è stata appena pubblicata in una rivista scientifica, dice che per il 2016, anno per il quale è stato possibile fare il calcolo, la perdita di gettito è 1,2 miliardi di entrate da parte della finanza pubblica. Di questi 1,2 miliardi, due terzi (il 67 per cento) è a favore delle persone fisiche, che quindi risparmiano IRPEF e contributi a loro carico, e il 33 per cento è a favore delle imprese, che risparmiano i contributi a carico delle imprese...”. Altri dati provenienti dal Ministero dell’Economia e delle Finanze indicano come tali mancate entrate siano di importo più contenuto ma comunque molto significativo: in particolare secondo la Commissione per le spese fiscali lo

⁵ Dal conteggio sono esclusi i fondi Flai, Filt, FP, i cui dati non sono comparabili. Tuttavia le spese censite rappresentano oltre il 90% delle spese totali.

stato ha rinunciato a circa 540 milioni di euro annui di entrate per via degli incentivi fiscali (deduzioni) relativi ai contributi versati ai fondi integrativi del SSN dal solo lato IRPEF.

Anche in questo caso il cosiddetto ‘welfare fiscale’ comincia ad assumere dimensioni non irrilevanti, con effetti che contribuiscono ad alimentare le disuguaglianze sociali.

Allo stesso tempo in questi stessi anni si continua a sotto-finanziare il SSN. Si tenga presente come l’OCSE stimi come nel 2018 il nostro paese spendesse in spesa sanitaria pubblica circa un quarto di meno per ognuno di noi rispetto alla media dell’UE-15. In altri termini, nel 2018 per ogni 100 euro spesi in sanità pubblica per un cittadino dell’Europa occidentale, l’Italia ne ha spesi 73 per ogni suo residente. Inoltre, dal 2005 al 2018 la spesa pubblica italiana in termini reali in sanità è salita solo dello 0.2% all’anno, mentre nel resto dell’EU-15 (con l’esclusione della Grecia) è cresciuta dell’1.5%. Praticamente è da quasi quindici anni che la spesa reale in sanità pubblica non aumenta in Italia, mentre allo stesso tempo lo stato chiede alcuni miliardi ai cittadini per il pagamento di ticket sulle prestazioni del SSN. Grafico 6. *La distribuzione per macro-voce delle spese per prestazioni dei fondi categoriali censiti (in percentuale sul totale della spesa in prestazioni)*



Fonte: Ricerca CGIL-Università Politecnica delle Marche 2018/2019

Qualità e Appropriatezza

Come è noto, nel SSN vi è l’obbligo di definire e rivedere le prestazioni da inserire nei LEA in base alla loro *appropriatezza*. A questo scopo opera una apposita Commissione nazionale. Ad esempio diverse prestazioni comprese nel vecchio “nomenclatore” dei LEA (Dpcm 2001) sono state escluse nel nuovo (Dpcm 2017) perché ritenute obsolete e inappropriate, al contrario ne sono state inserite altre. **Per garantire i lavoratori e la qualità dell’offerta, sarebbe utile fosse valutata anche l’appropriatezza delle prestazioni offerte dai Fondi nei Piani sanitari, anche per poter selezionare prestazioni “pregiate” e migliorare l’efficienza/efficacia allocativa della spesa.**

Va inoltre considerato che il rischio maggiore dei fondi non integrativi è quello di alimentare consumi sanitari impropri. Una pur sommaria verifica di alcune “offerte” (pacchetti di prevenzione che sono in realtà check-up effettuabili anche senza prescrizione medica (che

comunque dovrebbero essere disposti di routine dal medico SSN), pacchetti di prevenzione secondaria oncologica (es. mammografia) rivolta a categorie di persone che devono partecipare agli screening programmati dal SSN, pacchetti maternità, camper della salute, ecc) sollecita una riflessione attenta sui rischi di alimentare un consumismo sanitario, al di là delle migliori intenzioni.

La ricerca CGIL-Università Politecnica delle Marche ha cercato di indagare questo aspetto. Tenendo presente le cautele sopra riportate (solo circa un terzo dei fondi ha risposto a domande sul tema), una domanda dell'indagine chiedeva se per l'accesso alle prestazioni con rimborso fosse necessaria una prescrizione medica: circa la metà dei fondi che ha risposto ha dichiarato la necessità di prescrizione medica.

Invece, in due terzi dei fondi si prevede un'autorizzazione preventiva al fondo da parte del beneficiario per poter sostenere una spesa. Va, però, specificato che le modalità possono risultare piuttosto complesse e diversificate all'interno dello stesso fondo, in funzione della prestazione richiesta, piuttosto che della tipologia di richiedente. Per quanto riguarda invece le strutture presso cui è possibile ottenere prestazioni, un quarto dei fondi indagati prevede in genere rimborsi solo presso strutture in convenzione, la metà dei fondi prevede anche strutture fuori convenzione ma con rimborso minore, il rimanente quarto dei fondi permette di rivolgersi a qualsiasi struttura senza differenze di rimborso.

In conclusione, emergono un quadro con varie 'ombre' e 'problematicità' e la necessità di aprire un grande dibattito dentro il sindacato sul rapporto fra espansione dei fondi sanitari e difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale a garantire universalismo nell'accesso ai servizi, riduzione dei divari territoriali ed efficacia del sistema di cure, a partire dalla realizzazione ovunque dei LEA, sia pure con gradualità.

Indagine parlamentare in materia di fondi integrativi del servizio sanitario nazionale

Ricordiamo che la Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati ha avviato un'indagine, per la quale CGIL, con CISL e UIL e diversi altri soggetti, è stata audita: [MEMORIA CGIL](#). A questo [LINK](#) si trovano i contributi di tutti i soggetti auditi. Gli esiti dell'indagine non sono ancora noti.