

Il valore aggiunto della sanità integrativa territoriale.

Il caso di Sani –fonds in Alto Adige

Michele Buonerba, Luca Armanaschi *

1. Il contesto

Nel corso dei primi anni duemila, anche a seguito delle importanti novità legislative introdotte nell'ordinamento italiano, i fondi sanitari integrativi di natura collettiva hanno iniziato a crescere significativamente sia in termini quantitativi che di popolazione coperta. Negli ultimi anni, infatti, si sono sempre più diffusi in Italia fondi sanitari integrativi costituiti nell'ambito di contratti nazionali di lavoro di settore (ad esempio, chimica, commercio e servizi ecc. ecc.) e di categorie professionali¹. Si tratta in genere di soggetti che assumono la veste giuridica di associazioni non riconosciute senza fine di lucro, governate da organi paritetici composti da organizzazioni sindacali e datoriali. L'obiettivo è fornire una copertura sanitaria integrativa a tutti i lavoratori il cui rapporto di lavoro è regolato da un contratto nazionale di riferimento.

Una volta costituito, un fondo sanitario integrativo per svolgere la propria *mission* organizzativa, al di là della propria genesi, deve dapprima definire le prestazioni e le condizioni in base a cui garantisce la copertura assicurativa. Quindi, per operare, deve disporre sostanzialmente di tre tipologie di servizi: i. essere autoassicurato o avere una polizza assicurativa collettiva per cui ci si può rivolgere sia a un broker sia direttamente a una compagnia assicurativa; ii. gestire il processo di presa in carico e di liquidazione della pratica con le relative attività di monitoraggio e verifica delle condizioni di accesso; iii. sempre più spesso, mettere a disposizione dei propri assistiti una rete di strutture convenzionate che garantiscono tariffe al di sotto di quelle di mercato. Tutte queste attività possono essere gestite direttamente dal fondo sanitario

*Michele Buonerba è segretario generale dell'USR SGBICISL Alto Adige, il sindacato più rappresentativo del territorio e vice presidente di Sani – fonds.

Luca Armanaschi è un economista sanitario, attualmente direttore dell'unità per lo sviluppo clinico e strategico e coordinatore del Nucleo aziendale di Valutazione delle prestazioni sanitarie (Nuvass) presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Membro del Consiglio di Amministrazione di Sani – fonds.

¹ Non sono, tuttavia, disponibili al momento dati relativi al numero di contratti di lavoro nazionali che hanno previsto in sede di rinnovo anche la costituzione di un fondo sanitario integrativo. Tuttavia, in base a delle elaborazioni svolte da RBM Salute su dati ANIA, si stima che la popolazione coperta da una forma di sanità integrativa in Italia sia passata da quasi sei milioni nel 2010 a poco più di undici milioni nel 2015. Marco Vecchietti, Un secondo pilastro in sanità: sostenibilità SSN, benchmark europeo e nazionale, multicanalità e alleanza pubblico-privato, Welfare Day VI Edizione, Roma 8 giugno 2016.

integrativo oppure esternalizzate *in toto* oppure solo una parte di esse. La prima opzione può risultare assai complessa in quanto richiede rispettivamente la capacità e la disponibilità di autoassicurarsi, le competenze per la stipulazione di convenzioni e la manutenzione della rete di strutture coinvolte, le risorse per gestire il processo di liquidazione. L'esternalizzazione a soggetti terzi consente soprattutto a un fondo appena costituito di superare le carenze di risorse, competenze, informazioni necessarie. Questa soluzione organizzativa richiede tuttavia anch'essa una certa esperienza e una prospettiva chiara della *mission* che si vuole attribuire al neonato ente. Il caso della costituzione e dell'organizzazione del SANI-Fonds della provincia autonoma di Bolzano rappresenta un efficace esempio delle decisioni e delle soluzioni che possono essere adottate e come tali scelte siano a loro volta determinanti nel definire il profilo e il ruolo del fondo nel sistema sanitario. Si tratta in altri termini dell'opportunità di aprire la scatola nera di un fondo sanitario integrativo e leggere il suo contenuto alla luce di una scelta assai forte ossia assumere quale elemento determinante la propria configurazione e la necessità di rispondere alle esigenze di un determinato territorio.

2. La sanità integrativa oggi in Italia

La sanità integrativa è oggi in Italia sostanzialmente di natura collettiva, ossia riconducibile a realtà aziendali oppure a contratti nazionali di lavoro. In altri termini, l'accesso a questo tipo di servizio è legato all'assunzione in un'azienda o alla sottoscrizione di un contratto di lavoro regolato a sua volta da un contratto nazionale. In base al decreto del Ministero della Salute del 31/3/2008 (Decreto Turco) e al decreto del Ministero della Salute del 27/10/2009 (Decreto Sacconi), si vincola la deducibilità fiscale dei contributi per gli assistiti dai fondi negoziali alla destinazione di almeno il 20% delle proprie risorse alla copertura di assistenza odontoiatrica e a persone non autosufficienti, oltre all'iscrizione all'anagrafe dei fondi sanitari integrativi preso il Ministero della Salute². In particolare, a quest'ultima, dai dati disponibili ad oggi, risultano iscritti 286 fondi nella sezione dedicata ai soggetti collettivi di cui il 33% ha avuto un'origine negoziale, il 43% è stato costituito nell'ambito di contratti aziendali, il 3% è composto da casse edili e infine il 20% è rappresentato dalle società di mutuo soccorso³. E' da specificare che queste ultime possono anche operare in un regime cosiddetto *aperto*

² Dal punto di vista del trattamento fiscale i fondi di natura collettiva sono regolati dall'articolo 51 del Testo Unico sull'Imposta dei Redditi (TUIR).

³ Osservatorio sui fondi e mutue sanitarie Prime evidenze e confronto con l'anagrafe, Roma, Campus Biomedico, 14/6/2015.
<http://www.valoresrl.it/osservatori/> (ultimo accesso 25 giugno 2016).

in quanto anche singoli cittadini vi si possono associare⁴, essendo in tal caso soggetti ad una normativa fiscale diversa⁵. Infine, una realtà non ancora particolarmente diffusa, ma sicuramente interessante riguarda i fondi territoriali generalmente promossi da istituzioni pubbliche o da associazioni di categoria locali. E' questo il caso di SANI-Fonds, in cui le condizioni di iscrizione si incrociano: la sottoscrizione di un contratto nazionale per le imprese artigiane e la residenza in un determinato territorio come nel caso della provincia di Bolzano.

3. Il contesto territoriale

Per comprendere il caso di Sani-Fonds è necessario ricostruire appunto il contesto territoriale e organizzativo in cui è stato costituito.

Per quanto riguarda il territorio, si tratta della provincia di Bolzano ove vivono poco più di 500.000 abitanti. Popolazione in cui, seppure con connotazioni meno marcate rispetto al resto d'Italia, è in atto un inesorabile processo d'invecchiamento: nel corso dell'ultimo trentennio l'indice di vecchiaia è infatti raddoppiato⁶ nonostante un tasso di fertilità (1,73 figli per donna) superiore alla media nazionale. Tutto ciò ha condotto, come vedremo in seguito, a considerare quale strumento per arginare l'impatto dell'invecchiamento della popolazione sui bilanci pubblici, lo sviluppo del progetto della sanità integrativa territoriale per tutta la popolazione residente.

L'Alto Adige, grazie anche alla speciale autonomia amministrativa concessa dallo Stato nell'ambito della tutela delle minoranze linguistiche, è oggi un territorio con un reddito pro capite che lo colloca sia ai vertici nazionali che europei⁷ e nel quale si riscontra mediamente un elevato livello di qualità della vita⁸. Beneficia inoltre di un consistente gettito fiscale per tributi sia propri che definiti in

⁴ Ad oggi, solo i fondi sanitari esclusivamente integrativi del SSN (copertura del ticket e dell'intramoenia oltre alle prestazioni al di fuori dei LEA) oppure le società di mutuo soccorso di fatto consentono l'associazione di un singolo cittadino a questo tipo di soggetti, in alternativa alla sottoscrizione di polizze assicurative individuali. E' da rilevare che attualmente i fondi sanitari esclusivamente integrativi del SSN in Italia sono estremamente pochi.

⁵ Cfr. TUIR 1986 art. 15, c. 1, lett. i-bis prevede che dall'imposta lorda si detragga il 19% dei contributi associativi, per importo non superiore a 1291,14 €, versati dai soci alle società di mutuo soccorso

⁶ Annuario ASTAT 2014 Provincia Autonoma di Bolzano

⁷ A fronte di un dato medio nazionale di 26.400 euro, nel territorio della Provincia Autonoma di Bolzano siamo arrivati a 39.700 euro. Centro Studi CNA su dati Eurostat 2016.

⁸ Rilevazione 2015 del quotidiano "Il sole 24 Ore" mettendo in relazione: tenore di vita, servi e ambiente, affari e lavoro, ordine pubblico, popolazione e tempo libero.

ambito nazionale⁹. Grazie alle citate competenze amministrative, in provincia di Bolzano viene garantita un'assistenza sanitaria capillare sul territorio¹⁰. Pur tuttavia, per la prima volta dal 1972¹¹, la spesa sanitaria è stata recentemente oggetto, non senza polemiche con la popolazione della periferia dove sono ubicati gli ospedali minori, di revisione.

D'altro canto, in un territorio sostanzialmente ricco come quello altoatesino, il rischio è di rendere invisibili le povertà¹², non attribuendo il corretto peso all'aumento delle disuguaglianze¹³ anche in relazione alle spese private per la salute. Esse, in misura sempre maggiore, gravano sulle famiglie con il rischio concreto di esclusione, ovvero di non accesso a prestazioni erogate di fatto in regime di sanità privata.

Infine, ma non per importanza, in questo territorio vivono due minoranze linguistiche: quella tedesca e quella ladina, con differenze di natura culturale tra le diverse comunità linguistiche. L'implementazione delle politiche pubbliche e conseguentemente la spesa sanitaria pubblica, hanno risentito anche di questi aspetti. Fino al 2007 esistevano 4 ASL autonome e ancora oggi esistono dei comprensori con una rilevante capacità gestionale ed organizzativa. La scarsa economia di scala, soprattutto nelle politiche di acquisto, ha contribuito a determinare il raddoppio della spesa in poco più di 10 anni¹⁴.

4. IL PROGETTO DELLA SANITA' INTEGRATIVA TERRITORIALE E LA NASCITA DI SANI - FONDS.

La progettazione di SANI-Fonds nasce dalla constatazione di una serie di evidenze circa il mondo della sanità integrativa in Italia. La prima riguarda la mancanza di una strategia precisa a livello nazionale e regionale rispetto al rapido processo di costituzione di nuovi fondi sanitari integrativi avvenuta nel corso degli anni Duemila e in particolare nel caso di quelli di origine negoziale. L'apparente mancanza di una strategia comune è probabilmente legata a sua volta alla scelta di continuare ad assecondare le logiche novecentesche della categoria merceologica, incentivando di fatto un sistema di

⁹ Alla Provincia Autonoma di Bolzano, a solo titolo di esempio, lo Stato restituisce i 9/10 del gettito IRPEF e i 7/10 di quello IVA. IRAP e IRES sono tributi propri.

¹⁰ La rete ospedaliera si articola su sette presidi ospedalieri e 20 distretti sanitari. L'autonomia gestionale è regolata dalla L 724/1994.

¹¹ Entrata in vigore del Secondo Statuto di Autonomia.

¹² Rapporto Caritas Alto Adige 2016.

¹³ L'indice di Gini 2014 era pari a 0,25 (media nazionale 0,293).

¹⁴ Tra il 2001 e il 2013 la spesa sanitaria è passata da circa 680 a 1.120 milioni all'anno. Gli extra LEA rappresentano una spesa di 47,8 milioni (il 3,9% della spesa totale – bilancio 2015).

sanità integrativa frammentato che sembra spesso favorire più i gestori che non i fruitori delle prestazioni¹⁵. Ad esempio, le assicurazioni da cui sono acquistate le polizze collettive di fatto contribuiscono a determinare in modo piuttosto incisivo il nomenclatore del fondo, offrendo spesso di loro iniziativa, un sistema di compartecipazione al rischio denominato “profit sharing”. Per semplicità, il rapporto premi/sinistri è così favorevole alle assicurazioni che si possono permettere la restituzione di una parte di quanto loro incassato con i soldi derivanti dalla contrattazione collettiva¹⁶.

Partendo da quest’analisi, nel 2009 si è focalizzata l’attenzione sulla progettazione di un sistema territoriale che fosse trasversale rispetto alle categorie contrattuali e, allo stesso tempo, effettivamente integrativo della sanità pubblica locale¹⁷. Una sorta di sistema universalistico integrativo territoriale al quale far aderire lavoratori pubblici e privati in alternativa al sistema dei fondi nazionali. Il vantaggio era evidente: la maggioranza delle prestazioni offerte dal sistema nazionale rappresentava una duplicazione di quelle offerte della sanità pubblica locale. Conseguentemente una parte consistente delle prestazioni non venivano richieste dagli iscritti ai fondi contribuendo all’aumento dei profitti delle compagnie. Inoltre, grazie alle competenze derivanti dallo Statuto di Autonomia, al sistema avrebbero potuto aderire anche i dipendenti degli enti locali. Attraverso un sistema parallelo di tipo mutualistico, ma con una gestione amministrativa condivisa, si era pensato all’implementazione di un fondo da offrire al resto della popolazione priva di un rapporto di lavoro subordinato.

Ad aprile 2012 sono stati firmati 3 avvisi comuni tra tutte le parti sociali presenti sul territorio provinciale di Bolzano. Si è trattato di pre - accordi attraverso i quali tutte le parti sociali del territorio¹⁸ hanno manifestato l’intenzione di costituire il fondo territoriale chiuso, riservato ai dipendenti, uno aperto (nella forma di società di mutuo soccorso) per il resto della popolazione e infine un documento da mandare a Roma a tutti i soggetti di rappresentanza collettiva stipulanti i CCNL. Successivamente, alcune delle parti sociali sottoscrittrici dei sopra citati documenti, ritennero non più percorribile un sentiero che le avrebbe portate ad uscire dal sistema nazionale per destinare le risorse a quello locale.

¹⁵ Rapporto Censis 2015.

¹⁶ In media il rapporto premi/sinistri oscilla tra il 9 e il 14% e pertanto oltre l’80% delle risorse destinate dalla contrattazione alla sanità integrativa vengono incassate dalle compagnie di assicurazione.

¹⁷ Istat 2013 spesa nazionale pro capite 1.873 euro/anno. Provincia Autonoma di Bolzano 2.199 euro/anno).

¹⁸ 14 associazioni d’impresa e 4 confederazioni sindacali.

Il 2013 è stato l'anno di avvio dell'attività di SANARTI, il fondo nazionale del comparto dell'artigianato. Assieme alle associazioni artigiane locali, le organizzazioni sindacali territoriali hanno così deciso di provare a costituire un fondo locale prima che iniziasse l'attività di quello nazionale. Nell'intenzione delle organizzazioni fondatrici¹⁹, "Sani – Fonds" avrebbe dovuto rappresentare la prima pietra sulla quale costruire poi un sistema generale nelle modalità descritte. Per questa ragione è stata scelta una denominazione, volutamente generica e senza nessun riferimento al comparto artigiano.

Il fondo fu costituito ed avviato in poche settimane durante l'estate.

Emerse, quindi la necessità di costituire e rendere operativo molto velocemente il nuovo fondo prima dell'avvio dell'attività del fondo nazionale SANARTI, in modo da garantire la decorrenza delle prestazioni per l'inizio di agosto 2013: da quella data le imprese, che non si erano iscritte a SANARTI dietro nostra indicazione, avrebbero rischiato di dover pagare direttamente le richieste di sinistro ai loro dipendenti. Questo vincolo temporale ha comportato l'affidamento a consulenti esterni di predisporre il nomenclatore quali, a differenza di quanto atteso, proposero di coprire prestazioni sostanzialmente simili a quelle già in essere per i fondi nazionali. Sempre su indicazione dei consulenti, per la gestione delle anagrafiche degli assistiti si stipulò con una società esterna un contratto risultato poi eccessivamente oneroso. Per queste ragioni, a fronte di un contributo contrattuale versato dalle imprese per conto dei loro dipendenti statuito in 125,00 euro all'anno, si decise, in via prudenziale, di pagare un premio annuale all'assicurazione di 80,00 euro. Altri 10,00 euro furono destinati alla citata gestione delle anagrafiche. I restanti 35,00 euro sono rimasti per il pagamento dei costi di struttura. Le soluzioni proposte dai consulenti esterni sono state il primo segnale della difficoltà di riuscire a percorrere una strada alternativa a quanto ormai accettato e consolidato. Questi primi riscontri sono stati poi confermati dall'esperienza del bando di gara successivamente indetto per la determinazione del pacchetto di prestazioni coperte e della relativa polizza assicurativa.

Uno dei problemi comuni ai fondi sanitari, ma anche a quelli di previdenza integrativa, è rappresentato dalla verifica dei versamenti e dei loro autori. Normalmente abbiamo una quota di aziende che versano la propria contribuzione, ma non inviano correttamente le anagrafiche al fondo. Si riscontra pure il fenomeno inverso, che vengano inviati i dati inerenti l'anagrafica aziendale senza il versamento della relativa contribuzione al fondo. In entrambi i casi gli

¹⁹ LVH/APA Confartigianato imprese, CNA/SHV e CGIL/AGB, SGBICSL, UIL/SGK e ASGB (quest'ultima, organizzazione sindacale territoriale)

iscritti non entrano in copertura e pertanto rischiano di non aver diritto alla prestazioni.

A fronte di ciò, per riuscire a standardizzare le procedure, venne posta grande attenzione alla costituzione di una rete di relazioni con i consulenti del lavoro presenti sul territorio, i quali spesso sostituiscono i datori di lavoro nell'espletamento di tali pratiche. Al fondo sono infatti iscritti i dipendenti di imprese artigiane, spesso molto piccole, per le quali gli oneri burocratici non sono sempre assolti nei tempi stabiliti. Proprio attraverso la relazione con i consulenti del lavoro il numero delle procedure burocratiche incomplete è stato ridotto a meno del 10%. Per ~~a~~ tendere al 100% delle procedure complete si è introdotta la facoltà di utilizzare il modello *SDD core* i costi delle transazioni bancarie²⁰. Per le aziende i costi si azzerano perché non pagano il bonifico bancario, per il fondo, a fronte di un costo molto basso, si determina la certezza del flusso economico e si risale in modo semplice all'autore dei versamenti. Il risultato ottenuto è stato eccellente e ormai il 98% delle aziende versa regolarmente la propria contribuzione nella modalità definite dagli accordi collettivi.

Nei prossimi mesi verrà sottoscritta una convenzione tra la Provincia Autonoma di Bolzano e l'Agenzia delle Entrate per l'utilizzo del modello F24 relativamente ai fondi sanitari con sede legale nel territorio²¹. Con questo strumento si otterrà da un lato la certezza integrale del flusso economico e dall'altro un'ulteriore riduzione dei costi di gestione.

5. LA PRIMA GARA PER LA GESTIONE DEL NOMENCLATORE.

Per definire il pacchetto di prestazioni e delle relative condizioni di accesso insieme alla rispettiva copertura assicurativa sono state invitate a presentare un'offerta diverse assicurazioni e una società di mutuo soccorso. Nel bando vi era solo un generico riferimento alla volontà di avere prestazioni integrative della sanità pubblica provinciale. Il risultato finale non è stato soddisfacente. La società di mutuo soccorso aveva previsto uno schema di nomenclatore non coerente con la richiesta. La gara vera e propria si è così svolta tra 2 assicurazioni specializzate nel ramo salute. Entrambe hanno proposto un ventaglio ampio di prestazioni in molti ambiti della disciplina medica. L'aver chiesto a loro di presentare un'offerta, con il senno di poi, è risultato un errore. Allo stesso tempo però è stato utile per capire come impostare la trattativa che il Fondo avrebbe avviato 2 anni più tardi. A solo titolo di esempio si cita l'indennità per non

²⁰ Attraverso questo strumento il debitore autorizza il creditore al prelievo automatico dal proprio conto corrente della cifra contrattualmente stabilita.

²¹ La legge di stabilità provinciale per il 2016 ha previsto il finanziamento della convenzione con l'Agenzia delle Entrate.

autosufficienza temporanea: in fase di gara le 2 assicurazioni hanno rialzato più volte la loro offerta in relazione a questa prestazione. Sapevano che il rischio di pagare tale sinistro a persone in età lavorativa e non a seguito d'infortunio, era praticamente nulla. Allo stesso tempo, nell'ambito dell'odontoiatria, veniva offerto il pagamento della sola visita e dell'ablazione del tartaro. In questo ambito, essendo il rischio di pagare sinistri molto elevato l'offerta era limitata e quindi non appetibile da parte degli iscritti.

Per le ragioni sopra esposte, il primo contratto diede risultati deludenti dal punto di vista del rapporto premi pagati/prestazioni erogate. In base al report fornito dal contraente che ha poi ricevuto l'incarico di gestire il nomenclatore, il risultato è stato il seguente:

5.08.2013 – 31.07.2014	10,00 %
5.08.2014 - 31.07.2015	14,80%

Questo dato, decisamente negativo, conferma che, in assenza di prestazioni appetibili per gli iscritti, l'attività dei fondi sanitari finisce per diventare uno strumento di elevato profitto per le assicurazioni.

Uno degli aspetti sottovalutati fu anche quello delle strutture sanitarie convenzionate con il fondo. In quelli nazionali sono spesso previste condizioni di rimborso diverse a seconda che sussista o meno la convenzione con la compagnia di assicurazione aggiudicataria della gestione del nomenclatore. In Alto Adige, soprattutto grazie all'offerta capillare e quantitativa della sanità pubblica, il mercato privato è al momento poco più che residuale. Le convenzioni per gli iscritti si sono rilevate uno svantaggio notevole soprattutto per il fatto che la maggioranza di queste strutture era ubicata fuori dal centro urbano capoluogo di provincia²².

Nella fase di gara, altro aspetto sottovalutato, almeno parzialmente, fu rappresentato dalle clausole generali di polizza. Si tratta di una serie di casistiche che, se verificatesi nella fase precedente l'insorgere della patologia, avrebbero escluso l'assistito dal diritto alle prestazioni. Una di esse, forse quella più limitante, prevedeva la perdita del diritto all'indennizzo nel caso in cui l'iscritto avesse praticato sport estremi citati, solo a titolo di esempio e quindi con criteri non esaustivi²³. La genericità delle dizioni proposte e poi sottoscritte, se applicate alla lettera, avrebbero reso la maggioranza dei sinistri non indennizzabili. Nella fattispecie si è avuto solo un limitato numero di casi per i quali si è aperto un contenzioso con la compagnia, ma anche da questa esperienza si è tratto spunto per la stesura del bando predisposto nel 2015.

²² La maggioranza degli iscritti è residente negli altri comuni della provincia.

²³ Nella nuova versione del nomenclatore le condizioni generali di polizza sono state inserite nel bando di gara e i concorrenti erano vincolati al loro rispetto pena l'esclusione dal procedimento.

L'obiettivo strategico è sempre stato quello di cercare di ottenere il massimo possibile per gli iscritti al fondo. Per ottenere un risultato di questo genere era necessario che fosse il Fondo a presentare alle assicurazioni un capitolato dettagliato *cucito su misura* in base alle peculiarità territoriali ed alle proprie esigenze. Per raggiungere questo obiettivo sarebbe stato necessario analizzare nel dettaglio le prestazioni pubbliche offerte dal sistema sanitario provinciale a titolo gratuito o di compartecipazione alla spesa, e quelle non comprese nel prontuario provinciale o di fatto fruito di fatto in ambito privato dalla maggioranza della popolazione. E' risultato pertanto strategico collaborare con l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige nella persona del responsabile dell'unità per lo sviluppo clinico e strategico presso la direzione sanitaria, oltre che coordinatore del Nucleo Aziendale di Valutazione dell'Assistenza Sanitaria. Già nel corso del 2014 si è iniziato ad impostare il lavoro propedeutico all'appalto bandito poi nei primi mesi del 2015.

6. LA RETE DI INFOPOINT PRESSO LE SEDI DELLE PARTI SOCIALI PROMOTRICI.

Uno degli aspetti fondamentali per la promozione e la gestione di un neonato fondo sanitario territoriale è quello di avere la possibilità per gli iscritti di acquisire informazioni e di presentare le richieste di sinistri in luoghi vicino alla propria residenza e al proprio posto di lavoro. Da qui la decisione che ogni sede delle parti sociali disponibile diventasse un "Infopoint" per gli iscritti a Sani – fondi²⁴. Già nei primi mesi di attività, questo ha permesso di avere una presenza capillare sul territorio, e l'organizzazione di corsi di formazione con gli operatori sindacali segnalati dalle singole organizzazioni. Per essi è stato predisposto un software attraverso il quale poter verificare la presenza in copertura dell'iscritto ed eventualmente inoltrare direttamente la richiesta di rimborso.

In questo ambito si è creata un'applicazione per smartphone²⁵ che permettere agli iscritti di gestire direttamente la relazione con il fondo. Probabilmente anche a causa della scarsa dimestichezza con lo strumento da parte di molti associati, al momento non vi è il ritorno sperato rispetto a questa innovazione tecnologica.

7. LA RIDUZIONE DEI COSTI DI GESTIONE E LA PREDISPOSIZIONE DI UN NOSTRO NOMENCLATORE.

Alla fine dell'estate del 2014 si è iniziato ad impostare il lavoro che sarebbe stato svolto nei mesi successivi. L'obiettivo era quello di

²⁴ Attualmente Sani-fonds ha infopoint a: Bolzano, Egna, Merano, Bressanone e Brunico presso le sedi di tutte le parti promotrici: APA/LVH Confartigianato imprese, CNA/SHV, ASGB, SGBICISL, UIL/SGK e CGIL/AGB.

²⁵ Sia su apple che su android è facilmente scaricabile inserendo nel motore di ricerca il nome del fondo.

utilizzare al meglio le risorse disponibili ancora ferme a 125,000 euro all'anno per lavoratore.

In primo luogo andavano ridotti i costi di gestione e per questa ragione ci si è rivolti all'EBAV²⁶ e a SAN.IN.VENETO²⁷ che avevano già da tempo scelto di gestire direttamente le anagrafiche degli iscritti. Con loro è stata stipulata una convenzione grazie alla quale è stata sostituita la società che onerosamente gestiva le anagrafiche. L'oggetto del contratto con gli enti del Veneto prevede l'aggiunta degli iscritti della provincia di Bolzano. In questo sono stati ridotti di quasi il 75% i costi sostenuti precedentemente e questo risparmio ha permesso poi di proporre le quotazioni delle prestazioni a 90,00, 100,00 e 110,00 euro all'anno²⁸. In base alla qualità dell'offerta avremmo poi scelto quale livello di premio pagare.

Ottenuta la certezza rispetto alla gestione delle risorse a disposizione, è stata impostata la gara inerente la gestione del nomenclatore per il periodo 1.8.2015 – 30.7.2017, sulla base dei seguenti criteri:

- *Evitare le duplicazioni con le prestazioni offerte gratuitamente, o in compartecipazione alla spesa, da parte della sanità pubblica altoatesina.* Prima della predisposizione del bando, il Fondo ha suddiviso in 3 classi il fabbisogno espresso dalla popolazione locale di prestazioni sanitarie in relazione all'offerta dell'ASL: quelle garantite gratuitamente dal sistema pubblico locale, quella garantite previa compartecipazione alla spesa e quelle escluse dai LEA provinciali. Le prime sono state escluse dalla proposta di offerta. Le seconde prevedendo il rimborso integrale della spesa sostenuta dall'assistito (ticket) e le terze quelle non coperte o coperte, ma di fatto fruite in regime privato dalla cittadinanza²⁹. Si è così deciso di aggiungere anche alcune prestazioni previste dal sistema sanitario provinciale, ma onerose per i cittadini³⁰. La fase successiva di questo lavoro preliminare consisteva nella pesatura delle aree di interesse.
- *Un ventaglio ampio di prestazioni. Quante veramente fruibili dagli iscritti? Con quale grado soddisfazione?* Come descritto in precedenza, era molto ampio il ventaglio di prestazioni offerto nel nomenclatore dalla compagnia che si è aggiudicata il primo bando e la medesima cosa può dirsi per

²⁶ Ente Bilaterale artigiano Veneto

²⁷ Il fondo sanitario regionale costituito con le medesime modalità di SANI-FONDS.

²⁸ Alla fine, per ragioni che illustreremo più avanti, abbiamo optato di pagare un premio di 90,00 euro.

²⁹ Odontoiatria, oculistica, ginecologia, diagnostica e fisioterapia

³⁰ A solo titolo di esempio: cura della maculopatia, fisioterapia non da infortunio e parte della ginecologia.

il gruppo concorrente nella gara. Tuttavia, l'esperienza fatta ha evidenziato l'importanza per il Fondo di verificare l'effettiva integrazione con la sanità pubblica locale e le frequenze delle prestazioni offerte sia sulla generalità della popolazione che da parte di altri enti bilaterali comparabili³¹.

- *Quali prestazioni avrebbero dovuto pesare maggiormente nella decisione finale.* Gli iscritti al Fondo sono persone attive e pertanto si è deciso di dare maggior peso alle prestazioni più richieste nella fascia di età 14 – 64 anni³². Particolare attenzione è stata posta anche alle mansioni dei lavoratori iscritti considerando anche le differenze di genere³³. La maggioranza sono infatti di sesso maschile e svolgono lavori manuali. Le prestazioni che abbiamo ritenuto essere strategiche nel nomenclatore del Fondo, in ordine di importanza, erano le seguenti: odontoiatria (20%), oculistica (15%), fisioterapia, riabilitazione e prestazioni terapeutiche (12,5%) e visite specialistiche effettuate al di fuori del ricovero (10%). Questi 4 ambiti rappresentavano oltre il 50% del nomenclatore richiesto perché sono prioritari per gli iscritti. Un'attenzione particolare è stata posta alle prestazioni afferenti la sfera della malattie croniche.

- *Modalità di richiesta dell'offerta.* Per tutte le prestazioni è stata fatta una ricerca di mercato per quanto attiene ai costi sostenuti dagli utenti in Alto Adige. Alle società partecipanti al nuovo bando, è stato chiesto di quotare ogni singola prestazione senza che da parte del fondo fosse data alcuna indicazione né sul peso attribuito né sui prezzi.

- *Strutture convenzionate e non convenzionate.* Facendo tesoro dell'esperienza maturata nel corso dei primi 2 anni è stato inserito nel bando di gara il vincolo di garantire le medesime tariffe di rimborso per tutte le prestazioni fruite dagli iscritti indipendentemente dal fatto che esse appartenessero o meno a reti convenzionate con le compagnie di assicurazione. Il mancato rispetto di questa

³¹ Per le frequenze delle prestazioni odontoiatriche abbiamo preso a riferimento i dati forniti dalla Cassa Edile della Provincia Autonoma di Bolzano che era comparabile in relazione sia in merito alla tipologia di prontuario offerto che per analogia antropologica degli assicurati.

³² In Alto Adige è diffuso, soprattutto nell'ambito dell'artigianato, l'apprendistato di 1° livello che prevede l'alternanza scuola – lavoro ad iniziare dalla fine della scuola media.

³³ Il 93% del totale degli iscritti sono di sesso maschile-

clausola avrebbe comportato l'esclusione dalla competizione.

- *L'offerta immutabile.* All'atto dell'apertura delle buste, avvenuta alla presenza del Consiglio di Amministrazione, nessuna compagnia avrebbe potuto rilanciare l'offerta. Questo ha sancito il principio della massima trasparenza nella gestione della procedura di selezione del contraente.

Di seguito riportiamo lo schema adottato per impostare la gara tra le diverse compagnie di assicurazione.

AREA	Lavoratore assicurato Peso in %
A. Area ricovero	 5 %
B. Area ambulatoriale	
B.1. Visite specialistiche effettuate al di fuori del ricovero	10 %
B.2. Chirurgia ambulatoriale	5 %
B.3. Diagnostica per immagini e di laboratorio e prestazioni terapeutiche	10 %
B.4. Fisioterapia, riabilitazione e prestazioni terapeutiche	12,5%
B.5. Oculistica	15 %
B.6. Odontoiatria	20 %
B.7. Ginecologia	0 %
B.8. Urologia	2,5 %
B.9. Dermatologia	7,5 %
B.10. Allergie	2,5 %
B.11. Dispositivi - Presidi	2,5 %
C. Assistenza transfrontaliera	5 %
D. Stati di non-autosufficienza temporanea	0%
E. Protocollo assistenza	
E.1. Consulenza medica di alta specializzazione	
E.2. Guardia medica e assistenza domiciliare di urgenza	2,5 %
E.3. Secondo parere medico	
E.4. Tutoring	
E.5. Supporto psicologico telefonico	
E.6. Doctor online	
E.7. Prestazioni a tariffe agevolate	
Totale pesi	100 %

I pesi delle diverse prestazioni richieste sono stati definiti in relazione all'esperienza maturata nei primi due anni di gestione del fondo, alle coperture della sanità pubblica ed alle frequenze registrate sia sull'universo che su alcune particolari tipologie di lavoratori.

Come si potrà notare l'area ambulatoriale rappresenta quella fondamentale per i nostri associati. Le ragioni sono da ricondurre innanzitutto alla spesa out-of-pocket³⁴ e in secondo luogo alla durata delle liste di attesa per le prestazioni offerte dalla sanità pubblica. Quanto maggiore era la durata dell'attesa rilevata in base ai dati dell'ASL, tanto maggiore è stato il peso attribuito alla prestazione richiesta a rimborso alla compagnia assicurazione per prestazioni fruite in regime privato.

A differenza del 2013, lo stato di non autosufficienza temporanea è stato considerato totalmente irrilevante. Se la compagnia lo avesse offerto sarebbe stato inserito, ma non avrebbe inciso sulla competizione.

Lo schema delle prestazioni adottato ha ricalcato a grandi linee quello che ci era stato presentato in precedenza. In questo modo avremmo agevolato la presentazione delle offerte, ma soprattutto reso facilmente comparabili le stesse.

8. ANDAMENTO E CONCLUSIONE DELLA TRATTATIVA.

Fino dall'apertura delle buste si era compreso che decisiva per l'assegnazione del servizio sarebbe stata l'odontoiatria. Il peso ad essa attribuito non era l'unico fattore determinante, ma andava tenuto presente anche il fatto che si sarebbe trattato della prestazione più richiesta dagli iscritti. Per questa ragione, dopo 2 anni di offerta non soddisfacente, si voleva massimizzare il beneficio per gli associati.

Il metodo adottato per paragonare tra loro le offerte è stato quello di attribuire ad ogni singola voce del prontuario proposto un valore tra 0 a 3. Quanto più vicina sarebbe stata l'offerta rispetto ai valori economici che avevamo definito durante la stesura della nostra proposta, tanto maggiore sarebbe stato il punteggio attribuito all'offerta dell'assicurazione. Ogni valutazione è stata poi rapportata al peso percentuale precedente stabilito e pertanto la migliore offerta in un ambito per noi rilevante avrebbe pesato di più sull'esito del confronto (metodo della ponderazione).

In secondo luogo fu deciso, dopo aver visto le diverse offerte a 90,00 – 100,00 e 110,00 euro, che avremmo preso in considerazione solo

³⁴ Il 93% della popolazione altoatesina si rivolge a strutture private per la spesa odontoiatrica.

quella da 90,00 euro³⁵. Le differenze pervenute rispetto ai diversi valori del premio non erano significativamente rilevanti. Quei denari si sarebbero potuti investire in altre attività. Tra queste certamente la promozione dello stesso fondo attraverso l'aumento dei servizi agli iscritti.

Area	Assicurazione A	Assicurazione B
RICOVERO 5%	3,33	5,00
VISITE SPECIALISTICHE 10%	10,00	3,33
CHIRURGIA AMBULATORIALE 5%	5,00	1,67
ACCERTAMENTI / TERAPIE	10,00	6,67
FISIOTERAPIA 12,5%	12,50	4,17
VISITE OCULISTICHE E LENTI 7,5%	7,50	5,00
CHIRURGIA REFRAATTIVA 2,5%	2,50	7,50
ODONTOIATRIA 20%	6,67	20,00
UROLOGIA 2,5%	2,50	0,83
ALLERGIE 2,5%	2,50	0,00
DISPOSITIVI/PRESIDI 2,5%	2,50	1,67
DERMATOLOGIA 7,5%	7,50	2,50
ASSISTENZA SANITARIA (non richiesta, ma valutata)	0,00	5,00
SECONDA OPINIONE 2,5%	2,50	2,50
Totale 100,00%	75,00	65,83

Come si può evincere dalla tabella sopra riportata, l'assicurazione "A" ha evidenziato il maggior punteggio complessivo, nonostante il contenuto valore offerto per l'area odontoiatrica rispetto all'assicurazione "B".

L'assicurazione "B" aveva offerto una prestazione complessiva pari a 300,00 euro/anno per assistito, ma senza tariffario e indicando il diritto all'implantologia solo nel caso in cui vi fossero almeno 3 denti da reinserire nell'arco dello stesso anno solare.

L'assicurazione "A" aveva offerto ogni singola prestazione attraverso un tariffario molto complesso. La differenza era consistita nell'offerta relativa all'implantologia offerta dal primo dente da reinserire, ma con un massimale annuo di 2.000 euro.

³⁵ Il nomenclatore completo è scaricabile dal sito. www.sani-fonds.it

L'assegnazione del bando ha richiesto diverse sedute del consiglio di amministrazione. Erano emerse intatte divergenze rispetto alla valutazione da dare alle offerte. Anche in relazione all'unico elemento di comparazione esistente³⁶ erano state valutate le frequenze rispetto alla spesa finale che, in base ad esse, sarebbe stata sostenuta dalla compagnia vincente. Nonostante l'evidenza che in questo ambito era a favore della compagnia "B" il consiglio a maggioranza³⁷ ha scelto la compagnia "A" sostenendo che il valore dell'implantologia era di gran lunga superiore al resto delle prestazioni.

Nei primi 6 mesi di applicazione del nuovo nomenclatore, pur in assenza di una vera campagna di promozione che è stata prevista per l'autunno del 2016, il rapporto premi/sinistri è passato dal 14,8% della precedente annualità al 51,1%. Questo dato conferma che la strategia perseguita era quella giusta: una sanità integrativa territoriale effettivamente integrativa di quella pubblica locale determina una maggiore fruibilità delle prestazioni da parte degli iscritti al fondo.

9. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE.

Gli autori esprimono da un lato un rammarico per quello si sarebbe potuto ottenere, ma dall'altro una grande soddisfazione per il fatto che il metodo adottato ha permesso un rilevante miglioramento di tutto il piano sanitario offerto agli aderenti al fondo.

Consideriamo il nostro Fondo un "work in progress" è pertanto necessario migliorare costantemente sia l'offerta di servizi che le prestazioni. Pensiamo agli attuali iscritti, ma anche ai potenziali che potremo coinvolgere viste le potenzialità previste dall'atto costitutivo³⁸.

Allo stato attuale sono iscritti al fondo i coniugi o i conviventi fiscalmente a carico dell'iscritto³⁹. Inoltre anche i figli fino ai 12 mesi di vita.

In data 27 aprile 2016 l'assemblea dei soci ha modificato lo Statuto del Fondo. Attraverso questo intervento ci sarà la possibilità di

³⁶ Sono state analizzate le frequenze delle prestazioni odontoiatriche della Cassa Edile della Provincia Autonoma di Bolzano che è un ente paragonabile a Sani –fonds per tipologia antropologica dell'iscritto medio.

³⁷ Il nomenclatore è stato assegnato con 6 voti favorevoli e 2 contrari.

³⁸ Il fondo è stato pensato per le imprese che applicano i CCNL dell'artigianato, ma possono essere accolte, previa deliberazione del consiglio di amministrazione, anche aziende che applicano altri contratti collettivi.

³⁹ Si tratta di una possibilità offerta dalla compagnia che si è aggiudicata il nomenclatore, ma che non era stata richiesta nel bando di gara.

iscrivere i famigliari fiscalmente non a carico e i lavoratori autonomi iscritti alla locale Camera di Commercio come artigiani (indipendentemente dal fatto che abbiamo o meno dipendenti).

Entrambe queste fattispecie di nuovi associati potranno aderire su base volontaria ma con modalità differenti:

- Famigliari: si prevede un “pacchetto famiglia” e quindi verrebbe offerto il medesimo nomenclatore previsto per gli attuali iscritti, ma con una quota (circa 210,00 euro annui) che sarà indipendente dal dimensione del nucleo. Per questi le spese di gestione rimarrebbero a carico del Fondo⁴⁰.
- Artigiani: si prevede che con la stessa spesa sostenuta per gli attuali iscritti abbiamo le medesime prestazioni.

La decisione di iscrivere anche i lavoratori autonomi è stata caldeggiata dalla parte sindacale del Consiglio di Amministrazione. L’obiettivo è quello di far conoscere il Fondo alle imprese non solo dal lato della spesa, ma anche da quello dei benefici. In questo modo, indipendentemente dalle decisioni che verranno assunte in ambito nazionale⁴¹, potremo decidere di aumentare la contribuzione non escludendo la compartecipazione dei lavoratori dipendenti.

In questa fase, sempre in base ad accordi nazionali, sono esclusi dalla possibilità di aderire al fondo i dipendenti delle imprese artigiane che applicano i contratti collettivi dell’autotrasporto e dell’edilizia. Le parti sociali stanno valutando se e come procedere con un accordo territoriale integrativo che permetta l’iscrizione di questa ulteriore parte di addetti⁴².

Sani – fonds è un piccolo fondo territoriale riservato ai dipendenti delle imprese artigiane. Le estensioni sopra citate serviranno a farne conoscere i benefici anche a persone attive in altri settori. Crediamo che dal suo esempio di successo si possano rendere consapevoli le altre parti sociali e la Provincia Autonoma di Bolzano che, attraverso la sanità integrativa, è possibile generare un rilevante valore aggiunto per il territorio.

⁴⁰ Abbiamo adottato questa scelta onerosa perché potenzialmente potremmo iscrivere conviventi che lavorano in altri settori e in questo modo aumentare la visibilità del fondo territoriale rispetto a quelli nazionali.

⁴¹ Al momento la quota versata, esclusivamente dai datori di lavoro, è quella stabilita dalla contrattazione nazionale.

⁴² Per l’edilizia esiste la Cassa Edile che prevede già delle prestazioni sanitarie: oculistica e odontoiatria. Si tratterebbe di prevedere una quota di partecipazione inferiore e di escludere queste prestazioni dal nomenclatore offerto.

Riferimenti bibliografici

Cavazza, M. & De Pietro, C. 2012. Assetto istituzionale e scelte di gestione in sei fondi sanitari. In L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012, Cantù Elena, pp.185-215. EGEA.

Cavazza, M., De Pietro, C. 2011. Sviluppo e prospettive dei fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale. In L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2011, Cantù Elena , pp.173-200. EGEA