

Speciale Fondo Sanitario Integrativo Un pilastro del welfare negoziato nel Gruppo Intesa Sanpaolo

All'inizio di questo nuovo anno torniamo con un approfondimento della filosofia sottostante l'importante pilastro del welfare negoziato nel nostro Gruppo.

Ne parliamo con Enzo Romani, Consigliere Uilca Fondo sanitario integrativo Gruppo Intesa Sanpaolo.

Enzo, cosa rappresenta il Fondo Sanitario per le colleghe e i colleghi, sia dipendenti che pensionati, del Gruppo Intesa Sanpaolo?

Enzo: Questa è una domanda molto, molto importante. Spesso mi sento rivolgere domande e richieste che lasciano trasparire quanto l'idea del Fondo Sanitario sia molto diversa a seconda delle esperienze vissute dalle persone.

Provo a ripercorrerne brevemente sia l'origine, che quella che è stata la finalità che le *fonti istitutive*, ovvero le Organizzazioni Sindacali e l'Azienda assieme, hanno indicato nello Statuto. Parto da alcuni concetti fondamentali. Intanto il Fondo Sanitario è uno strumento di *libertà* in quanto consente a ciascuno di fare delle scelte per la propria salute, anche in parte svincolate da quanto offerto dalla sanità pubblica, che, come sappiamo, sconta anche delle differenze, più o meno marcate fra regione e regione. Il Fondo peraltro non vuole e non può sostituirsi al servizio pubblico, non ne avrebbe le risorse. Però in questi oltre dieci anni di esperienza abbiamo visto che può, in maniera proficua, integrare la sanità pubblica affiancandosi e appoggiandosi alle strutture pubbliche del territorio.

Sotto il profilo delle prestazioni ovviamente non risolve qualsiasi problema legato alla salute, ma privilegia le prestazioni che possiamo definire *salvavita*, senza escludere la copertura di eventi, magari non gravissimi, ma certamente dannosi per la salute.

Aggiungo poi che il Fondo è interamente autogestito per la parte delle prestazioni e dei costi. Non è quindi soggetto a scelte esterne nella individuazione degli obiettivi e delle prestazioni.

D: Ci puoi spiegare meglio cosa significa essere autogestito? Il Fondo, quindi, non è assimilabile a una assicurazione?

Enzo: Questo è sicuramente un punto importante da chiarire. Il Fondo è autogestito nel senso che prestazioni e contributi sono definiti dalle Fonti Istitutive, non da soggetti esterni con logiche di mercato/profitto. Nessuno impone al Fondo un costo, prestazioni o altri vincoli. L'unico vincolo, ovviamente, è l'equilibrio tra quanto entra e quanto esce.

Il Fondo non è una assicurazione, non ne ha la struttura giuridica e gli scopi sono completamente diversi. Il Fondo è una cassa sanitaria che vede la partecipazione, anche sotto il profilo delle contribuzioni, dell'Azienda e delle persone iscritte al Fondo.

Negli anni il Fondo si è avvalso di compagnie di assicurazioni per la gestione di alcune casistiche particolari. Sono stati gestiti tramite polizza, per esempio, i percorsi di ingresso di alcune



compagnini di lavoratrici e lavoratori – gli ultimi sono stati quelli del personale proveniente dalle ex Banche venete e successivamente dall'ex Gruppo UBI.

Oggi il Fondo si avvale di compagnie di assicurazione per la gestione delle coperture – queste si assicurative – Long Term Care, oltre che per la copertura sanitaria delle persone che operano in qualità di Agenti o per i pensionati che alla sezione Quiescenti preferiscono la cosiddetta polizza Mista.

D: Quindi cosa sono Previmedical, InSalute o Unisalute? Che rapporti hanno o hanno avuto con il Fondo sanitario?

Enzo: Previmedical prima e InSalute da quest'anno sono dei *service amministrativi*, ovvero gestiscono la parte amministrativa delle pratiche di rimborso e dei rapporti con le strutture sanitarie convenzionate. In sostanza sono quelle realtà che, in base a un contratto con il Fondo sanitario, lavorano le pratiche e dispongono i rimborsi o il pagamento delle strutture convenzionate. Il costo dei rimborsi ai beneficiari e alle strutture lo sostiene sempre il Fondo.

Unisalute invece è la compagnia che gestisce la polizza *mista* e la cosiddetta *polizza d'ingresso*. I colleghi/pensionati che aderiscono a queste coperture sono comunque iscritti al Fondo Sanitario, ma le prestazioni sono coperte da queste due polizze per le quali il Fondo paga un premio a fronte di rimborsi (e rischi) coperti dalla polizza. A oggi, 2024, non vi sono colleghi coperti da polizza d'ingresso in quanto le ultime coperture si sono esaurite al 31 dicembre 2023 con il passaggio delle persone ex Ubi alle prestazioni dirette del Fondo.

D: In sintesi quali sono le differenze tra una polizza e un fondo?

Le differenze sono tante e importanti: proprio su queste invito tutti a fare una riflessione su quanto sia prezioso e unico lo strumento che oggi abbiamo a disposizione. Intanto lo scopo di lucro: il Fondo sanitario non ha scopo di lucro. Non deve produrre utili mentre le polizze sanitarie, al contrario, devono produrre un disavanzo positivo tra premio e prestazioni.

Altra differenza sono i costi di gestione e amministrativi. Il Fondo sanitario non sostiene questi costi (che sono nell'ordine

dei milioni di euro) in quanto l'accordo sindacale che lo ha istituito ha previsto che tali oneri siano a carico della sola Azienda. Nel premio delle polizze, invece, è compreso, oltre al margine di guadagno, anche quello per la copertura dei costi.

Il Fondo poi non prevede alcun limite di età per l'iscrizione o la permanenza (esiste solo limite 80 anni per iscrizione familiari conviventi che però non siano a carico) mentre le polizze sanitarie prevedono sempre dei limiti di età, sia per l'iscrizione che per il mantenimento della copertura assicurativa. Per quanto concerne invece il costo per l'aderente, il Fondo Sanitario prevede costi percentuali basati sul reddito da lavoro degli iscritti in servizio. Le polizze sanitarie, invece, determinano il premio sul livello di rischio e quindi tengono conto del genere, dell'età e di eventuali patologie pregresse, arrivando fino a inibire l'iscrizione del singolo alla copertura.

Il Fondo sanitario non può escludere gli iscritti se non al verificarsi di eventi molto particolari come possono essere gravi irregolarità o il mancato pagamento delle quote di iscrizione o per perdita dei requisiti statuari – è questo il caso, per esempio, di familiari non conviventi e non a carico. Le assicurazioni, al contrario, possono recedere dal contratto anche al solo verificarsi di un unico sinistro, ove ritengano eccessiva la rischiosità.

Infine, ultima, ma non per importanza, la solidarietà e la mutualità che sono quello che io definirei la *filosofia*, ma anche l'energia che ispira le scelte del fondo. Aderendo al Fondo sanitario decidi di far parte di un'associazione che si auto-sostiene, ma soprattutto che fa solidarietà fra le persone iscritte. I tuoi contributi vanno a favore tuo e di tutte le altre persone e le coperture a fronte delle prestazioni non sono mai correlate a quanto stai pagando. Per questo motivo le adesioni di colleghe e colleghi e dei

loro familiari devono avvenire rispettando i principi statutari, che non sono certo regole *bizantine*, ma norme volte a garantire la sostenibilità di una comunità che ha scelto di essere solidale. Chiaro che chi è in salute paga per chi non lo è, ma il principio di solidarietà e mutualità sta proprio in questo, nel non avere alla base un concetto bilancistico di equivalenza fra quanto *incassato* in termini di rimborso e *pagato* in termini di contributi.

In conclusione, io credo che una comprensione profonda e corretta dell'importanza di mantenere vivo e funzionante il nostro Fondo Sanitario, possa anche aiutare a considerare con occhi diversi quella che magari è la propria specifica condizione e valutarla considerando da un lato il bene comune e dall'altro la necessità di preservare un o strumento di welfare tanto prezioso.

D: Un'ultima domanda: il cambio del service amministrativo, cosa puoi dirci in proposito?

Il cambio di service è stato fortemente voluto dal Consiglio di amministrazione, pur nella consapevolezza che il passaggio avrebbe comportato disagi in avvio, molti dei quali, purtroppo, come sempre accade, sono

inevitabili o soprattutto non prevedibili. L'obiettivo che ha condotto al cambiamento è stato quello di migliorare, già nel breve periodo, il livello di servizio. Chiaro è che tale miglioramento dovrà vedersi al netto dei disagi della fase di impianto, che al momento si stanno verificando sulle prestazioni in convenzione. Il popolamento delle strutture convenzionate e le modalità di ricerca, stanno incontrando criticità che necessitano di tempo per il loro vaglio e la loro risoluzione.

Il Consiglio sta monitorando quotidianamente l'andamento delle segnalazioni e una ulteriore verifica sarà possibile tra alcune settimane.

[CliccaQUI](#) per consultare i **Regolamenti** delle prestazioni del Fondo sanitario
[QUI](#) trovi la nuova **modulistica** (anche per le spese odontoiatriche)

**Questa newsletter e molto altro
la trovi sul nostro sito [QUI](#)
Visita l'area Welfare-Assistenza
sanitaria del sito [UilcaIS](#)**