

Audizione 22 gennaio 2019 - XII Commissione Affari sociali Camera dei Deputati

## FIMIV PER L'EQUITÀ E LA SOLIDARIETÀ DEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI

*La Federazione Italiana della Mutualità Integrativa e Volontaria (FIMIV), fondata nel 1900 quale Federazione delle società di mutuo soccorso (SMS), è l'organizzazione nazionale di rappresentanza, promozione, sviluppo e difesa delle Società di mutuo soccorso e degli enti mutualistici associati. La FIMIV raggruppa le più importanti Società di mutuo soccorso italiane. Aderisce alla Lega nazionale delle cooperative e mutue (Legacoop), al Forum del terzo settore. A livello internazionale è membro della Associazione internazionale della mutualità (AIM).*

*È riconosciuta dal Ministero dell'Interno quale "Ente nazionale con finalità assistenziali", ai sensi della Legge n. 287/91, del D.P.R. n. 235/2001 e del D.P.R. n. 640/72.*

*La legge di riferimento per le Società di mutuo soccorso è la legge 15 aprile 1886 n. 3818 "Costituzione legale delle società di mutuo soccorso", che ha stabilito le condizioni e le modalità di acquisizione della personalità giuridica delle Società di mutuo soccorso. La legge 3818/1886 è stata recentemente modificata dall'articolo 23 del decreto legge del 18 ottobre 2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese", convertito dalla legge 221 del 17 dicembre 2012.*

*Le Società di mutuo soccorso sono enti del Terzo settore (ETS) e pertanto hanno una sezione dedicata nel costituendo Registro unico del Terzo settore - v. Codice del Terzo settore / decreto legislativo n. 117 del 3 luglio 2017 (Gazzetta Ufficiale n. 179 del 2 agosto 2017), in attuazione della legge delega 106/2016.*

*Le Società di mutuo soccorso sono inoltre espressamente indicate tra i soggetti chiamati ad istituire e/o gestire i fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (Dlgs n. 502/92, Dlgs 229/99, art. 9).*

Nel nostro Paese, la **sanità integrativa** è diventata una componente importante e diffusa della spesa sanitaria, soprattutto nella contrattazione del lavoro, dove coinvolge milioni di lavoratori dipendenti. I suoi effetti si traducono in una opportunità e in un vantaggio socialmente rilevanti per i lavoratori che ne usufruiscono.

**I Fondi sanitari integrativi** sono uno strumento importante di sostegno alla spesa sanitaria privata, in grado di intercettare risorse economiche ingenti, particolarmente dalle imprese, per restituirle ai lavoratori sotto forma di rimborsi. Essi possono inoltre orientare accessi preferenziali verso il SSN, ma anche verso il servizio privato convenzionato a condizioni agevolate.

**Le Società di mutuo soccorso o Mutue sanitarie** possono essere fonte istitutiva o soggetti gestori dei Fondi integrativi del SSN e sono pertanto pienamente legittimati e qualificati per le loro caratteristiche mutualistiche (assenza di scopo lucrativo e finalità esclusivamente assistenziali) per fornire un contributo rilevante alle esigenze di integrazione sanitaria dei cittadini.



Le gestioni delle coperture sanitarie integrative affidate alle Società di mutuo soccorso garantiscono la piena applicazione dei principi mutualistici:

- assenza di fini lucrativi;
- principio della porta aperta;
- nessuna discriminazione delle persone assistite e garanzia di assistenza per tutta la vita (le Società di mutuo soccorso non esercitano mai il diritto di recesso);
- partecipazione democratica delle persone assistite che diventano soci della Società di mutuo soccorso, anche in forma mediata.

### **Criticità dei Fondi sanitari integrativi**

L'assistenza complementare per i lavoratori dipendenti ha trovato nella contrattazione collettiva un veicolo di diffusione che negli ultimi tempi ha assunto una dimensione di rispetto: tuttavia emergono criticità significative che inevitabilmente interessano il livello di equità e di solidarietà dell'intero sistema.

È interessante per esempio riflettere sulla possibile correlazione tra Fondi sanitari negoziali chiusi (ex art. 51 del Tuir) e Fondi sanitari integrativi aperti (ex art. 9 del D.lgs. 502/92 e successive integrazioni). I Fondi sanitari di derivazione contrattuale sono già da tempo operanti in Italia, mentre l'iter normativo che sancisce l'effettiva costituzione di quelli integrativi al SSN in forma aperta non si è ancora del tutto concluso: **mancano infatti i decreti attuativi sul loro ordinamento e sulle modalità di affidamento in gestione**. Tra le due realtà dunque non si è prodotto nel tempo un rapporto utile ad estendere i benefici delle coperture complementari ai soggetti collocati fuori dall'ambito del lavoro dipendente.

Le coperture riguardano generalmente i soli lavoratori dipendenti, fintanto che sussista il rapporto di lavoro, e non sempre esse sono estese volontariamente ai familiari. Il risultato è che ne restano esclusi i soggetti più deboli economicamente, quelli meno tutelati dalla contrattazione collettiva, quelli che sono usciti dall'attività lavorativa, quelli che non appartengono a gruppi associati. Se non si interviene rapidamente ad innescare meccanismi contributivi di tipo associativo solidaristico a compensazione del divario, il rischio più prossimo è una frattura sociale sull'equità dei livelli di tutela.

Sussiste inoltre il rischio di una sperequazione tra Fondi negoziali chiusi e Fondi integrativi aperti. I primi, sono caratterizzati da una forte concentrazione patrimoniale a riserva grazie all'adesione massiva e certa di lavoratori dipendenti - soprattutto quando la contribuzione è posta per intero a carico del datore di lavoro - e all'erogazione contenuta, poiché il livello medio dell'età degli aderenti abbassa il rischio di morbilità. Per i Fondi integrativi aperti, è realistico ipotizzare invece una più ridotta concentrazione di riserve, sia perché la propensione all'adesione volontaria con contribuzione a carico diretto dell'assistito è ancora tutta da costruire per ragioni socio-culturali poco favorevoli, sia perché la prevedibile maggiore incidenza di anziani nel gruppo associato innalza drasticamente il rischio a breve termine di incidenza patologica, soprattutto di non autosufficienza, e quindi di erogazione.



Affinché l'opportunità dei Fondi sanitari integrativi non si trasformi in un privilegio legato al solo mercato del lavoro, riteniamo sia giusto e proficuo che anche in questo campo i corpi associativi intermedi della società civile se ne facciano espressione a vantaggio di tutti i cittadini.

Fimiv condivide le preoccupazioni circa il livello di equità e di solidarietà dell'intero sistema e sostiene pienamente il ruolo della sanità integrativa a complemento del servizio pubblico secondo i principi fondamentali dell'universalità e dell'uniformità delle prestazioni.

Le Mutue, quali corpi intermedi tra istituzioni e cittadini richiamati anche dal recente Codice del Terzo Settore, sono soggetti che, senza scopo di lucro, **perseguono finalità di interesse generale sulla base del principio costituzionale della sussidiarietà**, attraverso lo svolgimento di attività assistenziali in ambito sanitario e socio-sanitario, in modo aperto ed inclusivo.

Attraverso la contribuzione volontaria o contrattuale degli associati, esse adempiono una **funzione sociale aperta e dunque pubblica**, aiutando il sistema sanitario a realizzare compiutamente l'universalismo delle assistenze con riguardo sia alle prestazioni escluse dai livelli essenziali (che incidono cioè sui bisogni scoperti: *odontoiatria, assistenza socio-sanitaria, riabilitazione, non autosufficienza*), sia alle prestazioni incluse ma inevase per inadeguata tempistica o flessibilità (personalizzazione, prossimità di intervento) rispetto ai bisogni. Inoltre, le Mutue assolvono, come previsto dalla legge speciale di settore che le governa, una funzione educativa e culturale di prevenzione sanitaria nonché di promozione di stili di vita sana e in salute.

La circostanza che l'assistenza sanitaria integrativa (ad oggi circa 12 milioni di persone interessate) sia garantita da Fondi affidati in gestione a compagnie di assicurazione rappresenta una anomalia. Il legislatore, infatti, ha disposto l'incentivazione fiscale dei contributi versati solo in capo agli enti con esclusiva finalità assistenziale, cioè Casse, Società di Mutuo Soccorso e Fondi integrativi, valorizzando così la loro capacità di restituire la maggior quota di risorse ai propri iscritti in assenza di scopo lucrativo, di discriminazione nei confronti dei cittadini, a prescindere dall'età e dalle condizioni di salute, e con la garanzia dell'assistenza a vita intera.

Pertanto l'assistenza sanitaria mutualistica non può essere fraintesa come un arretramento delle tutele dei cittadini, ma al contrario come un progresso nella costruzione del cosiddetto “secondo pilastro” dell'assistenza sanitaria attraverso il quale coniugare responsabilità e partecipazione, sussidiarietà, personalizzazione e flessibilità nella copertura dei bisogni.

La mutualità aperta intreccia il welfare contrattuale con il welfare di comunità e si conforma alle nuove esigenze delle persone nella consapevolezza che occorre superare gli steccati tra le categorie e aggregare risorse ed energie per affrontare le sfide delle spese crescenti e i bisogni in aumento in ambito sanitario e socio-sanitario.

Nella *mission* delle Mutue sanitarie integrative è insita, dunque, sia una **funzione riparatrice** (*aiuto ai soci e assistiti nelle situazioni di difficoltà economica e di bisogno, sussidi e rimborsi a copertura delle disfunzioni e delle limitazioni del SSN*) sia una funzione di responsabilizzazione verso i propri soci e assistiti affinché non siano dei meri consumatori di prestazioni sanitarie e sociali, bensì dei cittadini consapevoli che vogliono costruire insieme un sistema di tutele basato sulla reciprocità solidale.



## Proposta Fimiv

Fimiv ravvisa la necessità di pervenire ad un assetto organico e chiarificatore delle norme che disciplinano il funzionamento dei fondi sanitari integrativi al SSN, tenuto conto della volontà di uniformità del trattamento fiscale dei contributi versati ai Fondi sanitari di cui agli artt. 51 e 10 del Tuir introdotta con la legge finanziaria del 2008 (legge 24 dicembre 2007 n.244).

I Fondi sanitari integrativi del SSN, così come previsti dalla normativa richiamata, non si sono sviluppati perché non sono attrattivi per la gran parte dei cittadini, in quanto limitati a erogare solo ed esclusivamente (100%) prestazioni integrative complementari e supplementari e non anche duplicative nei casi in cui l'accesso al SSN è concretamente compromesso da tempi di attesa non compatibili con le necessità di diagnosi e cura tempestiva.

A tal fine, Fimiv ritiene che si possa colmare la sperequazione in atto tra le diverse tipologie di Fondi sanitari e superare *l'impasse* per lo sviluppo di quelli aperti integrativi al SSN, completandone le disposizioni attuative e **modificandone gli ambiti delle prestazioni**, tenendo conto che le Mutue sanitarie:

- confermano il ruolo integrativo, sussidiario e collaborativo rispetto al welfare pubblico e sono sempre pronte a dialogare con le politiche sanitarie nazionali;
- sono favorevoli al mantenimento della distinzione tra le due tipologie di Fondi sanitari integrativi: Fondi negoziali ex art. 51 Tuir e Fondi integrativi del SSN ex art. 9. DLgs 502/92 (Fondi aperti). Sugeriscono, tuttavia, di ridurre almeno al 50% le prestazioni integrative (compresi i costi di compartecipazione-ticket e la libera professione intramoenia) erogate dai Fondi aperti a tutti i cittadini al fine di incentivarne lo sviluppo;

- intendono mettersi a disposizione della società civile in assonanza con le esigenze dell'universalismo sanitario pubblico e con quelle dei cittadini, che, ostacolati nell'accesso alle cure, sono spinti a ricorrere al mercato privato, proponendo il proprio modello virtuoso basato su responsabilità, solidarietà e relazione fiduciaria e capace di realizzare una sinergia intergenerazionale e intercategoriale tra coperture rivolte a dipendenti aziendali e quelle aperte a tutti cittadini.

fimiv

**ULTERIORI ARGOMENTAZIONI RISPETTO AI QUESITI E AGLI OBIETTIVI  
DELL'AUDIZIONE COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA (22.1.19)**



I Fondi Sanitari in Italia non sono sostitutivi o alternativi al SSN.

I Fondi sanitari integrativi attualmente offrono prestazioni che possono essere:

- **complementari** (*attività libero-professionale intramoenia e compartecipazioni richieste ai cittadini ticket e miglior comfort alberghiero*);
- **aggiuntive** ai Livelli essenziali di assistenza (*extra LEA, come: odontoiatria, riabilitazione, assistenza sociosanitaria, lenti, tutori, protesi e presidi ortopedici, cure non convenzionali, ecc*);
- **duplicative**: le stesse offerte dai LEA, ma fruite in strutture sanitarie private autorizzate. Il ricorso al servizio privato avviene spesso per visite o esami specialistici di routine e per ridurre i tempi di attesa in caso di urgenza o necessità di diagnosi precoce.

## EXCURSUS STORICO DEI PROVVEDIMENTI RELATIVI AI FONDI SANITARI INTEGRATIVI

L'obiettivo politico generale dell'intervento legislativo in materia di Fondi sanitari integrativi è quello di concentrare gli interventi a favore di prestazioni non coperte dal SSN o di quelle che, pur comprese nel SSN, prevedono spese a carico dei cittadini (libera professione all'interno del SSN e ticket di compartecipazione alla spesa).

### Prestazioni erogabili dai FSI del SSN [DD.LGSS. 502/92 e 229/99 art 9 \(R.Bindi\)](#)

- Attività libero professionale intramoenia
- Ticket e compartecipazioni
- **Prestazioni escluse dai LEA:**
- Cure non convenzionali, (agopuntura, omeopatia, medicina alternativa) cure termali, terapie fisiche
- Prestazioni Socio Sanitarie
- Assistenza Odontoiatrica

L'evoluzione normativa dal 1992 (Dlgs 502/92) fino al 1999 (Dlgs 229/99) resta costante nella individuazione delle prestazioni, ma si intreccia con i vantaggi fiscali già previsti per i Fondi sanitari di origine contrattuale ex art. 48 e poi art. 51 del TUIR, che presentano già una offerta generalista di prestazioni.

Si cerca di differenziare il vantaggio fiscale tra Fondi doc (100% solo prestazioni integrative) e Fondi non doc (generalità delle prestazioni).

## LEGISLAZIONE FONDI SANITARI

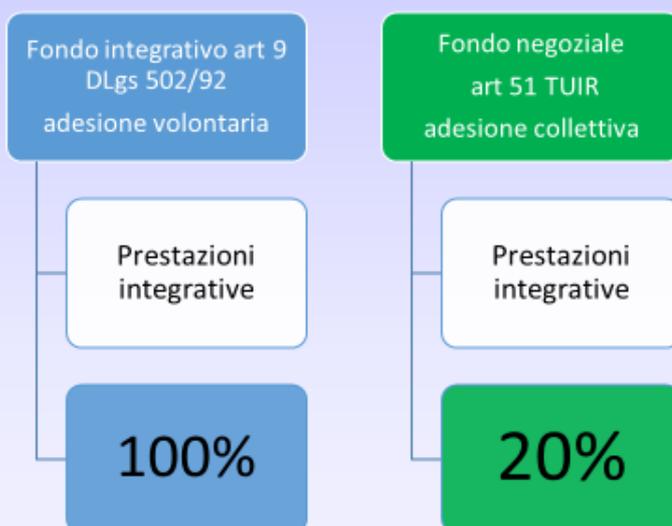
- **Legge finanziaria 2008:** introduce la deducibilità fiscale dei contributi versati ai fondi sanitari integrativi del SSN (i cosiddetti fondi aperti) fino a 3.615,20 euro (equiparazione ai fondi negoziali chiusi) [annullando la riduzione progressiva prevista](#).
- **31 marzo 2008:** il Ministero della Salute *Turco* approva il decreto che estende e perfeziona gli ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del SSN (**ticket, intra moenia, cure termali, odontoiatria, prestazioni socio-sanitarie**).

## Decreto Sacconi 27 ottobre 2009.

*Correzione del precedente Decreto per evitare confusione tra Fondi aperti integrativi al SSN e Fondi Sanitari integrativi di origine negoziale.*

- Deducibilità ai **Fondi integrativi al SSN aperti** (adesione volontaria) solo se **100%** prestazioni davvero integrative ai sensi art 9 D.LGS 502/92 e succ.
- Deducibilità per enti, casse e **società mutuo scorso** aventi fine esclusivamente assistenziale, quando istituiscono o gestiscono **Fondi negoziali** (lav. dipendenti art 51 TUIR) con rispetto **20%** prestazioni vincolate:
  - prestazioni socio-assistenziali
  - prestazioni odontoiatriche

## Deducibilità fiscale dei contributi assistenza sanitaria



## Istituzione Anagrafe Fondi Sanitari presso Ministero Salute

---

- Sezione a) **Fondi integrativi del SSN art. 9 502/92**
- Sezione b) **Fondi sanitari aziendali** istituiti o gestiti da enti, casse e società mutuo scorsio aventi fine esclusivamente assistenziale ai sensi art 51 TUIR
- non c'è la possibilità di iscriversi ad entrambe le sezioni.

Resta pertanto la differenza di prestazioni e di trattamento fiscale tra  
Fondi Sanitari rivolti a lavoratori dipendenti e Fondi aperti a tutte le categorie.

## Il ruolo dei Fondi sanitari integrativi



## L'offerta delle Mutue sanitarie

Tre modalità di copertura	Vantaggio fiscale
<p><b>Fondi sanitari integrativi del SSN "aperti":</b> art 9 Dlgs 502/92                      Prestazioni erogabili solo INTEGRATIVE al SSN:                      ALP intramoenia, ticket, cure termali, cure non convenzionali, assistenza socio sanitaria, assistenza odontoiatrica.</p>	<p>I Contributi hanno la deducibilità dal reddito solo se erogano al 100% prestazioni integrative.  <b>Riferimento Art 10 lett e-ter TUIR</b></p>
<p><b>Fondi negoziali</b> ( art 51 TUIR) solo per <b>lavoratori dipendenti</b>                      Prestazioni erogabili: tutte le tipologie ma devono dedicare almeno il <b>20%</b> delle prestazioni erogate alle due aree da privilegiare (Odontoiatria e Sociosanitario).</p>	<p>I Contributi hanno la deducibilità dal reddito se raggiunta la soglia del 20% di prestazioni vincolate.  <b>Riferimento Art 51 co 2 lett a TUIR</b></p>
<p><b>Coperture ad adesione volontaria Società Mutuo Soccorso L. 3818/1886 «porta aperta»</b> offrono una molteplicità di prestazioni integrative: <i>complementari, supplementari e duplicative</i> consentendo all'associato una piena libertà di scelta, no diritto di recesso x la Mutua e Garanzia assistenza a vita intera.</p>	<p>I Contributi sono detraibili dalle imposte 19% fino a 1300,00  <b>Riferimento Art 83 co 5 CTS Dlgs 117/17</b></p>

### **ANALISI DELLA SPESA SANITARIA OUT OF POCKET ANNO 2017** (DATI OCPS SDA BOCCONI - PROF. DEL VECCHIO)

SPESA SANITARIA PRIVATA out of pocket 2017		MLD	%
SERVIZI	<b>RICOVERI</b>	<b>5,41</b>	<b>13,6%</b>
	Ospedali CLINICHE	2,15	5,4%
	RSA	3,26	8,2%
	<b>AMBULATORIALI</b>	<b>20,59</b>	<b>51,9%</b>
	VISITE SPEC. + TICKET	5	12,6%
	ODONTOIATRIA	8,5	21,4%
	Diagnostica, altre analisi, RX + TICKET	3,2	8,1%
	FKT, ASS. INFERM. PSICOLOGIA,	3,9	0,0%
	AGOPUNTURA		

BENI	MEDICINALI S APP. MEDICALI	13,7	34,5%
	FARMACI	8,8	22,2%
	Altri prodotti medicali, integratori	1,4	3,5%
	Attrezz. Terapeutiche		
	LENTI, PROTESI, bendaggi, tutori	3,5	8,8%
TOTALE		39,7	100,0%

Come si evince dalla tabella dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS), la spesa sanitaria *out of pocket* è composta per 2/3 da servizi e per 1/3 di beni. Le spese per ricoveri, prestazioni diagnostiche e ticket sono sostenute sia nel SSN sia nel privato.

Diventa molto difficile distinguere tra il fornitore pubblico o privato della prestazione.

Quando si ha bisogno di effettuare una prestazione sanitaria si accede al SSN:

- si può pagare un ticket ;
- si può decidere di accedere in libera professione a pagamento;

oppure si può optare per il privato in considerazione dei tempi di attesa o dei costi.

A volte è lo stesso professionista del SSN che effettua visite in libera professione presso strutture private.

Altre volte, pur visitando in strutture private, si tratta di una prestazione in libera professione intramoenia allargata.

Sia per il cittadino sia per il Fondo diventerebbe estremamente complesso capire dove può rivolgersi e che cosa può essere sussidiato.

### **CASO DI STUDIO: CONSORZIO MUTUE SANITARIA MUSA - ADERENTE A FIMIV**

**COMPOSIZIONE EROGAZIONI SANITARIE MUTUE CONSORZIO MUSA**  
 DATI 2014 VALORI COMPLESSIVI / VALORI RIFERITI ALLA SEZIONE FONDI SANITARI ART. 51 TUIR ANAGRAFE FONDI SANITARI MINISTERO SALUTE

Valori Complessivi Attività MUTUE	Valori Sezione Fondi aziendali art 51 TUIR
1. Ticket e Differenza Retta - Prestazioni sanitarie effettuate presso il SSN o strutture private accreditate	10%
	20%

2. Attività libero professionale presso il SSN (intramoenia) <b>Ricoveri per Interventi, Visite e Prestazioni Diagnostiche</b>	28%	20%
3. Prestazioni sanitarie private a pagamento rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza,	45%	26%
4. Prestazioni sanitarie e socio-sanitarie non erogate dal SSN ed extra LEA effettuate a pagamento (rientranti nella soglia del 20% delle prestazioni vincolate per i FSI negoziali art 51 TUIR)	10%	27%
5. Altre prestazioni non erogate dal SSN e non rientranti nei LEA <i>Cure alternative, termali, agopuntura, lenti, trasporto sanitario</i>	2%	4%
6. Altre Prestazioni <b>Diarie da ricovero, Fecondazione Assistita</b>	5%	3%

TABELLA CONSORZIO MUSA: per quanto riguarda la Sezione dedicata ai Fondi Sanitari di origine negoziale art. 51 TUIR, si evidenzia come le prestazioni definibili come "duplicative" rappresentano soltanto il 26%. (I dati sono stati ricavati con metodo empirico, poiché, a differenza dei ticket, le spese per interventi e specialistica diagnostica non sono distinte tra prestazioni eseguite a pagamento presso il SSN o nel privato).

Attualmente, presso la Sezione B dell'Anagrafe dei fondi del Ministero della salute (dedicata ai Fondi di origine negoziale), sono censite solo le seguenti categorie di prestazioni integrative:

- Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
- Prestazioni finalizzate al recupero della salute
- Assistenza odontoiatrica

Come ricordato, almeno il 20% delle prestazioni erogate dai Fondi sanitari di derivazione negoziale (art. 51 TUIR) devono essere destinate alle suddette tipologie di prestazioni.

Il dato medio fornito dall'Anagrafe Fondi attesta tale percentuale mediamente al 30%.

La proposta ANIA è quella di portare tale percentuale al 50% inserendo anche le spese per ticket, le compartecipazioni e le spese per prevenzione.

Tuttavia, si ritiene opportuno concentrare maggiormente l'attenzione sui Fondi ex art. 9 D.Lgs 502/92 ("aperti" a tutta la collettività), posto che questi non devono attuare politiche di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari soggetti.

Affinché si possa sviluppare questo settore è necessario **superare l'obbligo di erogazione esclusiva di prestazioni integrative** (es. riducendole dal 100% al 50% dell'erogato).

### RISPOSTE FIMIV AI QUESITI POSTI NEL CORSO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA DELLA COMMISSIONE AFFARI SOCIALI CAMERA

**1) *Quesito relativo al "divieto per enti, imprese, aziende pubbliche di contribuire, sotto qualsiasi forma, al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi come finalità l'erogazione dell'assistenza sanitaria erogata dal SSN".***

Si osserva che si tratta della norma contenuta nella Legge istitutiva del SSN (833 / 1978) in cui tutti gli Enti mutualistici pubblici (es. INAM, INADEL, ENPDEDP) vennero sciolti e fatti confluire nel SSN. Al contempo si sanciva che **la mutualità volontaria è libera**. Solo le forme di mutualità privata volontaria, infatti, continuarono ad operare.

La richiesta di rendere cogente tale divieto, appare oggi davvero anacronistico, sia perché dopo di allora sono nati i Fondi di assistenza finanziati dai datori di lavoro - per Giornalisti CASAGIT, Dirigenti Industriali FASI, Dirigenti del Commercio FASDAC, Dipendenti telefonia ASSILT, ecc. - i quali hanno potuto beneficiare delle facilitazioni fiscali previste dal TUIR art. 48 proprio in virtù della loro natura assistenziale, sia perché le varie proposte di riforma successive (Dlgs 229/99) hanno sempre confermato l'esistenza dei Fondi integrativi del SSN prevedendo tra le fonti istitutive:

- contratti e accordi collettivi anche aziendali;
- accordi tra lavoratori autonomi e liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;
- regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali; oltre a regolamenti di onlus e **Società di mutuo soccorso**. (...).

Da ultimo, in ordine cronologico, il Decreto ministeriale 27 ottobre 2009 (decreto Sacconi) ha precisato gli ambiti di intervento per i Fondi integrativi del SSN e quelli per enti, casse, società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali di cui all'art 51 comma 2, lett. a) del DPR 917/86 TUIR.

Pertanto, assunto che:

- i Fondi di tipo mutualistico istituiti al proprio interno dalle Mutue hanno rapporti di convenzione sia con strutture pubbliche del SSN sia con quelle private autorizzate;

- normalmente non è possibile da parte dei cittadini distinguere l'origine pubblica o privata del fornitore della prestazione (i CUP possono prenotare prestazioni a carico SSN anche in strutture private accreditate);
- la libera professione intramoenia all'interno del SSN presenta costi molto più onerosi per i pazienti;
- spesso l'orientamento non è determinato dai Fondi, ma dai medici stessi che possono eseguire le prestazioni sia nel SSN che privatamente,

l'ipotesi di eliminare *tout court* i benefici fiscali di cui all'art. 51 TUIR ai Fondi sanitari che non erogano esclusivamente prestazioni integrative, penalizzerebbe gravemente non solo le Aziende, che hanno l'obbligo contrattuale di garantire l'assistenza integrativa sanitaria, ma soprattutto i lavoratori iscritti ai Fondi negoziali, che si troverebbero costretti a non poter più accedere a prestazioni sanitarie nelle strutture private, anche nei casi nei quali il SSN non è in grado di garantire cura e diagnosi tempestiva oppure a costi più elevati.

*Si pensi alle prestazioni legate alla gravidanza, alle terapie fisiche e riabilitative non sempre collegate ad una temporanea inabilità, alle visite mediche specialistiche, alla diagnostica strumentale e di laboratorio, agli interventi chirurgici.*

**2) Analogamente, appare non conforme agli interessi dei lavoratori e dei cittadini introdurre un divieto esplicito per i Fondi di cui all'art. 51 TUIR di erogare prestazioni sostitutive in quanto ricomprese nell'ambito di intervento del SSN e dei LEA.**

Le motivazioni sono le medesime del punto precedente.

Innanzitutto sembra ormai evidente il divario tra un diritto teorico all'ottenimento di una prestazione sanitaria appropriata in tempi rapidi e la concreta agibilità di tale possibilità quando ci si trova davanti a lunghi tempi attesa o all'alternativa di una libera professione assai onerosa presso i reparti del SSN.

Inoltre, se le prestazioni fruite privatamente non potessero essere più assunte o rimborsate dai Fondi sanitari (pena la perdita del beneficio fiscale a favore di azienda e dipendente) probabilmente verrebbero fruite senza alcun obbligo di rendicontazione, con probabile aumento di attività sommersa. Sotto questo aspetto i Fondi terzi paganti che rimborsano o pagano la struttura solo in presenza di una regolare documentazione di spesa sono garanti della corretta fatturazione delle prestazioni sanitarie senza la quale ci sarebbero minori entrate fiscali a favore dell'Erario.

Inoltre va chiarito che i Fondi quasi mai sussidiano o rimborsano a piè di lista: la possibilità di ricevere il rimborso della spesa medica non concorre certamente ad incrementare il ricorso a prestazioni sanitarie. Il fenomeno del Moral Hazard specie nei Fondi sanitari negoziali è davvero minimale.

**3) Fimiv esprime un totale assenso sul tema della trasparenza dei Fondi, sulla rendicontazione delle prestazioni erogate, sulla pubblicazione dei bilanci e sulla necessità di indagare che non vi siano conflitti di interesse tra i gestori dei Fondi e che li ha istituiti.**

A tal proposito evidenziamo che le Mutue sanitarie in base alle proprie specifiche disposizioni normative hanno forma giuridica di Società di Mutuo Soccorso riconosciute.

Sono registrate in CCIAA all'interno della Sezione Speciale dedicata alle Imprese sociali e nell'Albo delle Società cooperative nella sezione Società di mutuo soccorso. Depositano annualmente i propri bilanci, che sono approvati dai competenti Organi sociali i quali rendicontano con trasparenza e pubblicità l'andamento gestionale. Sono sottoposte alla Vigilanza del Ministero del lavoro che può essere esercitata dalle Centrali cooperative di appartenenza .

**Le Mutue aderenti alla FIMIV nell'ultimo anno censito 2017 hanno registrato un rapporto tra erogazioni sanitarie e raccolta contributiva pari al 78,5%. Tale percentuale indica in maniera evidente la quantità di risorse mediamente restituite agli assistiti. Al contrario per i Fondi affidati in gestione che versano la gran parte dei contributi raccolti al gestore, manca tale trasparente rendicontazione.**

Fimiv pertanto è favorevole al completamento delle disposizioni attuative dei Fondi integrativi del SSN prevedendo:

- riduzione del vincolo delle prestazioni integrative e complementari al SSN alla soglia minima del 50% dell'erogato complessivo che per la parte restante potrà essere costituito da prestazioni duplicative;
- regolamentazione delle modalità costitutive di tutti i fondi sanitari in coerenza con il divieto - prescritto dall'art. 9 D.Lgs. 502/92 - di adottare politiche di selezione del rischio, in cui si sancisca la natura non commerciale dell'ente, l'assenza di lucro, nonché l'esclusione del recesso unilaterale da parte del fondo;
- favorire l'autogestione dei Fondi;
- regolamentazione dell'affidamento in gestione dei fondi sanitari prevedendo per ciascun Fondo gestito l'obbligo da parte del gestore di presentare annualmente al Fondo e all'Anagrafe dei Fondi:
  - la rendicontazione dell'ammontare delle risorse incassate, del loro impiego in rimborsi/sussidi erogati agli assistiti e degli effettivi costi generati dal servizio di gestione;
  - la rendicontazione delle risorse non spese (avanzi), dei relativi accantonamenti (vincolati e non) e del loro effettivo impiego per rimborsi/sussidi agli assistiti del fondo gestito.

#### ***4) Per quanto riguarda l'onere finanziario complessivo riconducibile alle agevolazioni fiscali ai Fondi sanitari integrativi.***

Stime OCPS Bocconi valutano in 4,5 Miliardi l'ammontare della raccolta dei contributi ai Fondi sanitari.

Considerando che su tali contributi viene versato un contributo di solidarietà all'INPS del 10% e valutando una aliquota media del 30% su un analogo importo sottoposto a tassazione e contribuzione ordinaria, si avrebbe un valore di circa 900 milioni. Da questo importo però va detratto il 19% di spesa sanitaria rimborsata che diventerebbe detraibile. Ipotizzando una % di rimborso spese di 2 Miliardi andrebbero sottratti circa 380 Mil, per un valore netto stimabile in 500 Mil di euro.

#### ***Considerazioni ulteriori***

L'istituto della sanità integrativa è diventato un diritto contrattuale dei lavoratori.

Immaginiamo la necessità di eseguire una risonanza magnetica. Se non si possono attendere i tempi del SSN oppure si abita in una provincia dove mancano proprio le apparecchiature diagnostiche, un lavoratore che debba far ricorso all'erogatore privato può spendere da 300 a 400 €. Vale a dire che l'azienda dovrebbe erogare una quota di retribuzione lorda di 600 € per consentire al proprio lavoratore di avere a disposizione una somma netta di 300 € per pagare la prestazione.

Al contrario, un Fondo Sanitario di origine negoziale, con un costo di poco più di 100 € a carico del datore di lavoro, consentirebbe a tale lavoratore di pagare una piccola quota di circa 30 €, accedendo nella rete convenzionata per eseguire la stessa risonanza magnetica.

La possibilità di realizzare una copertura collettiva all'interno dei contratti o delle aziende consente di mutualizzare i rischi tra tutti i lavoratori e di favorire una reale e concreta integrazione al SSN quando se ne ha davvero necessità.

Mettere in discussione tale opportunità sulla base di altre valutazioni condizionate da eventuali storture derivanti dall'affidamento in gestione a soggetti lucrativi che hanno tratto ingenti profitti da tale istituto determinerebbe un arretramento dei diritti e del welfare dei lavoratori.

## Mutualità volontaria e aziendale

Tutte le forme volontarie o contrattuali che prevedono una destinazione di risorse economiche a vantaggio della previdenza sanitaria delle persone, all'estensione delle tutele e della facilitazioni di accesso alle cure e alla prevenzione, con qualità e tempestività, devono essere valutate positivamente a prescindere da chi ne sono i destinatari.

Welfare State  
SSN universale  
Mutue Volontarie Integrative  
Welfare Aziendale  
"Welfare mix"  
Welfare di comunità



## Costruire un ponte di solidarietà



- I Fondi sanitari integrativi del SSN, così come previsti dalla normativa richiamata, non sono decollati perché non sono appetibili per la gran parte dei cittadini, in quanto limitati a prestazioni integrative esclusivamente «**complementari** o **supplementari**» e non anche in qualche modo **duplicative**.
- E' interessante il tentativo realizzato dalle **Mutue** di gettare un ponte tra **Fondi chiusi negoziali** e **Fondi aperti alla generalità dei cittadini** per realizzare un processo di integrazione sanitaria che tuteli sufficientemente da un punto di vista sociale, **favorendo la partecipazione responsabile, la non esclusione** quando cessa il rapporto di lavoro, l'assenza di lucro, e promuovere una **solidarietà** intercategoriale e **intergenerazionale** fra gli aderenti alla Mutua.

### Una Risposta alla crisi del Welfare: dall'azienda alla comunità

Nella costruzione di un sistema di welfare basato su

- **partecipazione,**
- **relazioni di fiducia,**
- **collaborazione,**
- **coinvolgimento diretto dei beneficiari,**



La sfida della proposta mutualistica è proprio quella di mettere in relazione welfare contrattuale ed aziendale con il **welfare di comunità**.

Le risorse che restano a disposizione del Fondo istituito da una Mutua (*costituite dalla differenza tra contribuzione e rimborso delle spese sanitarie*) non rappresentano una disponibilità lucrativa, ma possono essere utilizzate a favore degli

altri dipendenti in attività e dei lavoratori in quiescenza, che mantengono l'adesione attraverso la contribuzione volontaria.

Solo le Mutue, infatti, non attuano politiche di selezione (*cream skimming*) e garantiscono assistenza a vita intera ai propri associati.

È importante favorire una risposta sociale ed economica ai sempre maggiori bisogni emergenti, legati all'aumento della longevità e ai maggiori costi di assistenza per la non autosufficienza.

Enti di Terzo Settore - quali le Mutue Sanitarie Integrative - con esclusive finalità di assistenza, con i loro valori, sono in grado di contribuire a garantire un elevato livello di welfare, che può costituire anche un volano di sviluppo del nostro Paese, trasformando le criticità in opportunità di crescita.