

# Le coperture sanitarie integrative: i fondi sanitari integrativi del Sistema Sanitario Nazionale

La necessità di trovare meccanismi innovativi di finanziamento della spesa sanitaria, capaci di rispondere alle esigenze dei cittadini, apre importanti opportunità per il settore assicurativo. A patto che sia in grado di predisporre al più presto soluzioni operative e proposte sostenibili

Lo spazio di azione più o meno ampio della sanità integrativa all'interno di un paese deriva direttamente dalle scelte fatte dai governi in merito alla assistenza sanitaria pubblica, cioè a quali prestazioni sanitarie fare rientrare tra quelle coperte con i finanziamenti pubblici e a quali prestazioni, invece, lasciare "fuori".

I servizi di assistenza sanitaria sono principalmente erogati in Italia attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) che garantisce la copertura universale di molte prestazioni. Accanto alle strutture pubbliche, vi sono strutture private convenzionate e strutture completamente private con finalità lucrative e non. Il Ssn è finanziato attraverso la fiscalità generale su base regionale. Sono previste poi forme di compartecipazione alla spesa sanitaria pubblica che chiedono all'utente del servizio il pagamento di un ticket sanitario per l'accesso a molte prestazioni sanitarie: visite mediche, farmaci, diagnostica. Sono a carico del paziente le prestazioni erogate in regime di intramoenia, le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture non convenzionate, dai medici non convenzionati e i farmaci non coperti dal Ssn.

La legislazione vigente attribuisce alle forme di assistenza sanitaria integrative, rispetto alle prestazioni assicurate dal Sistema Sanitario Nazionale, la finalità di ampliare e potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza

(Lea), quelle prestazioni sanitarie cioè, che la Sanità eroga all'intera collettività in modo uniforme. L'assistenza sanitaria integrativa nel nostro paese è stata concepita dal legislatore sotto la forma del fondo sanitario integrativo come delineato dall'art. 9 del decreto legislativo 229/1999 (che è andato a modificare quanto introdotto dall'art. 9 del decreto legislativo 502/1992), la cosiddetta Riforma Bindi.

## Una forma di contribuzione volontaria

I fondi sanitari integrativi sono di tipo "volontario". L'elemento che li contraddistingue dai contratti di assicurazione è l'obbligo di apertura nei confronti di tutti i fruitori di servizi sanitari e nella omogeneità di trattamento degli iscritti al fondo, conseguenza diretta del divieto imposto dalla legge di porre in essere pratiche di selezione dei rischi e di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti. Altre caratteristiche specifiche dei fondi sanitari integrativi del Ssn sono l'avere un livello di copertura non trascurabile ma non estendibile alle prestazioni comprese nei Lea offerte dalle strutture private e il godere di agevolazioni fiscali.

Nello schema disegnato dalla Riforma Bindi, i Fondi Sanitari Integrativi del Sistema Sanitario Nazionale (Fsi del Ssn) costituiscono il principale strumento di finanziamento di un insieme di prestazioni sanitarie più ampio che

include quelle escluse dai Lea, ma non solo. Sono destinati a finanziare:

1. prestazioni aggiuntive rispetto ai Lea, come ad esempio le prestazioni di medicina non convenzionale, le cure termali, l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alla prestazione non a carico del Ssn;
2. prestazioni erogate dal Ssn, comprese nei Lea, per la parte a carico dell'assistito, quali gli oneri sostenuti per le prestazioni in regime di intramoenia o gli oneri sostenuti per usufruire di servizi alberghieri su richiesta del singolo;
3. prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali per la parte a carico dell'assistito (materno infantile, dipendenza, handicap, psichiatria, anziani, lungodegenza).

## Copertura sanitaria integrativa

In aggiunta, i fondi offrono una copertura di tipo integrativo all'offerta sanitaria pubblica per le prestazioni socio-sanitarie (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, definite – nella Riforma Bindi – come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e riabilitazione); offro-

no copertura alle prestazioni sociali, non ricomprese nei Lea, che incluse nei programmi assistenziali intensivi e prolungati rivolti a anziani e disabili e finalizzati a garantire la permanenza in strutture residenziali, semiresidenziali o a domicilio; prestazioni finalizzate al recupero della salute dei soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio (per la parte non garantita); prestazioni odontoiatriche non Lea per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di patologie odontoiatriche (G. Turchetti, Le prestazioni svolte in regime di intramoenia, in Pedone A., (a cura di), La Sanità in Italia. Qualità del servizio e sostenibilità finanziaria, Il Sole 24 Ore, 2008).

## Due tipologie di assistenza

Le forme di assistenza di tipo collettivo sono di due tipologie rispetto all'art. 9 della Riforma Bindi: le forme di assistenza sanitaria preesistenti rispetto alla previsione normativa, siano essi fondi o casse interaziendali di assistenza sanitaria, i "fondi non doc", e i Fondi Sanitari Integrativi del Ssn previsti dall'art. 9, i "fondi doc".

I decreti ministeriali di attuazione della legge Bindi (il Dm 27 ottobre 2009 che modifica il Dm 31 marzo 1998), in ritardo di ben dieci anni rispetto alla tempistica che la legge prefigurava, prevedono che gli enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale, i fondi non doc, per non perdere i benefici di natura fiscale, dal 2010 debbano necessariamente vincolare un ammontare non inferiore al 20% delle risorse complessivamente destinate alle prestazioni erogate nell'anno, siano esse direttamente erogate o sottoforma di rimborsi a fronte di spese sanitarie sostenute dagli assistiti, alle seguenti tipologie di prestazioni sanitarie, definite dal Decreto ministeriale 27 ottobre 2009:

1. prestazioni sociali a rilevanza sa-

nitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;

2. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;

3. prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali e altre prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza;

4. prestazioni di assistenza odontoiatrica, compresa la fornitura di protesi dentarie.

I fondi "doc" e "non doc" devono iscriversi all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il ministero della Salute alla quale ogni anno dovranno comunicare numerose informazioni.

## Preponderanza della componente pubblica

La panoramica attuale delle fonti di finanziamento della Sanità in Italia risulta caratterizzata da una forte componente pubblica, che pesa poco meno del 79% sul totale. Circa un quinto della spesa complessiva è quindi di natura privata. Tuttavia, se si va a analizzare chi sono i finanziatori della componente

privata, scopriamo che per l'85% circa tale spesa è spesa out of pocket, mentre l'assicurazione sanitaria privata e i fondi rappresentano una parte minoritaria (Oecd, Health Data 2012). L'anomalia tutta italiana della spesa sanitaria è costituita dall'alta percentuale di spesa out of pocket, che introduce elevati livelli di iniquità nel sistema, in quanto spesa indifferenziata che non tiene affatto in debita considerazione le condizioni del reddito, di gravità dello stato di salute, di età, del cittadino utente del servizio.

A oggi, sia i Fondi Sanitari Integrativi del Sistema Sanitario Nazionale sia i fondi non doc che, infine, le coperture assicurative presenti sul mercato, sono coperture di tipo duplicativo per alcune tipologie di prestazioni – chi compra un'assicurazione o un'altra forma di assistenza sanitaria privata paga due volte le stesse prestazioni, la prima tramite la fiscalità generale e la seconda con il premio. In altri casi costituiscono una copertura sanitaria integrativa aggiuntiva – le prestazioni sono le medesime come genere, ma l'assicurazione privata si limita ad assicurare la differenza tra il prezzo e la quota di questo pubblicamente garantita (ad esempio, l'assicurazione del pagamento del ticket), oppure beni e servizi al contorno della prestazione pubblica (camera privata in ospedale, scelta del medico in regime di ricovero pubblico, accesso personalizzato al servizio ecc.); ovvero una copertura sanitaria integrativa complementare – quando riguarda prestazioni con coperte dalla sanità pubblica.

## Importanti opportunità per il settore assicurativo

Il panorama del settore sanitario in Italia sta rapidamente cambiando. Come in molti dei paesi del mondo occidentale, infatti, i numerosi fattori che spingono la spesa sanitaria a crescere (invecchiamento della popolazione,

crescita malattie croniche, incremento di quantità e qualità di prestazioni richieste, innovazione tecnologica ecc.) stanno creando forti pressioni sulla finanza pubblica e serie preoccupazioni nei governanti in merito alla sostenibilità economica nel breve-medio termine della spesa sanitaria. È ragionevole attendersi, quindi, che presto possano esserci processi di revisione dei Lea (in tale direzione va il decreto sanità recentemente proposto dal Ministro Balduzzi) e un ripensamento dell'inte-

ro ruolo dell'attore pubblico. Che si debbano trovare meccanismi innovativi di finanziamento della spesa sanitaria capaci – all'interno di uno stringente vincolo di pareggio di bilancio (oggi di rilevanza costituzionale) – di rispondere al meglio alle crescenti richieste di prestazioni e di differenziazione del servizio, di qualità e continuità dell'assistenza, di scongiurare un razionamento delle tecnologie e delle soluzioni diagnostiche e terapeutiche più innovative, risulta oramai evidente. In questo con-

testo ci sono certamente opportunità importanti per il settore assicurativo. È quanto mai urgente, tuttavia, che il mondo assicurativo studi in profondità le caratteristiche del settore sanitario e le evoluzioni in atto al fine di giungere a predisporre soluzioni operative e proposte sostenibili che gli consentano di farsi trovare pronto.

**Giuseppe Turchetti,  
Sara Cannizzo**

*Scuola Superiore Sant'Anna, Pisa*

## La riforma previdenziale e gli spazi di integrazione

Una ricognizione sulla situazione della previdenza e sui principali nodi da sciogliere. A cui il settore assicurativo può fattivamente contribuire a dare soluzione

Finalmente la riforma delle pensioni è definitiva. Quella che risolve i problemi di sostenibilità e di adeguatezza delle pensioni nel nostro paese. Questo è quello che, visti i sacrifici che richiedi, vorremo poter dire: è stata dura ma finalmente è fatta! O forse non è così?

Ricapitoliamo brevemente cosa è avvenuto. Gli ultimi vent'anni sono stati caratterizzati da innumerevoli riforme con le quali si è tentato di modificare il funzionamento del nostro sistema pensionistico obbligatorio. Sistema le cui prestazioni in origine erano calcolate con il metodo retributivo, e che, già a partire dagli anni Novanta, si è rivelato non più sostenibile.

Il riequilibrio si è ricercato, progressivamente, prima con meccanismi di penalizzazione inseriti nelle regole di calcolo delle prestazioni del modello retributivo e poi, per primi in Europa, con la riforma Dini nel 1995, introducendo il modello contributivo.

Questo modello, in cui le prestazioni sono direttamente collegate ai contributi effettivamente versati dai lavoratori e alla evoluzione della speranza di vita delle diverse generazioni di pensionati, è stato inizialmente introdotto con riferimento ai soli "nuovi lavoratori" e poi esteso, con eccessiva gradualità, a tutti attraverso un percorso che si è concluso solo di recente con la riforma Monti-Fornero.

### La riforma Monti-Fornero

Quali gli obiettivi di quest'ultima riforma? Sicuramente quello di fare "cassa", dettato dalle necessità di bilancio, e ottenuto innalzando subito l'età di uscita per le pensioni di vecchiaia e riducendo le uscite per anzianità. Poi un obiettivo di sistema, ossia realizzare un modello sostenibile a regime, correlato alla demografia e più equo fra le diverse generazioni.

Risolto il tema della sostenibilità del

sistema, rimane il tema della adeguatezza. E, su questo, l'effetto della riforma appare più complesso e forse è meno scontato.

La riforma infatti dovrebbe "matematicamente" migliorare le pensioni dei lavoratori del futuro. Infatti, l'innalzamento dell'età pensionabile minima e la possibilità di permanenza fino ai settant'anni (e oltre), porta con sé un allungamento dell'orizzonte temporale di permanenza sia nella previdenza obbligatoria sia nei prodotti di previdenza integrativa e quindi: un maggior montante contributivo; un più alto coefficiente di conversione in rendita. Da cui, a parità di contribuzione, un incremento delle prestazioni

### Molteplici elementi di dubbio

E qui appaiono i primi elementi di dubbio. È ragionevole aspettarci che si potrà effettivamente lavorare con continuità, e quindi avere anche con-