

BILANCIO
AL 31 DICEMBRE
2018



Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo

ORGANI DEL FONDO

Consiglio di Amministrazione

Conte Roberto	<i>Presidente</i>
Claudio Angelo Graziano	<i>Vice Presidente</i>
Pierangelo Belloli	<i>Consigliere</i>
Elisabetta Bernardini	<i>Consigliere</i>
Paola Cassino	<i>Consigliere</i>
Elena Cessari	<i>Consigliere</i>
Donato Demarchi	<i>Consigliere</i>
Andrea Lesca	<i>Consigliere</i>
Elisabetta Lunati	<i>Consigliere</i>
Roberto Malano	<i>Consigliere</i>
Renato Marra	<i>Consigliere</i>
Mauro Mascetti	<i>Consigliere</i>
Giuseppe Milazzo	<i>Consigliere</i>
Patrizia Ordasso	<i>Consigliere</i>
Angelo Pandolfo	<i>Consigliere</i>
Lorenza Picollo	<i>Consigliere</i>
Filippo Pinzone	<i>Consigliere</i>
Pasquale Sandulli	<i>Consigliere</i>
Filippo Vasta	<i>Consigliere</i>

Collegio dei Sindaci

Angela Tucci	<i>Presidente</i>
Giuseppe Fontana	<i>Sindaco</i>
Pierluigi Mazzotta	<i>Sindaco</i>

Direttore

Mario Bernardinelli



RELAZIONE
SULLA GESTIONE

LO SCENARIO MACRO-ECONOMICO¹

La fase di crescita dell'economia mondiale è proseguita a ritmo moderato ma costante per gran parte del 2018: nei mesi finali dell'anno diverse economie avanzate ed emergenti hanno però iniziato a manifestare segnali di rallentamento.

Rispetto agli anni precedenti, l'espansione è stata caratterizzata da una più elevata disomogeneità sotto il profilo geografico. Al tasso di crescita sostenuto degli Stati Uniti si è contrapposto un indebolimento in Giappone e in diverse economie emergenti, in particolare Turchia e Argentina. Anche in Cina l'attività economica ha decelerato nella seconda parte dell'anno.

Le prospettive degli scambi internazionali sono peggiorate a seguito dell'acutizzarsi del conflitto commerciale tra Cina e Stati Uniti. La tensione ha raggiunto livelli particolarmente elevati durante l'estate quando, agli annunci da parte del governo statunitense di dazi per 250 miliardi di dollari sulle merci provenienti dalla Cina, quest'ultima ha risposto con dazi sulle esportazioni USA per 100 miliardi di dollari. Anche il clima di incertezza relativo alla Brexit ha contribuito a influenzare negativamente le prospettive degli scambi internazionali e, indirettamente, il clima di fiducia e le attese circa la crescita globale.

Negli Stati Uniti, la variazione su base annua del PIL si è attestata poco sotto il 3%, dopo il 2,2% del 2017. La domanda interna ha risentito positivamente degli effetti della riforma tributaria e di condizioni finanziarie ancora favorevoli; il tasso di disoccupazione è ulteriormente sceso, portandosi al 3,9%. L'inflazione si è mantenuta su livelli giudicati non preoccupanti dalla Federal Reserve, che ha aumentato in tre riprese i tassi ufficiali per complessivi 75 punti base.

La crescita dell'area euro ha subito nel 2018 un significativo rallentamento: l'andamento del PIL ha risentito sia della decelerazione del commercio estero che di un netto calo della domanda di autoveicoli, anche legato al cambiamento degli standard sulle emissioni. In chiusura d'anno la produzione industriale ha evidenziato una riduzione superiore alle attese in Germania, Francia e Italia; anche

gli indici di fiducia sono diminuiti, sia nella manifattura che nei servizi. Il Consiglio Direttivo della Banca Centrale Europea ha annunciato in giugno l'intenzione di interrompere a fine anno gli acquisti netti di titoli, dopo averli ridotti a 15 miliardi mensili nel quarto trimestre; ha peraltro ribadito l'importanza di mantenere un ampio stimolo monetario a sostegno della dinamica dei prezzi nel medio periodo.

Il cambio dell'euro si è apprezzato ad inizio 2018 contro dollaro, toccando in febbraio un massimo di 1,25 per poi nuovamente riportarsi tra 1,12 e 1,18. Tra marzo e aprile la divisa unica si è temporaneamente rafforzata anche contro il franco svizzero, sfiorando quota 1,20; l'anno si è chiuso sotto quota 1,13.

Analogamente ai partner europei, l'economia italiana ha perso slancio nel corso del 2018. La crescita del PIL calcolata su base trimestrale ha rallentato fino al di sotto dello zero nell'ultima parte dell'anno (0,1%): il dato riflette il contributo negativo dell'industria e delle scorte, che hanno sottratto lo 0,4% all'attività economica. In media d'anno, il PIL italiano è aumentato dello 0,8%, a fronte dell'1,7% del 2017. Benché complessivamente modesta, la crescita del PIL ha consentito un lieve incremento dell'occupazione e un ulteriore calo del tasso di disoccupazione, che ha chiuso l'anno al 10,6%. La dinamica dei prezzi al consumo si è mantenuta, infine, su livelli decisamente contenuti (1,2%).

Per il 2019 è attesa una ulteriore decelerazione della crescita mondiale, che passerà dal 3,6% al 3,2%.

Le politiche monetarie resteranno accomodanti. Il Comitato Direttivo della Federal Reserve appare sempre più convinto che l'economia americana abbia inaugurato un nuovo regime di crescita moderata e bassa inflazione, senza reazioni dei prezzi al calo della disoccupazione. Emerge un diffuso consenso circa la prospettiva che i tassi americani restino fermi per tutto il 2019: solo nel 2020 è atteso un primo rialzo. Anche la Banca Centrale Europea, sorprendendo i mercati, ha escluso aumenti dei tassi ufficiali nel corso del 2019 e ha annunciato una nuova serie (sette) di operazioni di rifinanziamento di lungo periodo (TLTRO III).

Italia: previsioni macroeconomiche al 2020

	2018	2019	2020
PIL (PREZZI COSTANTI, A/A)	0,8	0,2	0,7
CONSUMI PRIVATI	0,6	0,6	0,9
INVESTIMENTI FISSI LORDI	3,2	-0,2	0,3
CONSUMI PUBBLICI	0,2	-0,1	0,0
ESPORTAZIONI	1,4	3,6	2,3
IMPORTAZIONI	1,8	2,6	2,3
VAR. SCORTE (CONTRIB. % PIL)	-0,1	-0,5	0,0
PARTITE CORRENTI (% PIL)	2,6	2,6	2,7
DEFICIT (% PIL)	-2,1	-2,3	-2,8
DEBITO (% PIL)	132,1	132,8	133,4
CPI (A/A)	1,2	1,0	1,5
PRODUZIONE INDUSTRIALE	0,7	0,0	1,0
DISOCCUPAZIONE (%)	10,6	10,3	10,0

Fonte: elaborazioni Intesa Sanpaolo.

(1) Fonte: Servizio Studi e Ricerche di Intesa Sanpaolo

Il PIL italiano rallenterà nel 2019, con stime di consenso che oscillano ormai in prossimità dello zero. L'incertezza circa le politiche di bilancio potrebbe alimentare nuove turbolenze sui mercati finanziari, in occasione della presentazione della Legge

di Bilancio per il 2020. Una riaccelerazione dei ritmi di crescita nel secondo semestre contribuirebbe peraltro, agli occhi degli investitori, a garantire un accettabile grado di sostenibilità al debito pubblico italiano.

SSN: 40 ANNI PORTATI BENE

L'art. 32 della Costituzione sancisce che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Nel dicembre del 1978, con la legge 833, per garantire a tutti i cittadini questo fondamentale diritto tutelato dalla Carta, venne costituito il Sistema Sanitario Nazionale. Il preesistente assetto di copertura sanitaria, costruito sui canoni del modello Bismarck e basato su una molteplicità di enti mutualistici, più di 300, veniva superato attraverso l'adozione di un Servizio Sanitario Nazionale, centralizzato e alimentato dalla tassazione², a copertura universale, basato sul modello Beveridge incorporato nel National Health Service (NHS) inglese.

La scelta fu dovuta alla progressiva crisi del modello delle Casse mutue, articolate per categoria di lavoratori, che provvedevano alle cure sanitarie, mediche e ospedaliere utilizzando i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute era garantito ai soli lavoratori e alle loro famiglie e le prestazioni erano molto disomogenee fra le diverse categorie professionali. Le province integravano le coperture attraverso gli Istituti di igiene e profilassi e i comuni garantivano un'assistenza minima ai cittadini non coperti dall'assicurazione sociale.

Il sistema delle mutue, del tutto insostenibile sul versante finanziario a fronte dei crescenti bisogni sanitari del Paese, cumulò debiti molto elevati, tantoché nel 1974 lo Stato intervenne con il decreto 386 del 17 agosto 1974 "Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri" e istituì il Fondo Nazionale per l'assistenza ospedaliera. Progressivamente gli enti mutualistici, in parte falliti, vennero sciolti.

Con l'istituzione del SSN, avvenuta nel dicembre del 1978, si volle dar vita ad un sistema efficiente ispirato a criteri di equità per coprire per intero il fabbisogno di salute, decentrando strutture e servizi sanitari su tutto il territorio per tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo nell'interesse della collettività

e nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Un sistema sanitario universale finalizzato alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute di tutti i cittadini senza distinzione di condizioni individuali o sociali: universalità della popolazione, uguaglianza dei trattamenti, globalità della copertura. A partire dal 1992, anche per far fronte alle crescenti difficoltà di finanziamento e di sostenibilità (risale al 1989 l'introduzione dei ticket), si susseguono una serie di riforme per recuperare efficienza ed economicità nel sistema sanitario, proporzionando la spesa all'effettiva disponibilità di risorse. Con il D.Lgs 502/92 prende avvio il processo di regionalizzazione della sanità, rafforzando il ruolo di programmazione, organizzazione e gestione delle regioni, vengono istituite le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere e introdotti i LEA³. Il percorso di riforma prosegue nel 1999 con il D.Lgs 229, che prevede autonomia imprenditoriale per le aziende sanitarie, consolida il percorso di regionalizzazione e istituisce i fondi sanitari integrativi per l'erogazione di prestazioni extra LEA. Si arriva quindi alla cosiddetta riforma del Titolo V, la legge costituzionale che stabilisce la tutela della salute tra le materie di legislazione concorrente riservando all'esclusiva potestà dello Stato la definizione e l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza. Sulle regioni ricade la potestà esclusiva nella regolamentazione e nell'organizzazione dei servizi e delle attività finalizzati alla tutela della salute unitamente ai criteri di finanziamento delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

I primi anni 2000 si caratterizzano per lo sfondamento dei budget sanitari da parte di molte regioni; alcuni anni più tardi si renderà necessaria la messa in campo di numerosi interventi di carattere straordinario (super ticket, addizionali regionali Irperf, ferreo controllo del turnover, riduzione dei posti letto, contenimento delle giornate di degenza, ridefinizione della spesa, ecc. ecc.) rientranti nei cosiddetti "piani di rientro".

(2) Il finanziamento del SSN, sul sito della Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, è illustrato come segue.

La legge statale determina annualmente il fabbisogno sanitario nazionale standard, cioè il livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale (SSN) al cui finanziamento concorre lo Stato. Il fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato (...) coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza. (...) Il finanziamento del SSN è stato disegnato dal D.Lgs. 56/2000 che ha previsto un sistema di finanziamento del SSN basato sulla capacità fiscale regionale, anche se corretto da adeguate misure perequative, stabilendo che al finanziamento del SSN concorrano l'IRAP, l'addizionale regionale all'IRPEF e la compartecipazione all'IVA.

(3) I LEA – Livelli Essenziali di Assistenza, che rappresentano la soglia minima delle prestazioni sanitarie che il SSN deve garantire a tutti i cittadini, introdotti con questo Decreto, vengono definiti nel 2001 e riformati con il DPCM del 12 gennaio 2017.

SSN: UN BILANCIO COMPARATO

Progressivamente durante gli anni della crisi le regioni interessate⁴ sono intervenute sulle situazioni di dissesto, le hanno risanate⁵ conseguendo migliori livelli di efficienza.

Il Sistema Sanitario Nazionale italiano, spesso sottoposto a critiche eccessive, si deve certamente considerare come un'esperienza di successo, centrale per il Paese. Recenti statistiche riprese anche dai media consentono un raffronto internazionale lusinghiero rispetto al rapporto spesa/prestazioni erogate⁷. È un dato assodato che il SSN a motivo dei crescenti vincoli di finanza pubblica intervenuti nell'ultimo decennio abbia dovuto fare i conti con risorse piuttosto scarse come imposto dalla sostanziale stabilizzazione della spesa⁸ nel frattempo intervenuta, ancorché i bisogni sanitari espressi da una popolazione sempre più anziana⁹ e affetta da diffusi problemi di cronicità¹⁰ fossero in costante aumento.

La cronistoria degli ultimi anni, sui livelli di finanziamento del SSN, è tracciata in dettaglio nella relazione disponibile sul sito della Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati⁶.

Il Rapporto "Health at a Glance Europe 2018" pubblicato dall'OCSE ha confermato che in Italia, pur in presenza di una spesa sanitaria tra le più basse, si sono riscontrati ottimi risultati sul piano della salute. Il Rapporto evidenzia che in Italia la spesa per la salute complessiva tra pubblica e privata, ha un'incidenza dell'8,9%¹¹ sul Pil. Rispetto alla spesa pro-capite a parità di potere d'acquisto, con 3.391 dollari l'Italia si colloca sotto la media Ocse (4.003 dollari): unico tra i maggiori Paesi UE insieme alla Spagna. Regno Unito, Francia, Germania e tutti i paesi del Nord Europa evidenziano dati sopra la media Ocse.

In Europa è in testa la Svizzera (7.919 dollari) seguita dal Lussemburgo (7.463 dollari).

(4) Al riguardo la situazione, a fine 2018, vedeva Lazio, Abruzzo, Campania, Sicilia, Calabria, Puglia proseguire i rispettivi Piani di rientro con i programmi operativi 2016-2018. Il Molise era impegnato nel Programma operativo straordinario 2015-2018. Liguria e Sardegna hanno concluso il loro piano di rientro quadriennale già nel 2009; la Regione Piemonte al termine del triennio 2013-2015.

(5) In proposito il Rapporto OASI 2018 del Cergas Bocconi riporta "Le regioni del Centro-Sud sono ormai virtuose quanto quelle del Nord nel perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario. Nel 2017 Lazio e Campania registrano i maggiori avanzi di bilancio: rispettivamente, 529 e 77 mln €".

(6) "Il 10 luglio 2014 è stata siglata l'Intesa sul Patto della salute 2014-2016 che ha fissato, per il triennio di riferimento, il perimetro del concorso finanziario dello Stato al sistema salute. A causa del contributo aggiuntivo che le regioni hanno dovuto assicurare alla finanza pubblica per ciascuno degli anni dal 2015 al 2018, con una serie di atti concordati a livello di Conferenza Stato-regioni, il livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale è stato poi rideterminato in riduzione. L'ammontare del fabbisogno sanitario nazionale per gli anni 2017 e 2018, come stabilito nell'Intesa dell'11 febbraio 2016, è stato così determinato in 113.063 milioni di euro per il 2017 e 114.998 milioni di euro per il 2018. Successivamente, la legge di bilancio 2017 ha rideterminato, ancora in diminuzione, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale, portandolo a 113.000 milioni di euro per il 2017 e a 114.000 milioni di euro per il 2018. Per il 2019 il livello del finanziamento è stato fissato in 115.000 milioni di euro. In ultimo, il decreto 5 giugno 2017, a causa del mancato contributo delle autonomie speciali agli obiettivi di finanza pubblica, ha nuovamente rideterminato il livello del fabbisogno sanitario nazionale, stabilendo ulteriori riduzioni: 423 milioni di euro per il 2017 e 604 milioni di euro per il 2018. Pertanto, il Fondo sanitario nazionale nel 2018 risulta pari a 113.396 milioni di euro (anziché a 114.000 milioni come previsto dalla legge 232/2016 - Legge di Bilancio 2017), ai quali bisogna aggiungere 30 milioni di euro, che la legge di bilancio 2018 ha destinato ai Fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria".

(7) Nel settembre 2018 uno studio dell'Agenzia Bloomberg ha messo in relazione la spesa sanitaria pro-capite con l'aspettativa di vita. Ne è stato ricavato un indice di efficienza che vede l'Italia posizionata al 4° posto nel mondo dopo Hong Kong, Singapore e Spagna - A. Allegri - Il Giornale 24.4.2019.

(8) Sempre il Rapporto OASI 2018 riporta: "Nel 2017 la spesa SSN è aumentata dell'1,3% rispetto al 2016, attestandosi a 117,5 miliardi di euro. Tra 2012 e 2017, il tasso di crescita medio della spesa SSN è stato pari allo 0,6% annuo in termini nominali, pari a 3,5 miliardi in valore assoluto. Nel 2017 il SSN registra un lieve disavanzo contabile di 282 milioni di euro, pari allo 0,2% della spesa sanitaria pubblica corrente. Si conferma dunque il sostanziale equilibrio economico-finanziario del SSN, raggiunto ormai da 6 anni".

(9) Per uno sguardo compiuto sulle problematiche che ne derivano sul piano economico e sociale, si rimanda a Banca d'Italia - Questioni di Economia e Finanza - F. Barbellini Amidei, M. Gomellini, P. Piselli; marzo 2018.

(10) Per un quadro d'insieme si rimanda ai dati pubblicati nel Rapporto "Osservasalute 2016".

(11) Questi dati sono richiamati anche nel Rapporto OASI 2018: nel 2016, la spesa sanitaria totale in Italia corrisponde all'8,9% del PIL contro il 9,8% della Gran Bretagna, l'11,1% della Germania, il 17,1% degli Stati Uniti. La spesa SSN in Italia copre circa il 74% della spesa totale, la spesa privata diretta il 24%, la spesa intermediata il restante 2%.

Spesa sanitaria procapite a parità di potere di acquisto (dollari Usa 2017)

Spesa sanitaria procapite a parità di potere di acquisto (dollari Usa 2017)					
Spesa complessiva		Spesa a carico dello Stato o di assicurazioni obbligatorie		Spesa out of pocket	
Stati Uniti	9.892,25	Stati Uniti	8.047,30	Svizzera	2.888,66
Svizzera	7.919,02	Lussemburgo	5.755,15	Stati Uniti	1.844,96
Lussemburgo	7.462,78	Norvegia	5.398,96	Lussemburgo	1.707,64
Norvegia	6.647,46	Svizzera	5.030,37	Australia	1.598,60
Germania	5.550,63	Germania	4.869,43	Irlanda	1.573,89
Irlanda	5.528,41	Svezia	4.606,43	Canada	1.370,79
Svezia	5.487,52	Paesi Bassi	4.377,68	Norvegia	1.248,50
Paesi Bassi	5.385,41	Danimarca	4.363,35	Austria	1.183,79
Austria	5.227,32	Francia	4.068,42	Belgio	1.079,14
Danimarca	5.205,02	Austria	4.043,53	Corea	1.042,07
Belgio	4.839,83	Giappone	3.970,58	Israele	1.041,90
Australia	4.708,09	Irlanda	3.954,52	Paesi Bassi	1.007,74
Canada	4.752,78	Belgio	3.760,69	Finlandia	980,03
Francia	4.600,36	Islanda	3.758,02	Media Ocse	929,19
Giappone	4.519,31	Canada	3.382,00	Svezia	881,09
Islanda	4.376,35	Regno Unito	3.341,45	Spagna	862,69
Regno Unito	4.192,46	Australia	3.109,50	Regno Unito	851,01
Finlandia	4.033,40	Media Ocse	3.073,48	Danimarca	841,67
Media Ocse	4.002,67	Finlandia	3.053,36	Cile	812,59
Nuova Zelanda	3.589,59	Nuova Zelanda	2.894,16	Portogallo	809,56
Italia	3.391,19	Italia	2.621,96	Grecia	799,66
Spagna	3.248,38	Spagna	2.385,69	Italia	769,23
Slovenia	2.834,77	Repubblica Ceca	2.149,85	Slovenia	746,47
Israele	2.822,33	Slovenia	2.088,31	Ungheria	735,98
Portogallo	2.734,40	Portogallo	1.924,84	Nuova Zelanda	695,42
Corea	2.728,81	Slovacchia	1.826,88	Germania	681,20
Repubblica Ceca	2.544,30	Israele	1.780,43	Islanda	618,33
Grecia	2.223,04	Corea	1.686,74	Giappone	548,74
Slovacchia	2.149,51	Estonia	1.616,23	Messico	546,97
Ungheria	2.101,06	Grecia	1.423,38	Lettonia	532,85
Estonia	1.989,00	Ungheria	1.365,08	Francia	531,94
Cile	1.976,97	Polonia	1.352,23	Polonia	445,52
Polonia	1.797,76	Cile	1.164,38	Repubblica Ceca	394,45
Lettonia	1.466,26	Turchia	934,23	Estonia	372,77
Turchia	1.087,50	Lettonia	933,41	Slovacchia	322,63
Messico	1.080,31	Messico	533,35	Turchia	153,27

La rilevazione OCSE sopra citata evidenzia per l'Italia una copertura pubblica della spesa ospedaliera al 96%, di quella farmaceutica al 63%, di quella destinata all'assistenza medica ambulatoriale al 59%, mentre risulta inferiore sul versante diagnostico.

Le indicazioni sono in linea con quanto emerge dal Rapporto OASI 2018 che, sulla scorta dei dati ISTAT, attribuisce alle risorse pubbliche la copertura del 95% dei ricoveri ospedalieri, che si riduce al 65% dei ricoveri a lungo termine (LTC) in strutture residenziali e al 60% delle prestazioni ambulatoriali.

L'analisi prodotta dall'Ocse conferma che in Italia la riduzione dei posti letto è stata particolarmente incisiva: 3,20 posti per 1.000 abitanti contro una media OCSE di 4,64.

Letti ospedalieri per 1000 abitanti

Letti ospedalieri per 1.000 abitanti			
Paesi	Totali	di cui per acuti	Di cui psichiatrici
Australia	3,81	..	0,41
Austria	7,42	5,55	0,61
Belgio	5,69	5,03	1,37
Canada	2,58	2,01	0,30
Cile	2,12	1,99	0,10
Repubblica Ceca	6,85	4,25	0,98
Danimarca	2,20	2,10	0,40
Estonia	4,76	3,50	0,54
Finlandia	3,97	2,94	0,58
Francia	6,05	3,14	0,86
Germania	8,06	6,06	1,28
Grecia	4,20	3,57	0,71
Ungheria	7,00	4,30	0,90
Islanda	3,13	2,61	0,43
Irlanda	2,99	2,82	0,35
Israele	2,99	2,20	0,42
Italia	3,20	2,64	0,09
Giappone	13,11	7,82	2,63
Corea	11,98	7,10	1,25
Lettonia	5,72	3,41	1,28
Lussemburgo	4,60	3,80	0,77
Messico	1,52	1,52	0,03
Paesi Bassi	3,63	3,20	0,97
Nuova Zelanda	2,73	2,72	0,31
Norvegia	3,69	3,29	1,11
Polonia	6,64	4,92	0,66
Portogallo	3,42	3,29	0,64
Slovacchia	5,78	4,88	0,81
Slovenia	4,49	4,19	0,66
Spagna	2,97	2,41	0,36
Svezia	2,34	2,15	0,43
Svizzera	4,55	3,69	0,90
Turchia	2,75	2,71	0,05
Regno Unito	2,58	..	0,40
Stati Uniti	2,80	2,46	0,21
Media OCSE	4,64	3,58	0,68

Al riguardo il Rapporto OASI 2018 evidenzia la convergenza che si registra tra le diverse regioni verso le dotazioni di posti letto pianificate dal legislatore, così come verso il tasso di ospedalizzazione atteso. A livello nazionale si registrano 3,55 posti letto e

126 ospedalizzazioni ogni 1.000 abitanti. Tutte le tipologie di assistenza ospedaliera (ricoveri ordinari e soprattutto *day hospital*) registrano trend in riduzione. Nel complesso, i ricoveri scendono a 9 milioni nel 2016, con un calo del 25% nel periodo 2008-2016.

Dalla rilevazione OCSE, nel complesso l'Italia presenta dati migliori alla media anche nei dati pro-capite delle visite specialistiche (6,80 contro 6,95), delle risonanze magnetiche (67,10 contro 62,42) e delle Tac (81,30 contro 141,67).

Indicatori di performance

Indicatori di performance								
Paesi	Visite mediche procapite	Risonanze magnetiche per 1.000 abitanti	Tomografie computerizzate per 1.000 abitanti	Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti	Durata media della degenza (giorni)	Durata media della degenza (giorni) per infarto del miocardio	Parti cesarei per 1.000 nati vivi	Consumo di antibiotici (dosi giornaliera definita)
Australia	7,70	44,80	126,00	17.824,80	5,50	5,30	332,00	18,40
Austria	6,60	56,90	148,10	25.310,00	8,20	7,90	291,80	12,20
Belgio	6,90	89,40	199,70	16.612,50	7,50	7,00	210,40	27,40
Canada	7,70	50,50	152,90	8.353,70	7,50	5,20	259,60	15,00
Cile	3,50	20,10	89,30	9.000,00	6,10	12,10	465,80	17,10
Repubblica Ceca	11,10	49,80	107,40	19.994,60	9,30	5,90	253,60	19,30
Danimarca	4,30	82,20	160,70	14.491,70	5,40	3,70	203,60	18,20
Estonia	6,30	52,70	166,00	16.641,20	7,70	9,00	200,10	13,50
Finlandia	4,30	39,10	36,80	16.983,10	8,60	5,90	162,20	19,00
Francia	6,10	113,90	204,40	18.192,30	10,10	5,50	208,20	30,30
Germania	10,00	136,20	143,10	25.685,90	8,90	10,00	299,00	14,10
Grecia	..	64,00	150,30	19.645,60	7,00	6,00	..	36,30
Ungheria	11,10	42,20	116,20	19.899,60	9,50	8,00	370,70	13,70
Islanda	5,90	92,30	216,90	11.803,00	6,10	5,00	168,10	23,80
Irlanda	5,80	..	..	13.620,20	6,00	6,50	314,10	24,20
Israele	..	36,40	136,30	15.612,00	6,80	5,20	151,90	21,20
Italia	6,80	67,10	81,30	11.555,00	7,80	7,90	349,40	21,50
Giappone	12,80	112,30	230,80	12.638,80	28,50	..	..	14,00
Corea	17,00	33,80	191,20	17.713,30	18,10	11,10	394,00	34,80
Lettonia	5,90	47,70	178,40	19.059,20	8,30	6,50	212,30	14,80
Lussemburgo	5,90	83,40	210,60	14.197,30	9,10	6,90	310,60	23,40
Messico	2,90	..	..	4.617,20	3,80	6,10	459,40	..
Paesi Bassi	8,80	48,80	88,70	11.645,80	5,00	5,00	161,90	9,70
Nuova Zelanda	3,70	4,40	28,70	14.296,10	7,60	6,50	242,20	..
Norvegia	4,50	..	..	16.402,30	6,90	3,60	161,90	17,90
Polonia	7,50	30,10	108,80	17.923,40	7,10	6,20	385,30	24,00
Portogallo	4,10	38,80	179,10	10.926,80	9,00	7,70	324,50	22,50
Slovacchia	11,50	61,40	162,30	19.733,20	7,40	5,00	297,50	21,60
Slovenia	6,70	51,90	65,10	18.258,40	6,80	7,20	206,30	14,00
Spagna	7,60	82,50	108,70	11.497,80	7,30	7,20	245,60	22,30
Svezia	2,80	..	..	14.728,00	5,80	4,30	177,20	13,30
Svizzera	3,90	72,20	104,00	17.367,00	8,30	6,80	327,40	..
Turchia	8,60	..	188,80	16.785,70	4,00	4,80	531,50	40,60
Regno Unito	..	56,80	84,70	13.102,20	7,10	6,70	263,50	18,70
Stati Uniti	4,00	110,80	226,60	..	6,10	5,40	319,80	..
Media OCSE	6,95	62,42	141,67	15.650,52	8,12	6,56	280,65	20,54

Relativamente ai parti cesarei (349,40 per mille nati vivi contro la media Ocse di 280,65) e al consumo di antibiotici (21,50 dosi giornaliera medie contro la media Ocse di 20,54) i dati risultano più elevati rispetto al complesso dei Paesi analizzati.

Con riguardo al personale sanitario l'Italia conferma un dato leggermente superiore alla media OCSE per numero di medici attivi (12,4 per 100.000 abitanti contro la media di 12,1), significativamente inferiore per numero di infermieri (20,7 ogni 100 mila abitanti contro 48,8).

Personale di cura e assistenza

Personale di cura e assistenza		
Paesi	Medici per 100.000 abitanti	Infermieri per 100.000 abitanti
Australia	15,9	81,9
Austria	14,1	55,0
Belgio	14,8	57,0
Canada	7,9	58,5
Cile	8,7	28,9
Repubblica Ceca	12,7	15,8
Danimarca	22,1	104,0
Estonia	11,5	35,5
Finlandia	12,0	69,5
Francia	9,1	38,9
Germania	11,7	55,8
Grecia	9,3	23,8
Ungheria	14,1	41,9
Islanda	15,8	65,6
Irlanda	24,4	29,3
Israele	6,8	24,2
Italia	12,4	20,7
Giappone	6,8	51,5
Corea	7,7	105,8
Lettonia	17,3	27,4
Lussemburgo	0,0	18,1
Messico	12,6	15,8
Paesi Bassi	14,4	44,1
Nuova Zelanda	9,1	45,4
Norvegia	11,1	80,1
Polonia	10,5	17,9
Portogallo	16,4	24,5
Slovacchia	13,5	52,9
Slovenia	15,9	90,3
Spagna	13,4	22,8
Svezia	10,2	41,6
Svizzera	10,6	98,9
Turchia	9,9	72,0
Regno Unito	12,9	29,6
Stati Uniti	7,6	61,8
Media OCSE	12,1	48,8

Con riguardo al personale medico, il Rapporto OASI 2018 segnala anche un altro aspetto rilevante: il 53% dei medici ha più di 55 anni, un'età elevata favorita dal blocco del tur-

nover che ha costituito la principale modalità di contenimento della spesa sanitaria degli ultimi anni¹². Seppure in diminuzione, i dipendenti SSN rappresentano tuttora circa

(12) Tenendo in considerazione che medici e personale infermieristico specializzato, hanno un'età media molto avanzata che presto permetterà loro di andare in quiescenza, il Rapporto n. 6 – anno 2019 presentato nel febbraio scorso da Itinerari Previdenziali, ipotizza che questo sia il maggiore rischio di tenuta per il SSN per il concomitante innalzamento del bisogno sanitario di una popolazione che invecchia e le note difficoltà di rimpiazzo dovute al numero chiuso di diverse specializzazioni.

l'1,0% della popolazione italiana, l'1,6% di quella attiva (15-65 anni) e il 2,7% degli occupati; nel 2016, in Lombardia risultavano 9,6 dipendenti SSN ogni 1.000 abitanti (-3% rispetto al 2010), contro i 7,3 della Campania (-15%) e i 7,1 del Lazio (-14%).

Benché influenzati da più concause quali stili di vita, alimentazione, istruzione e situazioni economico-ambientali, non vi è dubbio che i dati riguardanti l'aspettativa di vita

costituiscano una misura indiretta della qualità e dell'efficacia del sistema-salute del Paese.

Il Rapporto "Health at a Glance Europe 2018" conferma l'Italia ai primi posti per aspettativa di vita, quarta nell'Ocse dopo Giappone, Svizzera e Spagna con 83,30 anni di vita media (81 per i maschi e 85,60 per le femmine) e attesta il nostro Paese nella parte alta della classifica anche per l'aspettativa di vita a 65 anni.

Aspettativa di vita

Paesi	Aspettativa di vita									
	Aspettativa di vita alla nascita (totale, anni)	Aspettativa di vita alla nascita (maschi, anni)	Aspettativa di vita alla nascita (femmine, anni)	Aspettativa di vita a 65 anni (donne)	Aspettativa di vita a 65 anni (uomini)	Mortalità infantile: decessi per 1.000 nati vivi	Anni potenziali di vita persi per tutte le cause per 100.000 abitanti. Femmine 0-69 anni	Anni potenziali di vita persi per tutte le cause per 100.000 abitanti. Maschi 0-69 anni	Suicidi (autolesionismo) per 100.000 abitanti	
Australia	82,50	80,40	84,80	22,30	19,60	3,10	2.013,30	3.420,90	12,80	
Austria	81,70	79,30	84,10	21,70	18,50	3,10	1.913,80	3.401,70	12,20	
Belgio	81,50	79,00	84,00	21,90	18,40	3,20	2.266,80	3.732,10	15,80	
Canada	81,90	79,80	83,90	22,00	19,20	4,70	2.368,70	3.669,80	11,10	
Cile	79,90	77,10	82,70	21,30	17,60	6,90	2.815,40	5.098,50	10,70	
Repubblica Ceca	79,10	76,10	82,10	20,00	16,20	2,80	2.235,70	4.469,80	11,70	
Danimarca	80,90	79,00	82,80	20,80	18,20	3,10	2.140,80	3.319,00	9,40	
Estonia	77,80	73,30	82,20	20,90	15,60	2,30	2.686,90	6.932,50	14,10	
Finlandia	81,50	78,60	84,40	21,90	18,20	1,90	1.785,80	3.788,60	13,10	
Francia	82,40	79,20	85,50	23,50	19,40	3,70	2.039,40	4.019,20	13,10	
Germania	81,10	78,60	83,50	21,30	18,10	3,40	2.129,70	3.758,30	10,60	
Grecia	81,50	78,90	84,00	21,70	18,90	4,20	2.061,10	4.267,90	4,40	
Ungheria	76,20	72,60	79,70	18,70	14,60	3,90	3.135,50	6.595,00	16,20	
Islanda	82,30	80,40	84,10	21,30	18,70	0,70	1.486,60	2.876,00	12,10	
Irlanda	81,80	79,90	83,80	21,10	18,60	3,00	1.975,80	3.404,20	10,60	
Israele	82,50	80,70	84,20	21,60	19,50	3,10	1.744,00	3.072,00	4,90	
Italia	83,30	81,00	85,60	22,90	19,40	2,80	1.689,50	2.965,30	5,70	
Giappone	84,10	81,00	87,10	24,40	19,60	2,00	1.600,90	2.923,20	16,60	
Corea	82,40	79,30	85,40	22,60	18,40	2,80	1.681,80	3.488,40	25,80	
Lettonia	74,70	69,80	79,60	19,00	14,00	3,70	3.471,30	9.570,80	18,10	
Lussemburgo	82,80	80,10	85,40	22,70	18,90	3,80	1.255,40	2.880,80	11,10	
Messico	75,40	72,90	77,90	18,70	16,80	12,10	4.604,30	8.297,20	5,50	
Paesi Bassi	81,60	80,00	83,20	21,10	18,50	3,50	2.140,00	2.846,40	10,50	
Nuova Zelanda	81,70	80,00	83,40	21,50	19,40	5,70	2.429,40	3.756,20	11,80	
Norvegia	82,50	80,70	84,20	21,60	19,10	2,20	1.711,00	2.782,30	11,10	
Polonia	78,00	73,90	82,00	20,50	16,00	4,00	2.685,00	6.749,10	13,50	
Portogallo	81,20	78,10	84,30	21,80	18,00	3,20	1.889,70	4.295,90	10,20	
Slovacchia	77,30	73,80	80,70	19,20	15,30	5,40	2.855,40	6.397,40	9,70	
Slovenia	81,30	78,20	84,30	21,80	17,90	2,00	1.826,80	3.993,70	18,10	
Spagna	83,40	80,50	86,30	23,60	19,40	2,70	1.619,80	3.111,90	6,90	
Svezia	82,40	80,60	84,10	21,50	19,10	2,50	1.775,30	2.856,40	11,20	
Svizzera	83,70	81,70	85,60	22,90	20,00	3,60	1.777,10	3.047,30	12,50	
Turchia	78,00	75,30	80,70	19,30	16,10	10,00	2.985,00	5.012,80	2,10	
Regno Unito	81,20	79,40	83,00	21,10	18,80	3,80	2.323,60	3.676,70	7,50	
Stati Uniti	78,60	76,10	81,10	20,60	18,00	5,90	3.523,70	5.909,10	13,80	
Media OCSE	80,81	78,15	83,41	21,39	18,06	3,85	2.246,98	4.296,47	11,56	

Il Rapporto OASI 2018, compendiando i dati di più centri di osservazione (OCSE, WHO ed Eurostat), fornisce peraltro un quadro più articolato. Dai dati 2016 emerge che l'Italia registrava un'aspettativa di vita pari a 82,8 anni, superiore a Regno Unito, USA e Germania, ma lievemente inferiore a Francia e Spagna. Il

nostro Paese passa dal secondo al sesto posto tra 2000 e 2016 nelle rilevazioni del WHO¹³, facendo comunque registrare valori superiori a Regno Unito, Germania e USA. L'aspettativa di vita in buona salute veniva data in lieve aumento, ma in misura minore rispetto agli altri Paesi sviluppati.

ITALIA IN CHIARO SCURO

I dati sopra riferiti attestano una situazione positiva che conferma l'assoluta centralità del Servizio Sanitario Nazionale e di come abbia operato efficacemente nei quattro decenni successivi alla sua istituzione rispondendo adeguatamente ai bisogni di salute dei cittadini. Se andiamo in profondità però qualche segnale di preoccupazione emerge.

I risultati di un sondaggio di "Altroconsumo"¹⁴ evidenziano una percentuale molto elevata (44%) di persone che riscontrano difficoltà economiche per le spese per la salute. Il dato sale al 55% per le cure odontoiatriche, si attesta al 51% per le visite mediche alle quali deve rinunciare il 18% della popolazione e al 41% per l'acquisto dei farmaci con il 12% di rinunce.

(13) World Health Organisation

(14) riportati a cura di Catalano, Lillo e Martini sul quotidiano La Stampa del 14 marzo 2019

Il Rapporto OASI 2018, con riferimento ai dati 2016, presenta una situazione più verosimile attestando che la quota di cittadini che dichiarano un episodio di rinuncia alle cure è pari al 5,7%, in calo rispetto al 2015 (7,9%). Le rinunce sono principalmente dovute al costo percepito delle prestazioni. Il calo più significativo nella dichiarazione di rinuncia alle cure si registra nelle fasce di popolazione meno abbienti ed è riconducibile alla lieve ripresa economica e agli interventi per la riduzione delle liste d'attesa.

Il fenomeno della rinuncia alle cure dovuto al disagio economico-sociale o alle code necessarie per l'accesso alle prestazioni del SSN è comunque un fatto tutt'altro che marginale che trova conferma anche nelle sedi più autorevoli¹⁵. Trovano spazio sui media nazionali¹⁶ anche i dati del cosiddetto "turismo sanitario" ovvero gli spostamenti, che in genere avvengono da sud a nord, che gli italiani bisognosi di cure si devono accollare.



I numeri riassunti nella tabella soprastante danno conto di quanto forti siano le differenze geografiche sul piano dell'offerta per rispondere ai bisogni di salute della popolazione. In sintesi, 770 mila italiani si curano al di fuori della Regione di appartenenza, il fenomeno nel 2016 ha riguardato oltre 500.000 ricoveri per malati acuti. Per ricoveri dovuti a patologie oncologiche hanno lasciato la regione il 40% dei malati calabresi, il 19% di quelli abruzzesi e il 16% di quelli campani. Stessa prassi per metà degli abruzzesi, metà dei liguri e un terzo dei pugliesi che necessitavano di terapie chemioterapiche in regime di ricovero. La migrazione sanitaria richiede alle diverse regioni interessate di riversare 4,6 miliardi di euro annui quali spese di compensazione; la Regione Lombardia presenta un saldo netto positivo di 800 milioni di euro, l'Emilia Romagna di 350 milioni e il Veneto di 161. Per converso la Calabria riversa 300 milioni di euro annui alle altre Regioni per le cure fornite ai malati residenti sul suo territorio; pur con esborsi minori questa pratica riguarda anche altre regioni meridionali. Da ultimo non va sottovalutata neppure la spesa, non quantificata, che le famiglie devono sostenere per soggiornare nelle zone dove ricevono le cure.

Sul fenomeno della migrazione sanitaria, riportiamo anche le considerazioni di sintesi tratte dal Rapporto OASI 2018: nonostante il calo delle ospedalizzazioni, tra il 2014 e il 2016 la mo-

bilità interregionale registra un aumento di circa 8.000 ricoveri. Nel 2016, la quota di ricoveri ordinari in mobilità extraregionale è pari all'8,2% per gli acuti e al 16,3% per la riabilitazione. Dal 2017, l'introduzione di limitazioni normative nazionali ai ricoveri extraregione potrebbe però aver limitato i flussi.

I risultati dello studio "L'Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione", pubblicato nel 2019 sulla rivista "Epidemiologia e Prevenzione" dell'Associazione italiana di epidemiologia, frutto della collaborazione tra l'Istat e l'INMP¹⁷, a livello nazionale fanno emergere differenze significative sul piano della salute nelle diverse aree geografiche del Paese. Evidenzia lo studio che "a 40 anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, c'è ancora spazio per guadagnare equità nella salute. Gli studi condotti in Italia fino a ora (...) mostrano disuguaglianze sociali nella salute a sfavore dei più svantaggiati per tutte le dimensioni della posizione sociale: quelle che si riferiscono alle risorse culturali, come il titolo di studio; quelle che misurano la dimensione occupazionale; quelle che riguardano la dimensione economica, come il reddito e i beni posseduti. (...) È stato dimostrato che il titolo di studio è associato a tutti i possibili determinanti delle condizioni di salute, dai fattori di rischio legati agli stili di vita fino all'accesso alle misure di prevenzione e ai percorsi di cura più appropriati".

(15) Per una puntuale rilevazione dei dati di rinuncia alle cure, sia per motivi economici, sia per code e ritardi si veda la relazione effettuata dal Presidente dell'ISTAT G. C. Blangiardo alla Commissione Affari Sociali della Camera nell'audizione del 9 aprile u.s., basata su rilevazioni del 2017: "La rinuncia a visite o accertamenti specialistici per problemi di liste di attesa complessivamente riguarda circa 2 milioni di persone (3,3% dell'intera popolazione), mentre sono oltre 4 milioni le persone che vi rinunciano per motivi economici (6,8%). La rinuncia per liste di attesa per le citate prestazioni raggiunge quasi il 5% tra gli adulti di 45-64 anni e si attesta al 4,4% tra gli anziani di 65 anni e più. Sono forti le differenze territoriali tra Nord e Centro-Sud. La percentuale più bassa delle rinunce si rileva, infatti, nel Nord-est (2,2%) e la più elevata nelle Isole (4,3%). Inoltre, tra quanti dichiarano risorse economiche scarse o insufficienti la rinuncia alle prestazioni specialistiche è complessivamente pari al 5,2% a fronte dell'1,9% tra chi dichiara risorse familiari ottime o adeguate".

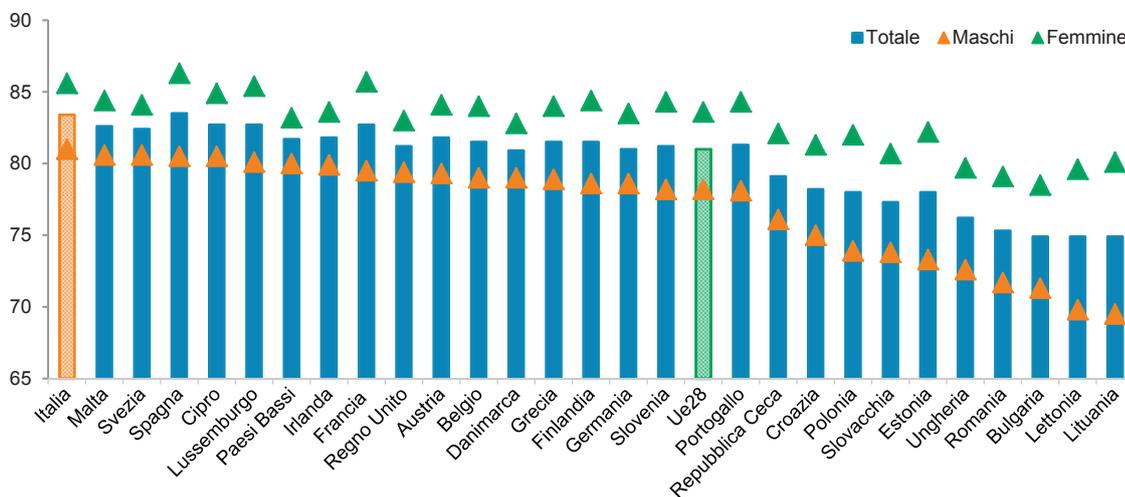
(16) F. Fubini - Il Corriere della Sera del 14 marzo.

(17) Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà.

Le conclusioni di detta pubblicazione evidenziano che le persone meno istruite di sesso maschile mostrano in tutte le aree del Paese una speranza di vita alla nascita inferiore di tre anni rispetto alle persone più istruite. Nelle regioni meridionali i residenti perdono un ulteriore anno di speranza di vita indipendentemente dal titolo di studio. I dati sulla mortalità evidenziano che le disuguaglianze sociali hanno un impatto in tutte le regioni, ma risultano più marcate nelle zone più povere del Mezzogiorno. L'aspettativa di vita media alla nascita varia da 82,3 anni per gli uomini con livello di istruzione alto a 79,2 anni per i meno istruiti (+3,1 anni); tra le donne la differenza registrata è più contenuta: da 86,0 a 84,5 anni (+1,5 anni). La forbice si amplia notevolmente quando si confrontano i dati di singole regioni (+6,1 anni negli uomini e +4 anni nelle donne). La maggiore sopravvivenza si osserva a Bolzano, mentre la Campania è la regione con la più bassa speranza di vita. Con riferimento al grado di istruzione, Marche e Umbria evidenziano differenziali più contenuti rispetto alle altre regioni sia per gli uomini (1,9 e 2,1 anni) che per le donne (0,7 e 0,5 anni). In questi territori si osservano le più alte speranze di vita per i livelli di istruzione-

ne bassi. La Campania si caratterizza per una forte disuguaglianza nella mortalità per titolo di studio e al contempo per i valori più bassi d'Italia nella speranza di vita per tutti i livelli di istruzione. Conclusioni analoghe si traggono anche dal confronto internazionale riportato dal Rapporto "bes2018 -Benessere Equo e Sostenibile in Italia" pubblicato dall'Istat che rileva come "il possesso di un elevato titolo di studio rappresenta un fattore protettivo per la salute e una leva abilitante per la prevenzione primaria: a parità di altre condizioni, avere un basso titolo di studio (non superiore al diploma di scuola media) comporta un rischio di essere sedentari tre volte e mezzo più alto rispetto alle persone laureate. Con riguardo all'abitudine al fumo, all'eccesso di peso e a comportamenti alimentari non corretti, il rischio tra le persone con bassi livelli di istruzione è quasi il doppio rispetto ai laureati". Anche da questa fonte emergono conferme sull'ottimo posizionamento dell'Italia rispetto alle graduatorie europee sulla speranza di vita alla nascita; per gli uomini risulta di 81 anni (prima posizione), mentre per le donne, risulta di 85,6 anni, preceduta solo da Spagna e Francia.

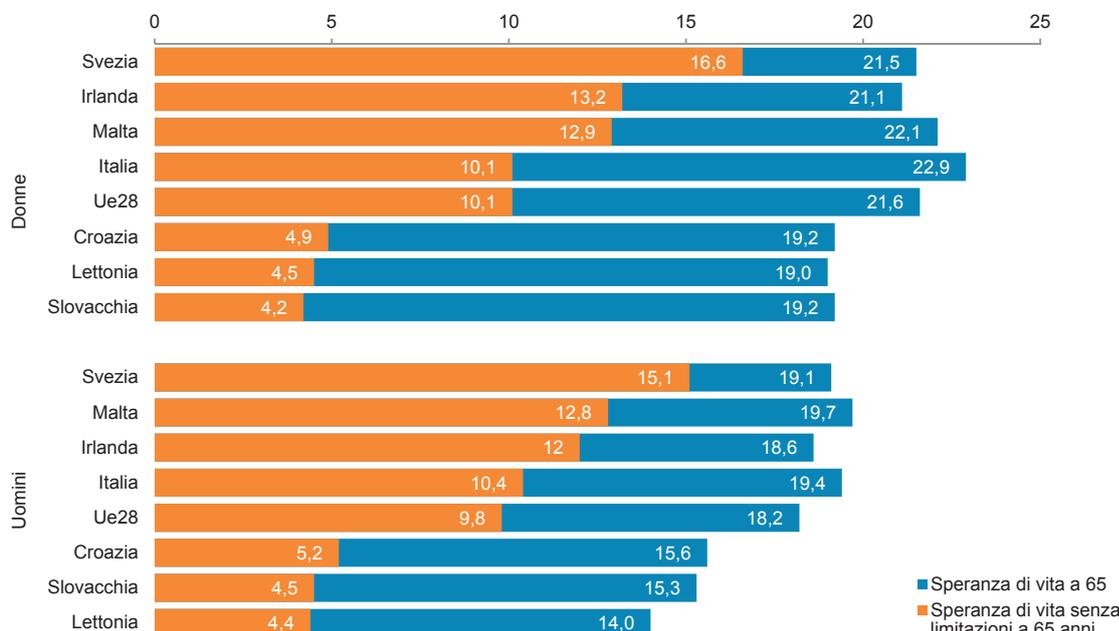
Speranza di vita alla nascita per sesso nei paesi Ue28. Graduatoria in ordine decrescente rispetto al valore della speranza di vita dei maschi. Anno 2016. In anni



Le cose vanno meno bene per quanto concerne il periodo gli anni che restano da vivere in buona salute dopo i 65 anni; lo studio Istat sopra citato evidenzia che tra gli uomini, l'Italia, con 10,4 anni, pur mantenendosi sopra la media europea, perde posizioni, ben al sotto della Svezia che risulta il Paese europeo più virtuoso con 15,1 anni. Nel confronto

femminile il nostro Paese è in linea con la media europea con 10,1 anni. I risultati delle rilevazioni 2017 mostrano che una donna di 65 anni può contare su un'aspettativa di vita media di 22,2 anni, ma di questi 12,8 presenteranno limitazioni nelle attività; un suo coetaneo maschio invece vivrà in media ancora 19 anni, di cui 9 con limitazioni.

Speranza di vita a 65 anni e speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni per sesso in alcuni paesi europei (a). Anno 2016. In anni



La tabella seguente, tratta dal Rapporto AIRTUM "I numeri del cancro in Italia - 2018", evidenzia il trend (dati di fonte Istat) relativi all'attesa di vita alla nascita per gli uomini e le donne italiane dal

1975 al 2015; il rallentamento sconta i forti progressi registrati nei primi anni di rilevazione e un oggettivo deterioramento delle condizioni economico sociali a causa della crisi.

Speranza di vita alla nascita per sesso e anno di nascita

	MASCHI		FEMMINE	
	S* (in anni)	Δ** (in mesi)	S* (in anni)	Δ** (in mesi)
1975	69,4	-	75,8	-
1980	70,5	2,6	77,2	3,4
1985	72,1	3,8	78,6	3,4
1990	73,6	3,6	80,1	3,6
1995	74,8	2,9	81,1	2,4
2000	76,5	4,1	82,3	2,9
2005	78,1	3,8	83,6	3,1
2010	79,3	2,9	84,3	1,7
2015	80,1	2,8	84,6	1,7

Fonte: www.demo.istat.it

*Speranza di vita alla nascita.

** Differenza media annua in mesi rispetto al periodo precedente.

Nell'arco temporale considerato dallo studio AIRTUM "la speranza di vita si è allungata di circa 10 anni in entrambi i sessi (...) il differenziale fra i due sessi si sta riducendo: era, infatti, di 6,4 anni nel 1975, mentre attualmente è di 4,8 anni. (...) Come effetto dell'allungamento

della durata della vita, la nostra popolazione si caratterizza per essere sempre più composta da anziani, che sono soggetti a quelle patologie cronico-degenerative, tra cui i tumori, che hanno il loro picco proprio nell'età adulta-avanzata".

Una seconda tabella tratta dalla medesima fonte, riporta la speranza di vita a diverse età: 65, 70, 75 e 80 anni, sia per gli uomini sia per le donne; il prolungamento della vita per

le persone che superano le soglie di età più avanzata dà conto dell'aumento della popolazione anziana nella società italiana.

Speranza di vita a diverse età, per maschi e femmine, nel 2002 e nel 2015

	MASCHI		FEMMINE	
	2002	2015	2002	2015
65 ANNI	16,9	18,7	20,8	21,9
70 ANNI	13,3	14,9	16,6	17,6
75 ANNI	10,2	11,3	12,7	13,6
80 ANNI	7,5	8,2	9,3	9,9

Fonte: www.demo.istat.it

LE SFIDE DELLA SOSTENIBILITÀ

Il Rapporto n. 19 della Ragioneria dello Stato "Le tendenze di medio-lungo periodo del Sistema pensionistico e socio-sanitario 2018" fa intravedere le problematiche di sostenibilità che il sistema welfare italiano dovrà affrontare pro-futuro dovute all'andamento demografico che si prevede per il nostro Paese per i prossimi 50 anni.

Ancorché vengano presi a riferimento gli scenari più favorevoli rispetto alla ripresa del tasso di fecondità e al saldo annuo di immigrazione (rispettivamente + 0,25 figli per donna e + 54.000 immigrati

netti all'anno), la popolazione di over 65 nel 2070 sarà aumentata di un quasi terzo rispetto ai valori attuali (da 13,9 a 19,8 milioni).

Nello scenario stimato si verrà a determinare un indice di dipendenza¹⁸ strutturale che dall'attuale 69,2 salirà a 102,4, vale a dire che per ogni persona attiva di età compresa tra i 15 e i 64 anni, vi sarà almeno un'altra persona rientrante nella fascia di età che non consente la piena autonomia: gli 11,5 milioni di persone al di sotto dei 15 anni e i 19,8 milioni di over sessantacinquenni graveranno sui 30, 5 milioni di persone in età lavorativa.

(18) Il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età<=14 e età>=65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti (età 15-64)

Scenario demografico: ipotesi alta^(a)

Popolazione per fascia di età al 1° gennaio (in migliaia)

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
Popolazione [0-19]	11.247	10.863	10.569	10.294	10.272	10.574	10.826	10.990	11.065	11.119	11.234	11.469
Popolazione [20-64]	36.329	35.856	35.452	34.584	33.275	31.844	30.987	30.700	30.645	30.628	30.635	30.535
Popolazione [65+]	13.219	13.944	14.930	16.445	18.208	19.777	20.723	20.962	20.823	20.507	20.085	19.807
Popolazione totale	60.796	60.663	60.950	61.323	61.755	62.195	62.537	62.652	62.532	62.254	61.954	61.811
Indice dip. anziani (b)	36,4	38,9	42,1	47,6	54,7	62,1	66,9	68,3	67,9	67,0	65,6	64,9
Indice dip. giovani (c)	31,0	30,3	29,8	29,8	30,9	33,2	34,9	35,8	36,1	36,3	36,7	37,6
Indice dip. totale (d)	67,3	69,2	71,9	77,3	85,6	95,3	101,8	104,1	104,1	103,3	102,2	102,4
Indice vecchiaia (e)	117,5	128,4	141,3	159,8	177,3	187,0	191,4	190,7	188,2	184,4	178,8	172,7

Quadro macroeconomico

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
PIL reale (mld di € 2010)	1.558	1.664	1.777	1.932	2.080	2.231	2.379	2.555	2.773	3.013	3.266	3.538
PIL pro capite (€ 2010)	27.363	27.434	29.148	31.504	33.676	35.866	38.047	40.776	44.347	48.398	52.721	57.245
PIL per occupato (€ 2010)	69.336	70.066	71.865	75.416	80.393	86.199	93.042	100.285	107.620	115.633	124.519	134.216
Tasso di attività [15-64]	64,0%	65,7%	66,5%	68,1%	69,6%	70,5%	70,7%	70,5%	70,3%	70,1%	70,1%	70,1%
Tasso di disoccupazione	11,9%	9,7%	8,1%	7,3%	6,5%	6,0%	5,8%	5,6%	5,5%	5,5%	5,5%	5,5%
Tasso di occupazione [15-64]	56,3%	59,2%	60,8%	62,8%	64,6%	65,8%	66,1%	66,1%	66,0%	65,7%	65,7%	65,6%

Spesa pubblica per pensioni

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
Spesa pensionistica/PIL	15,7%	15,1%	15,1%	15,0%	15,3%	15,4%	15,5%	15,0%	14,1%	13,4%	12,9%	12,5%
Pensione media/produttività	18,8%	19,5%	20,0%	19,9%	19,6%	19,1%	18,4%	17,7%	17,2%	17,1%	17,2%	17,4%
Numero pensioni/numero occupati	83,2%	77,3%	75,7%	75,5%	78,1%	81,0%	83,9%	84,6%	81,5%	78,3%	74,9%	71,8%
Spesa totale per pensioni (in mld € 2010)	241,8	249,4	266,9	288,1	315,3	341,7	364,7	380,6	386,5	399,1	417,4	437,7
Importo medio di pensione (€ 2010)	12.940	13.578	14.267	14.900	15.607	16.296	16.986	17.652	18.410	19.571	21.248	23.113
Numero totale di pensionati (mgl)	15.200	14.864	15.097	15.696	16.576	17.303	17.790	17.900	17.389	16.851	16.199	15.591
- di cui con età 65+	12.500	12.896	13.408	14.242	15.374	16.372	16.989	17.161	16.681	16.183	15.565	14.986

Spesa pubblica per sanità e Long Term Care

Numero totale di pensionati (mgl)	15.200	14.864	15.097	15.696	16.576	17.303	17.790	17.900	17.389	16.851	16.199	15.591
- di cui con età 65+	12.500	12.896	13.408	14.242	15.374	16.372	16.989	17.161	16.681	16.183	15.565	14.986

	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
Spesa sanitaria	6,7%	6,3%	6,5%	6,7%	7,0%	7,2%	7,4%	7,6%	7,7%	7,7%	7,6%	7,5%
- di cui acute care	6,0%	5,7%	5,8%	6,0%	6,3%	6,4%	6,6%	6,7%	6,7%	6,7%	6,6%	6,6%
Componente socio-assistenziale per LTC	1,0%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%	1,3%	1,5%	1,6%	1,6%	1,7%	1,6%
Spesa complessiva per LTC	1,7%	1,7%	1,7%	1,7%	1,8%	2,0%	2,2%	2,4%	2,5%	2,6%	2,6%	2,6%
Spesa per sanità e LTC	7,8%	7,3%	7,5%	7,8%	8,1%	8,4%	8,8%	9,1%	9,3%	9,3%	9,3%	9,2%

(a) Tasso di fecondità: +0,25 al 2070; speranza di vita: +2,1 per i maschi e +2,4 per le femmine; flussi netti di immigrati: +54.000 unità medie annue, con un profilo crescente che passa da circa +30.000 unità medie annue del primo decennio del periodo di previsione a circa +66.000 unità degli anni finali. Tutti i parametri sono fatti variare a partire dal 2018.
 (b) $\text{pop.}[65+]/\text{pop.}[20-64]$.
 (c) $\text{pop.}[0-19]/\text{pop.}[20-64]$.
 (d) $(\text{pop.}[0-19]+\text{pop.}[65+])/\text{pop.}[20-64]$.
 (e) $\text{pop.}[65+]/\text{pop.}[0-19]$.

Il commento del Rapporto OASI 2018 su questo argomento è molto netto: “il rapporto tra popolazione over65 e popolazione attiva è pari al 35%, valore più elevato tra i Paesi europei, il numero medio di figli per donna rimane pari a 1,34 e aumenta l’età media delle madri al parto (31,8 anni). Tra il 2010 e il 2017 la popolazione over65 è cresciuta di 1,3 milioni di persone (+11%). I dati testimoniano il persistere di un’importante crisi demografica, che mina le condizioni alla base del precario equilibrio dell’attuale sistema di Welfare”.

Pare quindi scontato, a fronte di queste considerazioni, che il fabbisogno sanitario nel nostro Paese sia destinato a crescere in misura

notevole negli anni a venire; già oggi la sfida è complessa.

Dal Rapporto OASI 2018 rileviamo che gli accessi al pronto soccorso da parte di over65 tra il 2007 e il 2015 sono aumentati dal 29% al 34%. I servizi di emergenza-urgenza rischiano di trasformarsi nella valvola di sfogo per supplire a un’offerta sanitaria in stasi, stante anche la marcata debolezza dei servizi domiciliari e della presa in carico post-ospedaliera: solo il 27% degli over85 viene dimesso prevedendo strumenti di continuità assistenziale, mentre l’A.D.I.¹⁹ registra una media di 17 ore annue di assistenza fornita per paziente preso in carico, dato in riduzione rispetto alle 22 ore rilevate nel 2008.

(19) L’ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) è un servizio gratuito, rivolto a persone in situazioni di fragilità, senza limitazioni di età o di reddito, in carico al SSN

Nello stesso tempo, cambiano anche le prospettive rispetto alle prassi sperimentate che in Italia consentivano di individuare all'interno stesso dei nuclei familiari i caregivers per fornire la necessaria assistenza ad anziani e disabili, che hanno favorito la sostenibilità del modello di assistenza basato sui trasferimenti di denaro attraverso la cosiddetta indennità di accompagnamento. Come evidenzia il più volte citato Rapporto OASI 2018, dalla rilevazione relativa all'anno 2017 risulta che il 32% delle famiglie è unipersonale; si tratta di 8,1 milioni di individui, di cui oltre la metà (4,4 milioni) è over 60enne, dato in crescita del 14% rispetto al 2011. Si affacciano nuovi fenomeni sociali, come l'aumento degli over 60 che vivono soli a seguito di divorzio o separazione, che nello stesso arco temporale sono passati da 314.000 a 515.000 (+64%).

L'accentuarsi del processo di frammentazione del tessuto familiare e sociale riduce le capacità di assistenza, tradizionalmente in carico alle famiglie, verso le persone in

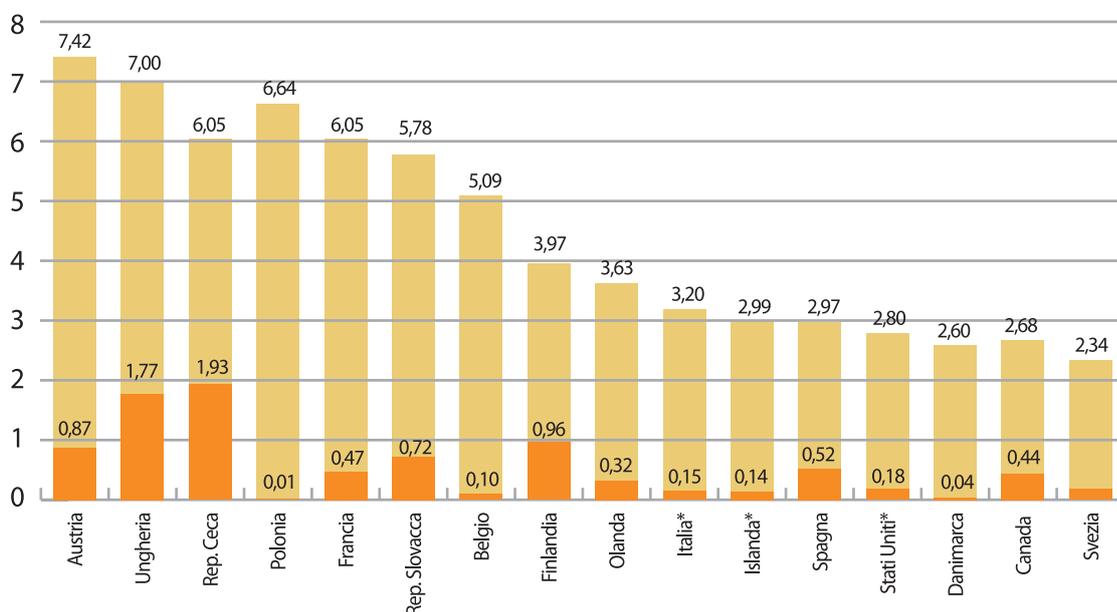
condizioni di fragilità. Nel 2016, rileva il Rapporto, i pazienti con almeno una patologia cronica nel Paese rappresentano il 39% della popolazione, mentre i cronici con più patologie il 21%.

Sempre dal medesimo Rapporto OASI 2018 rileviamo che in Italia gli anziani non autosufficienti sono 2,8 milioni a fronte di 301.693 posti letto in strutture residenziali disponibili (dato 2015).

I servizi socio-sanitari e sociali nel loro insieme risultano scarsi rispetto alle potenziali richieste; la componente pubblica copre circa il 32% della domanda con una frammentazione delle competenze disperse tra diversi attori: SSN, INPS, Comuni.

Il 25% dei cittadini anziani over85 esegue almeno un ricovero nel corso di un anno con una degenza media di 11 giorni; due terzi dei ricoveri effettuati da questa categoria di anziani si riferiscono a più ospedalizzazioni successive nel corso di un anno.

Posti letto ogni 1.000 abitanti totali e long-term care



Posti letto ogni 1.000 abitanti
 Posti letto long-term care ogni 1.000 abitanti
 Note: Non sono disponibili i dati sui PL long-term care per Portogallo, Regno Unito, Svizzera e i Paesi BRIC
 Fonte: Elaborazione su dati OECD Health, 2018

I dati della tabella sopra riportata sui posti letto destinati alla long term care, che vedono il nostro Paese agli ultimi posti del confronto internazionale, non consentono di intravedere soluzioni nel brevissimo termine²⁰.

Il fabbisogno assistenziale è già oggi molto elevato.

Le conclusioni del Rapporto n. 6 – Anno 2019 “Il bilancio del sistema previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell’assistenza”, nel confermare il limitato incremento (+3,7%) della spesa sanitaria dal 2013 al 2017, evidenziano come sia stata ridotta la spesa per il personale (-5% sul totale tra il 2013 e il 2017).

(20) Va anche considerato che in Italia il 75% della popolazione vive in alloggi di proprietà, percentuale più elevata di almeno 10 punti rispetto al nord Europa. Per una persona anziana è spesso molto difficile convincersi di abbandonare la propria abitazione per un fattore in primis culturale, oltretutto per motivazioni economiche dovute agli elevati costi delle rette di degenza nelle poche strutture attrezzate per l'accoglienza che notoriamente sono scarse al nord e ancor meno diffuse nelle regioni meridionali.

La spesa sanitaria negli anni dal 2013 al 2017 e sua composizione (valori in milioni di euro)

VOCI DI SPESA (in milioni)	ANNO 2013	2013 in % sul totale	ANNO 2014	2014 in % sul totale	ANNO 2015	2015 in % sul totale	ANNO 2016	2016 in % sul totale	ANNO 2017	2017 in % sul totale
Spesa per il personale	35.735	32,47%	35.487	31,96%	35.158	31,28%	34.907	31,02%	34.917	30,74%
Spesa per consumi intermedi	28.544	25,94%	29.579	26,64%	30.969	27,55%	31.586	28,07%	32.823	28,89%
Spesa per prestazioni acquistate da produttori e sul mercato (1)	39.365	35,77%	39.684	35,74%	39.744	35,36%	39.589	35,18%	39.565	34,83%
Altre componenti di spesa	6.400	5,81%	6.278	5,65%	6.537	5,82%	6.460	5,74%	6.298	5,54%
Totale spesa sanitaria	110.044		111.028		112.408		112.542		113.603	
INCIDENZA % SU TOTALE SPESA PUBBLICA	818.986	13,42 %	825.479	13,45 %	831.174	13,52 %	829.451	13,57 %	839.599	13,53 %
INCIDENZA % su PIL serie SEC 2010	1.604.478	6,86 %	1.621.827	6,85 %	1.645.439	6,83 %	1.672.438	6,73 %	1.716.935	6,62 %

NOTA: Dati aggiornati al DEF 26 aprile 2018 e alla nota di variazione del 27 settembre 2018, che modificano quelli utilizzati negli scorsi anni relativi ai DEF dal 2017 al 2013 che erano: 2013, 109.614; 2014, 110.938; 2015, 111.242. (1) La voce comprende: 8.076 milioni per assistenza farmaceutica convenzionata; 6.688 per assistenza medico generica; 24.825 per ospedaliera, specialistica, riabilitativa, integrativa e altra assistenza.

Sempre dalla stessa fonte rileviamo che il costo delle attività assistenziali a carico della fiscalità generale ha raggiunto i 110,15 miliardi di euro nel 2017 con un tasso di crescita annuo, a partire dal 2013, del 5,3%²¹. Nel 2017 la spesa pubblica totale in Italia ha sfiorato gli 840 miliardi

di euro; il 54% delle uscite riguardano pensioni, sanità, assistenza. Si tratta di una spesa ingente²² che ricade sulle spalle dei contribuenti che notoriamente non vantano un rapporto facile con l'Amministrazione Fiscale²³.

Entrate dello Stato (dati in milioni di euro)

Tipologia Entrate/anni	2012	2013	2014	2015	2016
Entrate da contributi sociali (1)	172.323	171.911	172.800	176.303	181.225
Entrate tributarie					
DIRETTE (3)					
Irpef ordinaria (imposta al lordo bonus 80 €)	152.270	152.238	151.185	155.429	156.047
Irpef ordinaria (dal 2014 imposta al netto bonus 80€)	152.270	152.238	145.108	146.193	146.679
Ires	33.333	31.107	32.486	33.332	35.373
Imposta sostitutiva (Isost)	9.227	10.747	10.083	11.123	9.022
TERRITORIALI (3)					
Addizionale regionale	10.730	11.178	11.383	11.847	11.948
Addizionale comunale	3.234	4.372	4.483	4.709	4.749
Irap	34.342	34.767	30.468	29.370	22.773
TOTALE entrate contributive e imposte dirette	415.459	416.320	406.811	412.878	411.769
INDIRETTE (3)	246.110	238.675	248.207	249.324	250.000
altre Entrate (2)	110.162	117.028	121.571	121.839	127.622
Entrate totali	771.731	772.023	776.589	784.041	789.391
Spesa totale per prestazioni sociali (per memoria)	436.064	442.254	445.335	446.235	451.733

(1) Entrate contributive dalla produzione senza i trasferimenti da Stato e altri enti (tabella 1 a);
 (2) Calcolate per differenza dal resto delle altre entrate rispetto al totale entrate (non coincidono con DEF); contengono i contributi Inail (11,625 mld. nel 2016) e GPT (gestione prestazioni temporanee Inps pari per il 2016 a circa 20,8 miliardi)
 (3) Dati desunti da MEF: http://www.finanze.it/export/sites/finanze/it/.content/Documenti/entrate_tributarie_anno/RETeC-pdf; da Mostacci.it

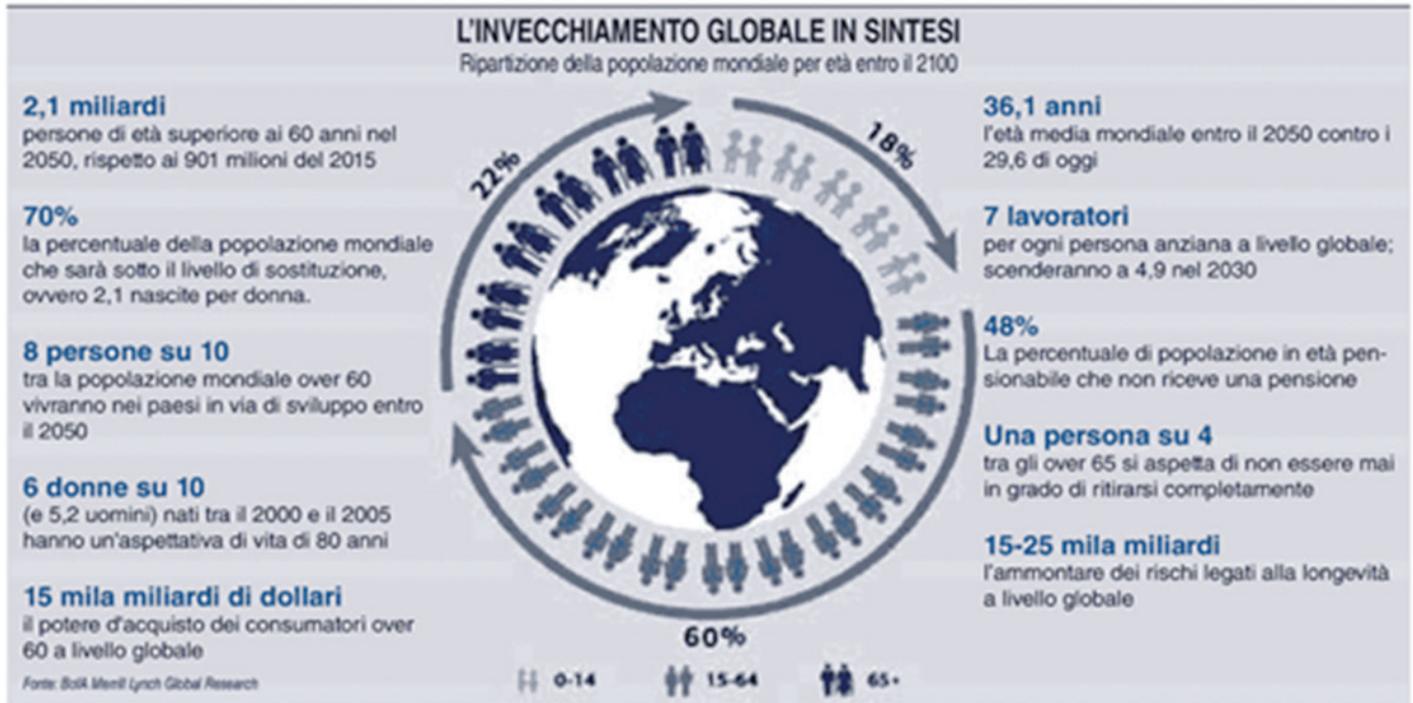
(21) La crescita dei trasferimenti per assistenza (107,374 miliardi di euro nel 2016, 103,673 nel 2015, 98,44 nel 2014, 93,2 nel 2013 e 83,5 del 2012), secondo la fonte citata, ha determinato una spesa che vale il 65% della spesa pensionistica al netto dell'IRPEF con un'incidenza sul Pil del 6%. Andrebbero aggiunti gli importi delle spese assistenziali sostenute dagli Enti Locali, il nuovo REI introdotto nel 2018 e il nuovo reddito di cittadinanza che lo ingloberà nel 2019.

(22) La spesa sociale italiana, in rapporto al PIL, in Europa è seconda solo a quella di Francia, Finlandia e Belgio, ma sopravanza quella austriaca, svedese e tedesca. - P. Reichlin Il Sole 24 Ore, 16 maggio 2019

(23) A questo riguardo Alberto Brambilla, Presidente di Itinerari Previdenziali, nel commentare i dati della spesa sopra esposti in un articolo sul Corriere Economia dell'11 febbraio 2019, al riguardo scrive: "Per finanziare quest'enorme spesa (tra le più elevate in Europa) servono tutti i contributi, tutte le imposte dirette e una parte delle indirette. Ma chi le paga? La metà degli italiani dichiara reddito zero o inferiore a 7.500 euro lordi all'anno; il 45% di tutti i contribuenti (sono circa 40 milioni) versa solo il 2,8% dell'Irpef mentre il 57% dell'Irpef è a carico del 12% dei contribuenti, tra i quali l'1,10% massacrati dalle imposte e da tagli indiscriminati e mancate rivalutazioni sulle pensioni, versa il 18,86% dell'Irpef. Dati fiscali e assistenziali non credibili per un paese come il nostro".

Dare sostenibilità al sistema, pare quindi costituire la vera sfida per un Paese che invecchia. L'invecchiamento peraltro è un problema globale, che investe il

futuro di tutti i paesi avanzati²⁴: per il 2050 si prevede che la popolazione mondiale di over sessantenni raggiunga i 2,1 miliardi di persone contro i 901 milioni del 2015.



Si tratterà di affrontare problemi nuovi e criticità su vasta scala, ma già oggi la cosiddetta silver economy rappresenta anche una grande opportunità. Il tema della salute è fra i punti essenziali: medicina e biotech segnano un tasso di incremento tra il 4,5% e il 9% annuo; il business delle cure a domicilio è in evoluzione e si punta ad un uso maggiore di sensori e rilevatori da remoto per le diagnosi e il monitoraggio dei pazienti anche nelle zone più periferiche.

Si prevede che il mercato mondiale dell'assistenza domiciliare vada incontro ad una rilevante crescita nei prossimi anni. L'invecchiamento richiede l'attivazione di maggiori servizi di assistenza e la messa in campo di trattamenti medici più fruibili e prossimi all'assistito per fronteggiare la crescente diffusione delle malattie croniche. Aumenterà anche la domanda di servizi (palestre, centri benessere) per innalzare la qualità della vita e il benessere psico-fisico con l'adozione di stili di vita appropriati.

Una possibile risposta ai problemi della cura potrà arrivare dalla telemedicina, un'area ad oggi sperimentale che avrà il pregio di sfruttare la diffusione della banda larga; in particolare l'implementazione del 5G²⁵ renderà possibile un più efficace utilizzo dei nuovi devices relativi ai monitoraggi da remoto

grazie agli smartphone e a soluzioni tecnologiche innovative. Benché oggi si sia di fronte ad iniziative di telemedicina che potremmo definire "pilota", pare chiaro che queste tecnologie rappresentino la strada per il futuro²⁶ in ragione dei vantaggi che determinano:

- consentono una particolare capillarità nella copertura territoriale per raggiungere pazienti residenti in zone anche molto svantaggiate;
- rendono possibile la sorveglianza attiva di pazienti cronici dando modo ai caregivers di gestire meglio le situazioni più impegnative;
- permettono al paziente di abbreviare l'ospedalizzazione limitando di molto i costi che ne derivano con un indubbio vantaggio in termini di sostenibilità complessiva dei sistemi di cura e assistenza;
- si integrano molto bene con i nuovi protocolli di cura domiciliare per migliorare l'assistenza dei malati cronici più anziani; assicurano continuità dell'assistenza e tempestività degli interventi nei casi di necessità attraverso una medicina diffusa.

(24) Si veda L. Magna che commenta i dati BofA Merrill Lynch qui riportati - Milano Finanza, 3 agosto 2018

(25) Nell'ambito della telefonia mobile cellulare, con il termine 5G (acronimo di 5th Fifth Generation) si indicano le tecnologie e gli standard di quinta generazione che permettono quindi prestazioni e velocità superiori a quelli della tecnologia l'ha preceduta.

(26) Si veda al riguardo l'articolo pubblicato sul Corriere della Sera il 2 febbraio 2019 a commento della decisione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità OMS di "sdoganare" le nuove tecnologie.

In sintesi, già oggi permettono di migliorare la vicinanza al paziente²⁷, la copertura territoriale, la sostenibilità e l'efficacia nella cura delle forme croniche di alcune patologie degenerative a lenta progressione quali BPCO, diabete, ipertensione.

Non stupisca perciò il passo compiuto dall'Organizzazione mondiale della Sanità OMS che a metà aprile ha pubblicato le nuove raccomandazioni elencando dieci modi²⁸ in cui i Paesi possono usare al meglio la tecnologia per la sanità digitale, accessibile tramite smartphone, tablet e computer, per migliorare la salute delle persone e rinforzare i servizi essenziali.

L'OMS raccomanda l'uso della tecnologia digitale come supporto agli operatori sanitari nelle operazioni di decision-making, di supporto per la tracciabilità della salute e per i servizi all'utente, come metodo di gestione dei prodotti farmaceutici per evitare scoperture,

ma anche quale fattore abilitante per il miglioramento delle possibilità di cura e assistenza, per rinforzare i servizi di telemedicina e aumentare la comunicazione con i pazienti.

La digitalizzazione della medicina consentirà di essere accanto al paziente ovunque egli sia, superando la necessità di limitare la relazione in ambienti condivisi e in tempi differiti, con costi più contenuti e disponendo di informazioni e dati tracciati che consentano una conoscenza approfondita del suo stato di salute e facilitino l'integrazione tra chi lo ha in cura. Su questo versante il SSN è impegnato nel non facile processo di attivazione del fascicolo sanitario elettronico FSE²⁹ con l'obiettivo di agevolare l'assistenza, migliorare la qualità dei servizi di prevenzione, diagnosi, cura e programmazione sanitaria, nonché l'efficienza attraverso la dematerializzazione e il miglioramento dei processi amministrativi.

 **Che cos'è**
Il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) è una «**cartella virtuale**» che raccoglie e rende disponibili su Internet informazioni e documenti clinici relativi a un cittadino, in forma protetta e riservata

 **Come funziona**
La maggioranza delle strutture sanitarie raccoglie i dati medici di un cittadino, quando è assistito, in un «**archivio digitale**»

 Se l'assistito lo richiede, i dati possono formare il Fse individuale

 L'assistito visiona le informazioni con un codice Pin (rilasciato dalla Asl) o tramite la Tessera sanitaria nazionale

 **Il 95% delle Regioni** dà la possibilità di attivare il Fse

 **11,5 milioni** Gli italiani che hanno dato il consenso all'apertura di un proprio Fse

 **239 milioni** I referti digitalizzati

Fonte: ministero della Salute; Agid

Corriere della Sera

(27) Occorre però chiedersi perché la loro diffusione fatica ad imporsi; il vero problema è di ordine culturale: vanno progressivamente superate le resistenze dell'abitudine di incontrare de visu il curante.

(28) Di seguito le 10 indicazioni dell'OMS:

1. Notifica del certificato di nascita tramite dispositivi mobili
2. Notifica del certificato di morte tramite dispositivi mobili
3. Segnalazione delle notifiche di stoccaggio e gestione dei prodotti farmaceutici tramite dispositivi mobili
4. Telemedicina client-to-provider
5. Telemedicina provider-to-provider
6. Comunicazioni con pazienti target mediante dispositivi mobili
7. Supporto al decision-making degli operatori sanitari tramite dispositivi mobili
8. Tracciabilità digitale dello stato di salute e dei servizi al cliente (digital tracking)
9. Integrazione della tracciabilità digitale con il supporto di decision-making e le comunicazioni con pazienti target
10. Training digitale per gli operatori sanitari tramite dispositivi mobili (mobile learning)

(29) Riportiamo da A. F. Pattaro Università di Modena e Reggio Emilia - Network Digital 360 - Agenda Digitale 9 aprile 2019: "Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) è lo strumento attraverso il quale il cittadino può tracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari per garantire un servizio più efficace ed efficiente (...). Il FSE ha un orizzonte temporale che copre l'intera vita del paziente, in quanto è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che lo prendono in cura nell'ambito del SSN e dei servizi socio-sanitari regionali (...). All'interno del FSE possono confluire tutte le informazioni sanitarie che descrivono lo stato di salute dell'assistito e tutti i documenti sanitari, come ad esempio prescrizioni di medicinali, prescrizioni (...) referti (...), verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione ospedaliera, terapie, anamnesi ecc. Tutte le informazioni e i documenti che costituiscono il FSE dovrebbero essere resi interoperabili per consentire la sua consultazione e il suo popolamento in tutto il territorio nazionale e non solo nella regione di residenza dell'assistito (...). L'attivazione del FSE da parte dei cittadini può avvenire secondo diverse modalità in quanto ogni regione o provincia autonoma può prevedere autonomamente una o più procedure di attivazione, attribuendo inoltre ai Medici di Medicina Generale un ruolo più o meno attivo in tali procedure (...) qualunque modalità venga utilizzata è prevista la richiesta al cittadino di un esplicito e libero consenso (...). Il Fascicolo sanitario elettronico è in qualche modo presente in 17 Regioni, sono stati attivati 11.450.600 FSE per un totale di 238.864.921 referti digitalizzati". Sul tema si veda anche M.G. Faiella - Corriere della Sera 30 marzo 2019.

Sul piano economico-finanziario la sfida della digitalizzazione richiederà investimenti ingenti che consentiranno di ricavarne un valore aggiunto in termini di sostenibilità generale del sistema sanitario. Un'altra partita da vincere per permettere all'Italia di stare al passo con la propria storia. Un punto di svolta per togliere argomentazioni

a coloro che dubitano dell'appropriatezza delle cure effettuate per il tramite della sanità integrativa: l'integrazione nel FSE dei dati sanitari complessivi dell'assistito, certamente auspicabile, consentirà di valutare al meglio dal punto di vista medico le motivazioni di ciascuna richiesta di cura³⁰.

L'UNIONE FA LA FORZA

Se il quadro è quello tracciato, se le sfide da superare sono di portata globale, sembrerebbe scontato che nel Paese si faccia tutto il possibile per unificare le risorse disponibili per affrontare con maggior sicurezza il futuro, valorizzando al massimo, gli assetti che hanno consentito di garantire quel primario diritto tutelato dalla Costituzione che è la salute.

La Commissione XII Affari sociali della Camera dei Deputati in questi mesi è impegnata in un percorso di approfondimento conoscitivo finalizzato a riformare i Fondi Sanitari e, più in generale, a ridisegnare i modelli di intervento e di operatività della Sanità integrativa, con i seguenti, principali obiettivi:

- approfondire la materia al fine di valutare le necessità di riordino della sanità integrativa;
- analizzare l'opportunità di introdurre un divieto esplicito per i fondi sanitari di erogare prestazioni sanitarie sostitutive già ricomprese nei LEA;
- verificare l'onere finanziario complessivo riferito alle agevolazioni fiscali legate ai fondi sanitari;
- valutare la necessità di introdurre norme per migliorare la trasparenza ed eliminare i conflitti di interesse tra i gestori dei Fondi e chi li promuove.

Nel corso delle audizioni sono stati prodotti dati, rapporti e osservazioni dagli stakeholder per delineare posizioni e punti di vista diversificati³¹ che il settore, complesso, articolato ed eterogeneo della sanità integrativa in Italia esprime: assicurazioni, Fondi, Associazioni mutualistiche ed altri operatori si sono succeduti nelle audizioni in rappresentanza di una realtà che si è imposta alle cronache soprattutto per le dimensioni raggiunte. La spesa sanitaria privata, che nel 2018 ha superato i 40 miliardi di euro, viene intermediata da fondi, casse di mutuo soccorso ed assicurazioni per poco più di 5 miliardi di euro³², mentre la restante parte della spesa ricade sulle famiglie (cosiddetta out of pocket).

Contestualmente è stata lanciata una severa accusa³³ contro la sanità integrativa e contro il welfare aziendale fornendone una rappresentazione parziale.

La sanità integrativa è stata liquidata come una modalità di assistenza per pochi privilegiati, che produce una medicalizzazione della società attraverso cure aggiuntive e inappropriate. Un settore poco trasparente e carente nei controlli, sostenuto da pressanti campagne di marketing volte a ingigantire le difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie offerte dal SSN e le statistiche di rinuncia alle cure.

(30) Non è il caso di cadere nella trappola delle difficoltà applicative; mutatis mutandis, l'implementazione del 730 precompilato con i dati sanitari, effettuata dall'Agenzia delle Entrate nel 2016, ha dimostrato che la sanità integrativa può fornire un contributo efficace e tempestivo.

(31) Con riguardo al lavoro della Commissione Affari sociali della Camera si veda A. Messia – Assinews - 21 febbraio 2019

(32) Sussistono tuttora difficoltà di quantificazione di questa componente; una ricerca di KPMG, ripresa dal quotidiano "la Repubblica AFFARI & FINANZA" il 18 marzo 2019 indica in 6 miliardi il valore della quota intermediata da fondi, casse ed assicurazioni (15% della spesa sanitaria privata)

(33) Si fa riferimento al "Rapporto Osservatorio Gimbe 1/2019"; in sintesi se ne riportano le osservazioni più critiche.

- La sanità integrativa risponde a bisogni indotti dalla medicalizzazione della società e condizionati da consumismo, pseudo-diagnosi e preferenze individuali attraverso l'offerta agli iscritti di "servizi diagnostici preventivi che in larga misura fanno emergere malattie che non si sarebbero mai manifestate, pagati con i soldi di tutti. Di conseguenza, il SSN è "costretto" a sprecare ulteriore denaro pubblico per interventi sanitari inappropriati o dannosi. Se l'obiettivo del welfare aziendale è quello di affiancare l'offerta pubblica, le tipologie di servizi e prestazioni sanitarie finiscono spesso per duplicare quanto già incluso nei LEA, con il benessere delle organizzazioni sindacali che da difensori delle tutele pubbliche si sono trasformati (in)consapevolmente in "compagni di viaggio" dei fautori della privatizzazione. In particolare, i sindacati hanno accettato l'offerta di convertire un aumento salariale in prestazioni di welfare contrattuale, senza considerare che i vantaggi più consistenti sono per i datori di lavoro che possono azzerare il cuneo fiscale sulle somme erogate ai lavoratori e dedurre le spese dal reddito d'impresa".
- La frammentazione della normativa ha generato un impianto legislativo incompleto, una totale deregulation del settore, scarsa trasparenza e carenza di sistemi di controllo. Ne derivano rischi di privatizzazione della sanità e per la sostenibilità del SSN perché vengono destinate risorse pubbliche alle agevolazioni fiscali dei fondi sanitari, invece che aumentare le risorse per la sanità pubblica. Vi sono rischi per l'equità poiché le agevolazioni fiscali previste dalla normativa esistente sono una spesa fiscale sostenuta da tutti i contribuenti mentre i beneficiari dei fondi sanitari integrativi sono: i lavoratori dipendenti, rispetto a quelli autonomi, le categorie di lavoratori con maggiori capacità negoziali, i lavoratori con redditi più elevati, i residenti in alcune aree del Paese, generando iniquità e disuguaglianze. Vi sono poi rischio di aumento della spesa sanitaria perché i fondi sanitari devono gestire innumerevoli transazioni con organizzazioni e professionisti sanitari, aumentando l'impatto dei costi amministrativi. Si genera il rischio di sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie con un aumento della domanda, medicalizzazione della società e limitata presenza di meccanismi di verifica dell'appropriatezza.
- "In conclusione, i fondi sanitari offrono solo vantaggi marginali ai lavoratori dipendenti con il rimborso di alcune spese, peraltro ampiamente ripagate dalla rinuncia ad una quota di pensione e di TFR. A legislazione vigente chi beneficia sicuramente dei fondi sanitari sono le imprese (che risparmiano sul costo del lavoro), l'intermediazione finanziaria e assicurativa (che aumenta i propri profitti) e gli erogatori privati di prestazioni sanitarie (che possono contare su un notevole incremento della domanda di prestazioni). Per il SSN sul piano del finanziamento, del potenziamento e dell'equità i fondi sanitari non determinano alcun beneficio, ma solo effetti avversi. Cittadini e pazienti, ingenuamente soddisfatti di "saltare la fila" ottenendo in tempi brevi innumerevoli prestazioni inappropriate in ambienti confortevoli, devono ancora prendere consapevolezza, insieme ai medici, dei rischi che i fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento determinano sulla propria salute".

Il welfare aziendale è stato definito un'indebita espropriazione a danno dei lavoratori, a solo beneficio dei datori di lavoro.

Per sostenere il ruolo propulsivo della sanità integrativa e fornire risposte compiute alla crescita registrata negli ultimi anni da parte di questo settore, occorre premettere che in Italia vi operano una pluralità di soggetti che assicurano ai propri iscritti la fruizione di prestazioni integrative, sostitutive o complementari a quelle garantite dal SSN.

In questa sede adotteremo la classificazione proposta a seguito del lavoro di approfondimento coordinato da Mefop³⁴ che ha visto impegnati numerosi Fondi Sanitari nel corso dell'ultimo triennio e che

si è concretizzato nella definizione delle Linee Guida per il "codice di autoregolamentazione"³⁵ pubblicate il 29 marzo 2019.

Si è trattato di un approfondimento condotto attraverso tavoli di lavoro che hanno registrato la partecipazione dei diversi attori (fondi sanitari, casse, società di mutuo soccorso, assicurazioni) coadiuvati da esperti e qualificati consulenti, svolto nella piena consapevolezza della necessità di un intervento organico di riforma delle norme³⁶ che regolano attualmente la sanità integrativa. Un "settore" che raggruppa soggetti di diversa natura che esprimono modalità di intervento e finalità diversificate e che godono di diverso trattamento fiscale.

(34) Ci si riferisce al documento "Linee Guida per la best-practice dei Fondi Sanitari" - Documento elaborato dai Fondi sanitari partecipanti ai tavoli organizzati e coordinati da Mefop SpA Versione aggiornata al 29.03.2019.

(35) Il documento pubblicato recepisce gli esiti dei Tavoli di lavoro. Le indicazioni che vi sono contenute, anche laddove formulate in modo prescrittivo, rappresentano previsioni di best practice cui il Fondo sceglie di aderire nel rispetto dei limiti che la compatibilità con la singola specifica realtà impone.

(36) Dalla pubblicazione "Report n. 1 – Le attività dell'Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi (SIAF)" resa disponibile dall'Anagrafe dei Fondi Sanitari istituita presso il Ministero della Salute, alla quale si rimanda per un quadro di riferimenti più ampio ed organico, riportiamo le principali norme di riferimento per i Fondi Sanitari, anche con riguardo all'inquadramento fiscale:

- Art. 46 "Mutualità volontaria" della legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale".
- Art. 9 "Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale" del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.
- Art. 26 "Utilizzo di fondi integrativi per prestazioni sociali" della legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
- Decreto ministeriale (Ministero della salute) 31 marzo 2008 "Ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da enti e casse aventi esclusivamente fini assistenziali".
- Decreto ministeriale (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali) 27 ottobre 2009 "Modifica al decreto 31 marzo 2008, riguardante Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale".

Normativa fiscale

- Articolo 10 "Oneri deducibili", comma 1, lettera e-ter e articolo 51 "Determinazione del reddito di lavoro dipendente", comma 2, lettere a), f-ter, f-quater del DPR n. 917 del 22 dicembre 1986 di approvazione del Testo unico delle imposte sui redditi (TUIR); articoli modificati, per gli aspetti di interesse, dalle seguenti leggi:
 - o Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008);
 - o Legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di Stabilità 2016);
 - o Legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di Bilancio del 2017).

Le Linee Guida sopra richiamate chiariscono che l'assistenza sanitaria integrativa costituisce una forma di assistenza sanitaria privata che si sviluppa con l'obiettivo di affiancare le prestazioni assicurate dalla sanità pubblica, attraverso l'erogazione di prestazioni "integrative" a quelle del SSN e distinte in:

- integrative o aggiuntive;
- integrative e complementari;
- sostitutive o duplicative.

rispetto a quelle comprese nei LEA, definiti dal Piano nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

Nell'ambito della classificazione si riconoscono forme collettive e forme individuali di assistenza sanitaria integrativa:

- forme di assistenza sanitaria integrativa realizzate attraverso l'istituzione di Fondi sanitari, Casse e Società di Mutuo Soccorso con finalità esclusivamente assistenziale dedicate all'adesione di collettività qualificate o attraverso l'adesione a Fondi sanitari già operanti sul mercato, in base ad un accordo collettivo o regolamento.
- forme di assistenza sanitaria integrativa realizzate attraverso l'adesione individuale di lavoratori o cittadini a Fondi sanitari o Enti, Casse e Società di Mutuo Soccorso con finalità esclusivamente assistenziale.

Più in dettaglio:

- I Fondi sanitari istituiti dall'art. 9 del D.Lgs. 502/92 (fondi sanitari "DOC") si caratterizzano come Fondi sanitari "integrativi" del SSN. Hanno l'obiettivo di erogare le prestazioni escluse dal sistema pubblico o parzialmente a carico dei privati. Le caratteristiche di questi Fondi sanitari sono dettagliate dal D.Lgs. 229/1999 che li definisce come forme di mutualità privata, caratterizzate da:
 - non selezione dei rischi sanitari;
 - non discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti;
 - non concorrenza con il SSN.

La non concorrenza è comunque un principio ampio, visto che questi Fondi sanitari possono erogare anche prestazioni complementari, come per esempio quelle svolte nell'ambito della libera professione intramuraria ex art.1, comma 4, lett. b) dell'art. 9 del D.Lgs. 502/92, modificato dal D.Lgs. 229/1999. Possono essere istituiti come Fondi sanitari di tipo associativo/fondazionale; SMS registrata; Fondi sanitari aperti ex art. 2117 Codice Civile; polizze di assicurazione, se stipulate da imprese di assicurazione in forma collettiva, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti. Nella forma individuale, rappresentano di fatto una forma di "terzo pilastro" nell'ambito dell'assistenza sanitaria;

- Enti, Casse e SMS aventi esclusivamente fini assistenziali, possono offrire anche prestazioni sostitutive o duplicative, ossia cure ricadenti nei LEA, fornite in strutture convenzionate e non convenzionate con il SSN. Dal punto di vista storico, queste forme esistono e operano da molti anni e sono state riconosciute dalla disciplina successiva come preesistenti, ciò nonostante molteplici forme di nuova istituzione hanno adottato questo modello. Tali forme devono rispettare/adeguarsi a determinati parametri per essere iscritte all'Anagrafe dei Fondi sanitari (cfr. rispetto della cd. "soglia del 20% delle risorse vincolate" per poter beneficiare dei vantaggi fiscali previsti dal decreto). A tali forme si applica l'art. 51, comma 2, lett. a) del TUIR che prevede la deducibilità limitata ai soli lavoratori dipendenti iscritti collettivamente per effetto di un contratto o regolamento aziendale.

Il nostro Fondo Sanitario rientra in quest'ultima tipologia di fondi, di derivazione negoziale, costituiti in conformità a disposizioni di contratto, di accordo o di regolamento aziendale.

Si tratta dei Fondi sanitari cosiddetti bilaterali, costituiti dalle Parti sociali (o Fonti Istitutive), in ambito di singole aziende, gruppi aziendali o categorie di lavoratori. Tranne poche eccezioni, rientrano tra le associazioni non riconosciute costituite con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria dei propri iscritti e dei rispettivi familiari, attraverso la mutualità e la solidarietà intergenerazionale che intercorre tra gli assistiti, spesso dipendenti in servizio ed ex dipendenti in quiescenza.

A questo scopo adottano regole statutarie che prevedono meccanismi di solidarietà per permettere agli assistiti che più necessitano di prestazioni sanitarie di fruirne, senza ricorrere a forme di selezione per particolari patologie o per determinate soglie di età. Si tratta di realtà che, fatti salvi i principi di prudente gestione e di sostenibilità nel medio-lungo termine, destinano l'intera contribuzione corrisposta da iscritti e datori di lavoro alle prestazioni a favore degli assistiti chiamati a contribuire in percentuale al loro reddito imponibile.

Per tutelare il requisito dell'appropriatezza nelle cure, detti fondi di norma subordinano il riconoscimento delle prestazioni, sia in relazione all'assistenza diretta, sia in caso di rimborso di spese sostenute dall'associato, alla presentazione di prescrizione medica e prevedono una franchigia a carico del beneficiario determinata in misura percentuale sull'onere della spesa.

Il Fondo Sanitario Intesa Sanpaolo rientra in questa categoria di fondi e si è dotato di un modello di governance mutuato dall'esperienza dei fondi pensioni presenti nel Gruppo bancario di cui è espressione per rispondere pienamente alle esigenze di trasparenza, controllo, sana e prudente gestione anche in ottica di sostenibilità nel medio-lungo periodo.

**I DATI
DELL'ANAGRAFE
DEI FONDI
SANITARI
PRESSO IL
MINISTERO
DELLA SALUTE**

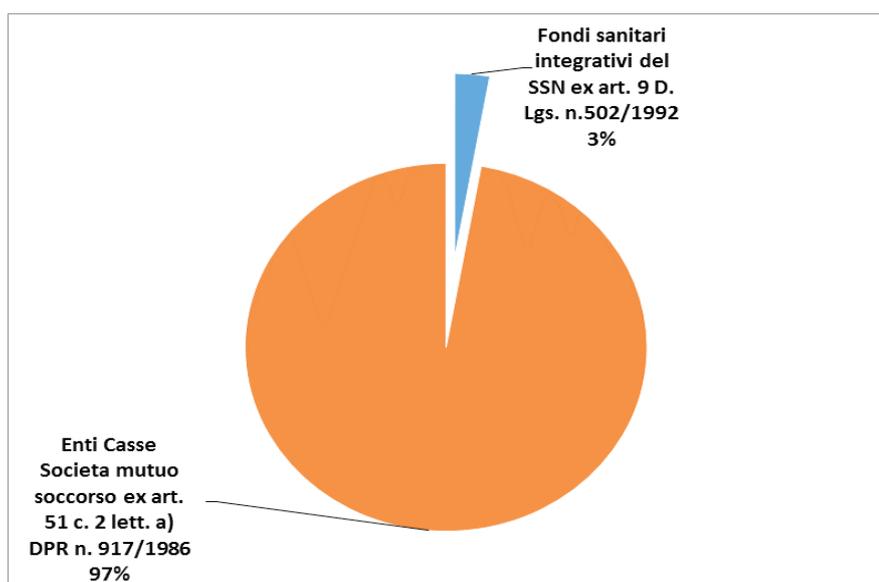
Per i dati relativi ai Fondi sanitari, rispetto ai quali da qualche tempo in qua circolano informazioni più o meno approssimative, è opportuno attenersi al documento reso disponibile dall'Anagrafe dei Fondi costituita presso il Ministero della Salute, richiamato alla nota 36, completo dei dati certificati dalla costituzione dell'Anagrafe sino a tutto il 2017.

Si tratta della fonte più qualificata che dispone di informazioni attendibili che testimoniano in modo inoppugnabile l'azione dei Fondi negli anni, la loro diffusione e la copertura integrativa che offrono a 11 milioni di cittadini italiani.

Scorrendo i dati contenuti nel documento sopra indicato, si rileva che dall'anno 2010 al 2017, il numero dei fondi attestati dall'Anagrafe è aumentato progressivamente (dai 267 fondi sanitari attestati nell'anno 2010 si è saliti ai 322 nel 2017).



Negli anni di attività dell'Anagrafe, sono stati censiti prevalentemente fondi di tipologia B (enti, casse e società di mutuo soccorso ex art. 51 del Tuir). In particolare, nell'anno 2017 i fondi di tipologia B rappresentano il 97% dei fondi attestati.



Nel 2017 sono stati 9 i fondi di tipologia A che hanno rinnovato l'iscrizione ed uno solo si è iscritto per la prima volta, mentre sono stati 301 i fondi di tipologia B che hanno rinnovato l'iscrizione e 12 si sono iscritti ex novo. La natura giuridica dichiarata dai fondi sanitari attestati nell'anno 2017

è stata prevalentemente di associazione non riconosciuta, e riguarda 267 fondi sanitari su 322. Il numero degli attestati di iscrizione all'Anagrafe rilasciati alle società di mutuo soccorso sono via, via aumentati nel corso degli anni.



I dati trasmessi all'Anagrafe ministeriale hanno evidenziato un leggero, ma costante aumento delle risorse impegnate per l'erogazione delle prestazioni e del numero degli iscritti.

enti casse società di mutuo soccorso	anno di attestazione	anno fiscale di riferimento	totale dell'ammontare delle prestazioni sanitarie vincolate in €	totale delle risorse erogate agli iscritti per tutte le prestazioni in €	%	totale iscritti
313	2017	2016	753.762.824	2.328.328.385	38	10.605.308
297	2016	2015	694.092.843	2.242.215.085	31	9.145.336
293	2015	2014	682.448.936	2.159.808.946	32	7.493.179
286	2014	2013	690.892.884	2.111.730.229	33	6.913.373

In particolare, tra le prestazioni³⁷ erogate ai sensi del cosiddetto Decreto Sacconi per un totale di 754 milioni di euro, prevale l'assistenza odontoiatrica con 509 milioni (si veda il dettaglio nella nota sotto riportata).

(37) Si tratta delle risorse vincolate rilevate ai sensi del DM 27/10/2009 art.2, comma 2, lettera d), rispetto al 2016 il documento riporta il seguente dettaglio:

Significativo l'incremento del numero degli iscritti, attestati dall'Anagrafe a 10,6 milioni nel 2017³⁸.

anno	n. fondi attestati	n. totale degli iscritti
2017	322	10.616.405
2016	305	9.154.492
2015	300	7.493.824

I dati più recenti consentono di stimare che a fine 2018 la copertura avesse superato gli 11 milioni di cittadini: lavoratori, pensionati e rispettivi familiari. L'auspicio è che il Legislatore impegnato nella riforma dei fondi sanitari, data per scontata da più parti³⁹, prenda

in seria considerazione i dati sopra evidenziati, avendo presente il ruolo che negli anni la sanità integrativa ha assunto in Italia che va a coprire bisogni che il SSN, pur nella sua centralità che nessuno può mettere in discussione, non riesce a soddisfare.

- Il 33% hanno erogato solo assistenza odontoiatrica (per un massimo di spesa di euro 3.044.667, un minimo di euro 36 e una media di euro 342.787).
 - Il 19% hanno erogato prestazioni finalizzate al recupero della salute (per un massimo di euro 1.868.533 e un minimo di euro 176) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 13.235.514 e un minimo di euro 76).
 - Il 18% hanno erogato tutte le prestazioni extra LEA previste dall'anagrafe: prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 6.339.500 e un minimo di euro 437), prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (per un massimo di euro 14.143.183 e un minimo di euro 250), prestazioni finalizzate al recupero della salute (per un massimo di euro 7.248.207 e un minimo di euro 100) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 30.587.575 e un minimo di euro 300).
 - Il 12% hanno erogato prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (per un massimo di euro 9.426.832 e un minimo di euro 42), prestazioni finalizzate al recupero della salute (6.754.594 e un minimo di euro 465) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 37.001.669 e un minimo di euro 591).
 - Il 7% hanno speso risorse per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 3.445.142 e un minimo di euro 1.888), prestazioni finalizzate al recupero della salute (per un massimo di euro 4.619.588 e un minimo di euro 13.419) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 23.583.885 e un minimo di euro 17.669).
 - Il 5% hanno erogato solo prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (per un massimo di 2.069.600 e per un minimo di euro 2.789) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 17.870.537 e per un minimo di euro 34.5206).
 - Il 3% hanno erogato solo prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 373.756 e un minimo di euro 1.319) e prestazioni di assistenza odontoiatrica (per un massimo di euro 794.610 e un minimo di euro 2.093).
 - Il 2% hanno erogato unicamente prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (per un massimo di euro 33.624.562 e un minimo di euro 180).
 - Un solo fondo sanitario ha erogato prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (euro 1.040.324) e prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (euro 1.040.324), un altro ha erogato prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (euro 5.234.532) e prestazioni finalizzate al recupero della salute (euro 815.462) e un altro ancora ha erogato solo prestazioni finalizzate al recupero della salute (euro 19.790).
 - Dall'analisi delle percentuali delle risorse vincolate (rapporto tra le risorse erogate per tutte le prestazioni e quelle erogate per solo le prestazioni extra LEA), relativa ai 313 enti, casse e società di mutuo soccorso, si è rilevato che, nell'anno fiscale 2016, il valore massimo del 100% è presente in 10 fondi sanitari, quello minimo del 20% in 4 e la media si aggira intorno al 39%.
- (38) Con riguardo al 2016, il documento fornisce quest'ulteriore dettaglio: il totale dei lavoratori (dipendenti e non dipendenti) era di 7.754.349 e il totale dei familiari dei lavoratori (che rientravano quindi come iscritti ai Fondi sanitari) era di 2.160.704, mentre il numero dei pensionati e familiari dei pensionati era di 701.352. La percentuale delle diverse categorie degli iscritti ai Fondi attestati dall'anagrafe era distribuita in:
- 63% iscritti lavoratori dipendenti.
 - 18% iscritti familiari lavoratori dipendenti. 10% iscritti lavoratori non dipendenti.
 - 5% iscritti pensionati.
 - 2% iscritti familiari dei pensionati
 - 2% iscritti familiari lavoratori non dipendenti.

(39) Si fa riferimento al lavoro in corso al Ministero della Salute relativamente al Patto per la Salute Governo – Regioni 2019 – 2021 e al ruolo complementare dei Fondi Sanitari rispetto al SSN, nonché all'indagine conoscitiva della Commissione XII Affari sociali della Camera dei Deputati. Stando a quanto riportato anche dai media (F. Pezzati - Faro Acceso sui fondi sanitari - Il Sole 24Ore Plus 23 febbraio 2019) inoltre il Ministero della Salute starebbe lavorando ad un innalzamento della soglia percentuale delle risorse vincolate, ora stabilita nel 20%, al fine di orientare l'intervento dei fondi per meglio fronteggiare le disabilità collegate alla vecchiaia che oggi gravano sul SSN e sempre più futuro andranno ad appesantirne l'azione.

Nella fase attuale il dibattito si focalizza sul ruolo duplicativo assunto dalla sanità integrativa, rispetto all'erogazione di prestazioni già coperte dal SSN cui va a sottrarre risorse che potrebbero garantire un'assistenza sanitaria più equa se restassero in mano pubblica. Come evidenziano autorevoli osservatori, il tema è mal posto.

"L'Italia, come tutte le società mature, è investita da un cambiamento socioculturale di vasta portata: i valori della salute, della cura del benessere personale, della responsabilità ambientale permeano gli stili di vita di aree sempre più vaste della popolazione. Ciò determina anche nuove attese nei confronti del sistema sanitario. Emergono

*l'esigenza di curare la prevenzione e il benessere personale molto prima della malattia, e la richiesta di un'assistenza sanitaria continua, capace di seguire individualmente le persone e di guidarle nella scelta e nella gestione delle prestazioni*⁴⁰.

Gli effetti sul SSN di consumi privati possono risultare complessivamente positivi per tutta la collettività per la spinta economica che generano; alla base dell'incremento dei consumi privati non c'è tanto la crisi del SSN, quanto la ricerca di condizioni di fruizione di servizi sanitari che difficilmente possono essere assicurati dal Servizio pubblico⁴¹.

WELFARE PER LA CRESCITA

Considerazioni analoghe possono essere condotte sul tema del welfare complementare.

Di seguito, in sintesi, si presentano alcuni dati che evidenziano la crescita della spesa-welfare in risposta agli attuali bisogni espressi dalla popolazione italiana, con una crescente incidenza sui bilanci familiari e in veloce diffusione nel mondo del lavoro.

Secondo i dati rilevati da Itinerari Previdenziali⁴², con una spesa di circa 70 miliardi nel 2017 il welfare complementare in Italia è salito

del 12% rispetto al 2016. La voce più consistente di spesa è quella riferita all'assistenza sanitaria, come indicato nella tabella sottostante: 35,9 miliardi di euro di out of pocket e ulteriori 4,9 miliardi per la sanità intermediata da Fondi e Assicurazioni. La previdenza complementare segue a molte lunghezze e si attesta a 14,8 miliardi di euro. Molto significativa anche la voce LTC riferita alla spesa per le sole collaborazioni domestiche (badanti) che ormai supera i 10 miliardi di euro.

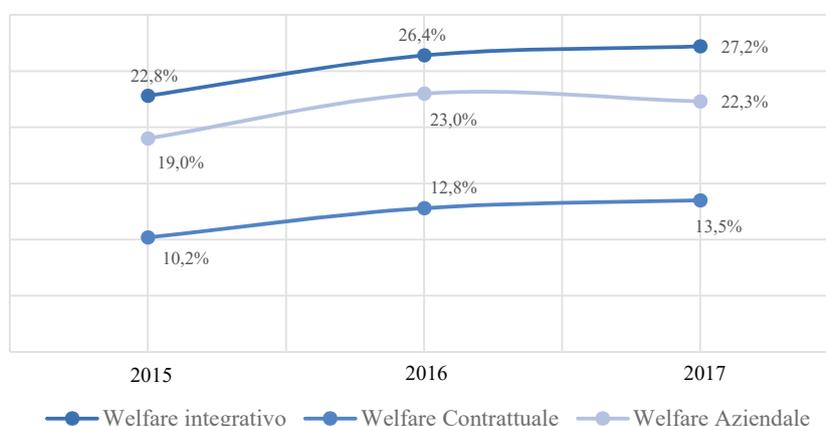
La spesa privata per il welfare complementare e integrativo (dati in milioni di euro)

Tipologia	2013	2014	2015	2016	2017		
	Spesa privata				Spesa privata	In % del PIL	In % spesa pubblica
Previdenza complementare	12.414	13.000	13.500	14.256	14.873	0,86%	1,76%
Spesa per sanità OOP*	26.240	30.000	32.287	32.081	35.989	2,08%	4,28%
Spesa per assistenza LTC **	11.000	9.280	8.900	8.900	10.700	0,62%	1,27%
Spesa per sanità intermediata	4.060	4.300	3.689	3.809	4.901	0,28%	0,58%
Spesa welfare individuale***	1.000	2.567	2.963	3.008	3.087	0,17%	0,36%
	54.714	59.147	61.339	62.054	69.550	4,03%	8,27%

La spesa per il welfare aziendale è in espansione a seguito degli incentivi fiscali introdotti con le leggi di bilancio 2016 / 2017 (istruzione, assistenza anziani, mense, orario di lavoro, lavanderia aziendale, attività ricreative sono le voci più gettonate) e supera i 3 miliardi di euro di controvalore. Una conferma in tal senso arriva anche dai dati del "Welfare Index", l'osservatorio curato da Generali dedicato alle aziende che investono in quest'ambito. Secondo quanto emerge dall'ultima rilevazione

del marzo 2019, l'adozione delle pratiche di welfare aziendale presso le PMI che impiegano tra i 10 e i 50 dipendenti è più che raddoppiata⁴³ nel giro di pochi anni: nel 2016 erano l'11% del totale ed ora sono salite al 24,8%. Tra le aziende che occupano fino a 250 addetti, detta percentuale è aumentata dal 20,8% registrato nel 2011 all'attuale 45,3%. Risulta inoltre che più del 70% delle grandi aziende hanno attivato sistemi di welfare aziendale per i propri dipendenti.

Distribuzione dell'area e degli istituti contrattuali rispetto all'anno (% su totale entro ogni anno)



(40) Tratto da "Rapporto MBS Consulting 2019 sul bilancio di welfare delle famiglie italiane"

(41) M. Del Vecchio, Affiliate Professor of Government, Health and Not for Profit – SDA Bocconi School of Management responsabile dell'Osservatorio Consumi Privati in Sanità – Workshop AIOP sulla sanità integrativa Genova aprile 2019

(42) M. Hazan – Comitato Scientifico Itinerari Previdenziali - Presentazione del Rapporto anno 6° 2019

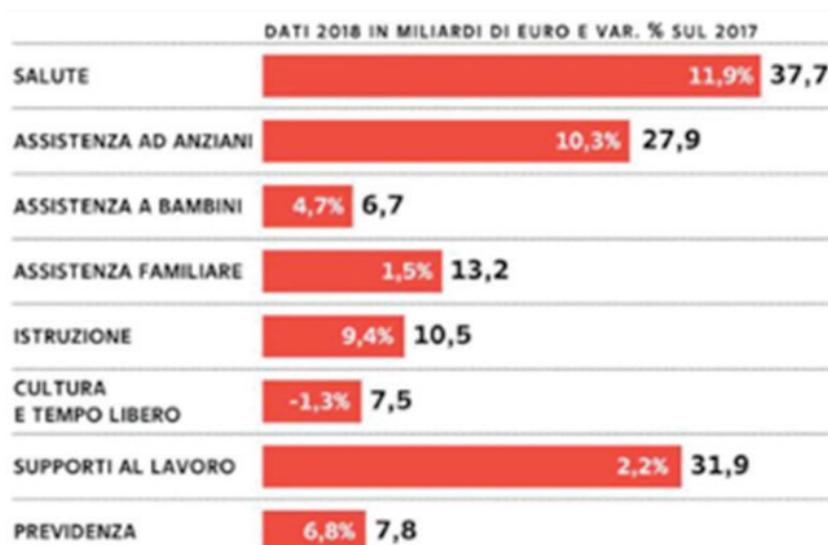
(43) G. Pogliotti; C. Tucci - Il Sole 24 Ore del 27 marzo 2019

Nei fatti si registra una crescita significativa del welfare tra le materie demandate ed affrontate dalla contrattazione di secondo livello, segno di una tendenza che vede coinvolte le parti sociali nel restituire ai lavoratori gli incrementi di produttività mediante utilità di welfare, sempre più spesso costituiti da prestazioni di sanità integrativa. I dati esposti nel “Primo Rapporto sulla Contrattazione di Secondo Livello⁴⁴” attestano di un trend in crescita derivante anche dall’opportunità di convertire in prestazioni welfare il premio di risultato introdotta dalla normativa fiscale, ma più in generale dalla volontà delle parti sociali di corrispondere ai bisogni espressi dai lavoratori e dalle loro famiglie.

Per cogliere una panoramica più generale che consente una visione organica della spesa sostenuta dalle famiglie italiane in welfare ed assistenza, si rinvia ai dati presentati nel “Rapporto MBS Consulting 2019 sul bilancio di welfare delle famiglie italiane⁴⁵”. Se ne ricava la rappresentazione di un settore trainante per il sistema produttivo del nostro Paese.

Il bisogno di welfare genera una spesa molto rilevante a carico delle famiglie⁴⁶ che incide per 16% sul reddito dei nuclei più benestanti (13.000 euro di spesa media) e per il 22,8% sul reddito di quelli più svantaggiati (3.200 euro di spesa media), chiamati a fare i conti con disagi e rinunce.

Dove spendono le famiglie



(44) Pubblicato dalla Fondazione Giuseppe Di Vittorio nel gennaio 2019: “Il dibattito sindacale e scientifico sulla diffusione del welfare aziendale nelle imprese italiane è stato ampio e sfaccettato, specie negli anni più recenti. La letteratura si è soffermata su aspetti diversi del welfare, e ne ha fornito diverse letture: come strumento di miglioramento del “benessere organizzativo”, come sostegno del potere d’acquisto dei lavoratori, come incentivo per incrementare la produttività del lavoro. Il welfare aziendale, inteso in termini funzionali, mostra profili diversi oltre a caratteristiche variegate, già evidenziate dai dati del Rapporto. Da questi ultimi, il welfare aziendale appare anzitutto più diffuso nelle grandi aziende e in quelle appartenenti a gruppi nazionali/multiterritoriali. Esso è peraltro associato in maniera significativa all’erogazione del Premio di risultato. Quello del Premio, però, non è affatto il solo canale che ne ha accompagnato l’affermazione; difatti, una quota non marginale di aziende eroga servizi e prestazioni di welfare aziendale anche in assenza del meccanismo del Premio di risultato; oppure stabilendo con esso un legame di complementarietà: contributo fisso in welfare aziendale + Premio di risultato variabile (in salario, o eventualmente convertibile in welfare)”.

(45) Con riguardo alla presentazione del Rapporto citato si veda anche A. Dichiarante - La Repubblica Affari & Finanza 25 marzo 2019.

(46) Per la parte di spesa propriamente sanitaria sostenuta dalle famiglie si veda la Relazione di G. C. Blangiardo richiamata in nota 15: “La quota destinata ai beni e i servizi sanitari si attesta a circa 123 euro mensili, pari a poco meno del 5% della spesa complessiva. Di questi, oltre la metà (52,9%) è destinata all’acquisto di medicinali, prodotti farmaceutici, attrezzature e apparecchiature medicali; circa il 45% è invece destinato all’acquisto di servizi ambulatoriali, pubblici o privati”.

Il Rapporto MBS Consulting rappresenta una spesa per welfare che complessivamente raggiunge 143,4 miliardi di euro pari all'8,3% del Pil nazionale, genera fatturato e crea occupazione per intere filiere produttive, ed evidenzia in modo inequivocabile che i cambiamenti in corso nel welfare, a livello italiano ed europeo, riguardano non solo l'offerta ma anche la domanda. La crescita del welfare familiare è anche il prodotto dell'emergere di nuovi bisogni di protezione e benessere che non trovano risposte negli assetti più tradizionali del welfare state⁴⁷.

Pare chiaro che una maggiore integrazione tra pubblico e privato sia un percorso obbligato oltretutto saggio, mutuando anche da esperienze straniere che accanto al pilastro pubblico hanno permesso la crescita di forme integrative di assistenza privata. Si fa riferimento alle esperienze di Francia, Inghilterra, Spagna e Portogallo oggetto di una ricerca comparata⁴⁸ pubblicata nel 2017 dall'OCPS dell'Università Bocconi che, in sintesi, ha fornito le seguenti evidenze:

- in Francia sono compresenti un sistema universalistico di assicurazione obbligatoria (mutue obbligatorie) ed un'assicurazione complementare (complémentaire de santé) sottoscritta su base volontaria da una parte rilevante della popolazione. Nel 2016 lo Stato ha emanato un'apposita norma che obbliga i datori di lavoro privati a sottoscrivere questa copertura a favore dei dipendenti. Si è dato corso quindi a una forte integrazione tra il sistema pubblico di copertura e quello privato;
- in Gran Bretagna la sanità pubblica, attraverso il National Health Service (NHS), vanta una grande tradizione. L'11% della popolazione fruisce della copertura di un'assicurazione privata che completa l'assistenza non coperta dal sistema pubblico con prodotti e soluzioni ad hoc;
- in Spagna opera un sistema sanitario pubblico con marcate differenze regionali e liste d'attesa che limitano l'accesso alle prestazioni. Beneficia di una copertura assicurativa privata circa il 22% della popolazione, in particolare i dipendenti pubblici che possono esercitare un vero e proprio opting out dal sistema pubblico. La copertura assicurativa privata prevede servizi in assistenza

diretta (assistenza che copre circa l'80%), assistenza indiretta (reimborso, per circa il 7%) e indennizzi fissi (indemnizaciones) al verificarsi di determinati eventi.

- in Portogallo è presente un sistema sanitario nazionale, affiancato da sistemi mutualisti che coprono circa un quarto della popolazione e da assicurazioni private sottoscritte dal 17% dei cittadini; gli stessi possono avvalersi delle tre tipologie di copertura contestualmente (coperture multiple). Si assiste anche ad una crescita significativa delle *cartões*, prodotti assicurativi a basso prezzo, che offrono l'accesso facilitato (servizi e sconti) a network selezionati di erogatori di servizi sanitari.

Secondo gli autori della ricerca, l'integrazione tra sanità privata e sistema pubblico nelle esperienze considerate esplica i suoi effetti migliori nel caso della Francia perché si basa su un preciso disegno istituzionale. Possiamo ritenere che anche in Italia stiano maturando le condizioni per intervenire in tal senso:

- in primis, è la struttura demografica del Paese a richiederlo alimentando un aumento dei bisogni sanitari, di prevenzione, assistenza e cura delle cronicità dovuti alle incompressibili esigenze di una società che invecchia, più attenta alla propria salute, incoraggiata anche da un'offerta diffusa;
- la strada del rafforzamento dell'intervento pubblico è preclusa per il peso del debito pubblico e per il costo⁴⁹ che il Paese già oggi deve riconoscere agli investitori. Pragmatismo e sana amministrazione impongono la progressiva riduzione del debito e il rafforzamento degli investimenti, da non realizzarsi attraverso ulteriore indebitamento, ma migliorando la capacità di attrazione dei capitali privati, anche nell'area della salute che assorbirà ingenti risorse nel prossimo futuro;
- il 25% della spesa sanitaria italiana è sostenuta dalle famiglie; la componente out of pocket è troppo elevata per non richiedere una maggior copertura e, in considerazione dei vincoli che imbrigliano la spesa pubblica, la crescita della sanità integrativa intermediata è di gran lunga la strada più percorribile per ridurla. Una strada che già ora è percorsa da oltre 11 milioni di cittadini.

(47) Gli autori del Rapporto traggono le seguenti conclusioni: "In un paese demograficamente e socialmente maturo come l'Italia, i consumi di welfare sono destinati a caratterizzare l'evoluzione del mercato. Le imprese operanti in questo settore (...) costituiscono una industria competitiva, capace di attrarre investimenti e trainare a lungo termine la crescita. (...) Il welfare familiare è energia positiva. Esprime esigenze che sollecitano tanto le istituzioni pubbliche quanto il mercato dei servizi privati. E genera risorse che possono essere incanalate e ottimizzate. Per il welfare italiano (pubblico e privato) non si tratta solamente di mantenere gli attuali livelli di spesa: occorre incrementarli per far fronte all'invecchiamento della popolazione, alla nuova domanda di prevenzione e di assistenza sanitaria personalizzata, di assistenza qualificata per gli anziani, ai gap nell'istruzione che frenano la mobilità sociale, e per attuare nuove politiche di contrasto alla povertà. Per questo motivo non esiste altra strada che puntare sull'industria del welfare come settore capace di attrarre investimenti, e sostenere la crescente domanda di servizi che proviene dalle imprese (welfare aziendale) e dalle famiglie (welfare familiare)".

(48) I risultati dell'analisi sono stati resi pubblici il 21 febbraio 2017, presso la sede della Bocconi da M. Del Vecchio, M. Cavazza, V. Rappini. Per una presentazione sistematica dei risultati si veda anche M. Cavazza – V. Rappini, Sole 24 Ore Sanità del 28.03.2017.

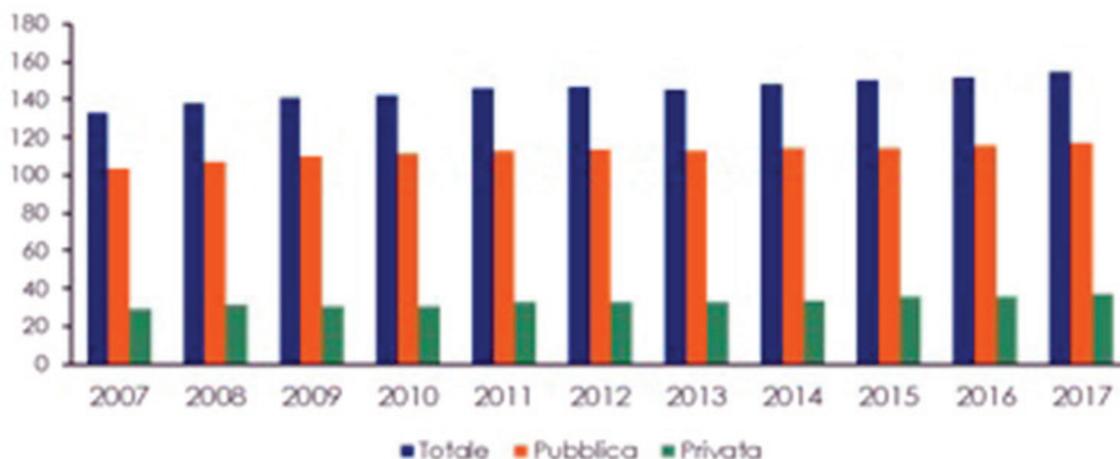
(49) L'Italia spende 65 miliardi di euro in interessi sul debito pubblico che equivalgono al 3,7% del Pil; in Europa siamo seguiti dal Regno Unito con 59 miliardi pari al 2,5% del Pil, dalla Francia con 40 e 1,7% in rapporto al Pil, dalla Spagna con 30 e 2,5% del Pil. 30. Distanziata la Germania con 31 miliardi pari allo 0,9% del Pil. Anche Portogallo e Grecia hanno un'incidenza della spesa per debito sul Pil inferiore alla nostra: rispettivamente del 3,5% e del 3,3%. Sul tema si veda S. Caselli – L'economia del Corriere della Sera, 20 maggio 2019.

ALCUNI DATI SULLA SANITÀ INTEGRATIVA IN ITALIA

Italia: spesa sanitaria corrente in miliardi di euro (2007 - 2017)

Nel 2017, la spesa sanitaria totale corrente si è attestata in Italia a 154,5 miliardi di euro, corrispondenti al 9% del prodotto interno lordo. La componente pubblica ha raggiunto i 117,2 miliardi; quella privata ha superato i 37 miliardi⁽⁵⁰⁾, pari al 2,2% del PIL e al 3,5% della spesa complessiva delle famiglie. Fatta eccezione per il biennio 2012-2013, la spesa sanitaria è cresciuta in Italia in modo pressoché costante nell'ul-

timo decennio. In termini assoluti, la spesa pubblica è passata da circa 104 miliardi nel 2007 a oltre 117 miliardi nel 2017; quella privata è salita da 29,6 a 37,3 miliardi. In percentuale del PIL, la spesa complessiva si è stabilizzata a partire dal 2009 in prossimità del 9%; quella privata intorno al 2%. Il peso della sanità nel paniere dei consumi delle famiglie è passato, tra il 2007 e il 2017, dal 3,1% al 3,5%.



Con una spesa pro-capite nella sanità privata di 655 euro nel 2017⁽⁵¹⁾ l'Italia si colloca sostanzialmente in linea con il Regno Unito (689 euro), ma al di sotto della Francia (900 euro) e della Germania (970 euro). Rispetto ai partner europei, tuttavia, il nostro Paese continua a presentare un'incidenza molto elevata della spesa cosiddetta out of pocket (ovvero interamente o parzialmen-

te a carico delle famiglie), rispetto a quella intermediata da fondi e assicurazioni.

Se analizzata per voci, la spesa sanitaria privata appare rappresentata in Italia per oltre il 65% da esborsi per servizi sanitari (in particolare ambulatoriali, 52% circa). Segue con il 35% circa la spesa per beni sanitari, concentrata in prevalenza sui farmaci in senso stretto (22,2%).

La spesa sanitaria privata per voce di spesa (2017 o più recente)

CATEGORIE	VOCE	MILIONI DI EURO	% SUL TOTALE
SERVIZI OSPEDALIERI	RICOVERI OSPEDALIERI	2.150	5,4%
	RICOVERI IN STRUTTURE DI ASSISTENZA A LUNGO TERMINE	3.256	8,2%
SERVIZI AMBULATORIALI	SERVIZI MEDICI	5.000	12,6%
	SERVIZI DENTISTICI	8.500	21,4%
	SERVIZI DIAGNOSTICI	3.201	8,1%
	SERVIZI PARAMEDICI	3.866	9,7%
BENI SANITARI	FARMACI IN SENSO STRETTO	8.806	22,2%
	ALTRI PRODOTTI MEDICINALI	1.412	3,6%
	ATTREZZATURE TERAPEUTICHE	3.495	8,8%
TOTALE		39.686	100,0%
ALTRO FUORI PERIMETRO	CIRCA 5 MLD PER ALTRI PRODOTTI MEDICINALI (OMEOPATICI, ERBORISTICI, INTEGRATORI, VITAMINE, ECC.)		

Fonte: Cergas, "Rapporto OASI 2018", elaborazioni OCPs su dati di fonti varie

I dati Istat elaborati dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPs) dell'Università Bocconi continuano infine a evidenziare nette differenze regionali nei livelli di spesa pro-capite, in particolare legate ai livelli di reddito. Guardando alla media del triennio 2015-2017, troviamo infatti ai primi tre posti le regioni che, oltre ad avere la maggiore spesa sanitaria privata pro-capite,

restituiscono anche i valori più elevati di reddito: la Valle d'Aosta (con una spesa di 951 euro), la Lombardia (825 euro) e il Trentino Alto-Adige (729 euro). Nelle posizioni di coda si collocano invece regioni come la Calabria e la Campania che, oltre ad avere livelli di reddito pro-capite più bassi, sono anche caratterizzate da sistemi sanitari in difficoltà.

(50) Il dato riportato è da considerarsi prudenziale. Una ricerca di KPMG, già richiamata alla nota 32, per il 2017 riferisce di un ammontare di 40 miliardi di euro di spesa privata e ne prevede la crescita fino a 65 miliardi di euro entro il 2023.

(51) Dati OCSE

UN CONTRIBUTO PER LA RICERCA

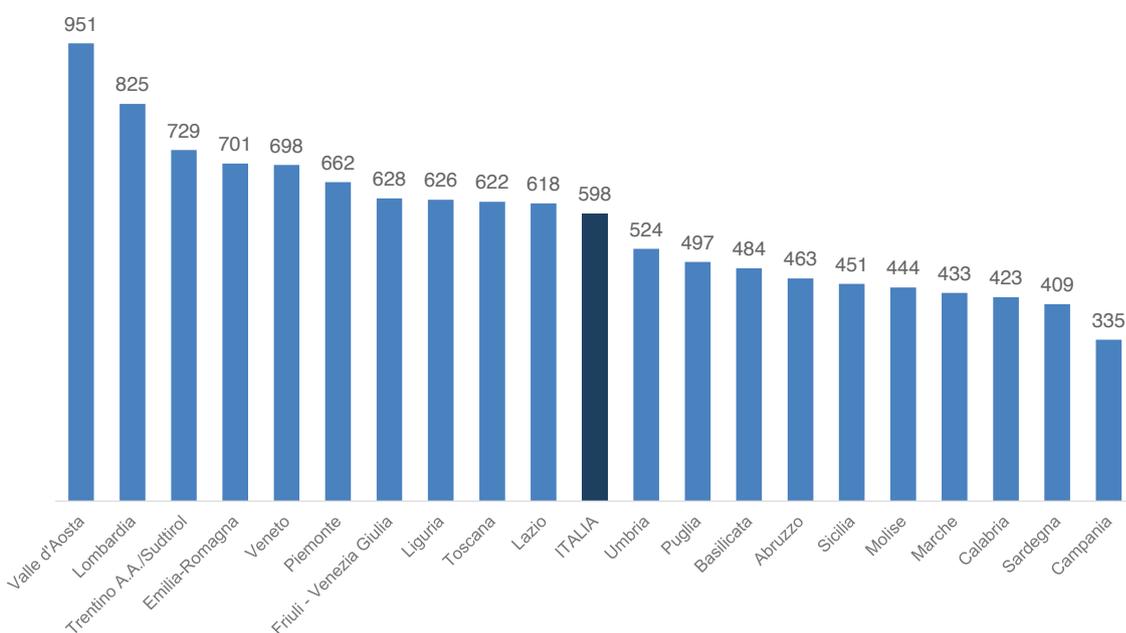
Il Fondo Sanitario Intesa Sanpaolo collabora da diversi anni con l'Osservatorio sopra indicato, in particolare con il team coordinato dal Professor Mario Del Vecchio. In collaborazione con quest'importante centro di ricerca il 13 novembre 2017 è stato organizzato il convegno "La sanità integrativa e la geografia dei consumi sanitari in Italia" che presentava in anteprima gli approfondimenti sulle differenze nei consumi sanitari tra le diverse aree geografiche del Paese che emergevano dai dati del Fondo.

Ne sono seguiti ulteriori analisi ed approfondimenti perfino di ricerca; di seguito si riporta la sintesi di uno dei lavori più significativi⁵² che conferma il quadro delle differenze geografiche nei consumi sanitari, chiave di lettura del convegno sopra richiamato.

L'analisi della spesa sanitaria pro-capite evidenzia differenze rilevanti tra le regioni che definiscono uno scenario molto netto: in particolare, emerge una relazione positiva tra spesa sanitaria delle famiglie, red-

dito e qualità dei sistemi di offerta. Si nota in modo evidente come le regioni in cui la spesa sanitaria privata pro-capite è più alta sono quelle in cui si registrano anche livelli di reddito pro-capite più alti. Considerando la media dei valori rilevati tra il 2015 e il 2017, infatti, troviamo ai primi tre posti le regioni che, oltre ad avere la maggiore spesa sanitaria privata pro-capite, registrano anche i valori più alti di reddito pro-capite: la Valle d'Aosta, la Lombardia e il Trentino-Alto Adige. Allo stesso tempo, alcune delle regioni al vertice del ranking, come Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto, sono generalmente considerate come quelle con i migliori sistemi sanitari regionali. Viceversa, troviamo in coda le regioni meridionali, come Calabria e Campania, le quali, oltre ad avere i livelli di reddito pro capite più bassi, sono anche caratterizzate da sistemi sanitari in grande difficoltà. Il dato non mostra cambiamenti significativi anche tenendo in considerazione la diversa composizione per età della popolazione.

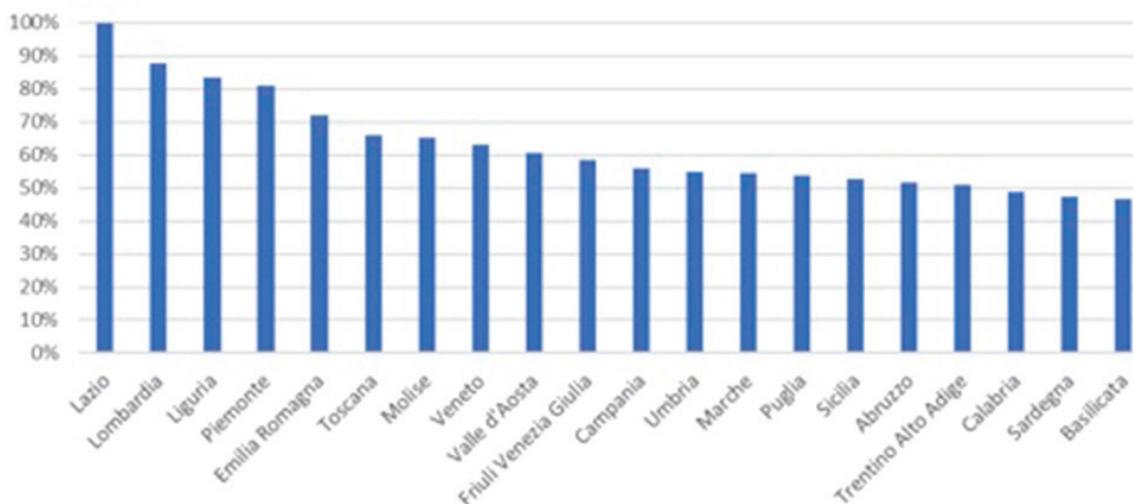
La spesa sanitaria privata pro capite delle famiglie (valore medio 2015 – 2017)



Reddito e livello di istruzione rientrano tra le principali determinanti della domanda di assistenza sanitaria. La variabilità dei consumi sanitari privati, nel caso delle regioni italiane, va letta proprio in questa prospettiva: si registra, infatti, una forte correlazione tra il dato di consumo e il livello di reddito regionale. Tut-

tavia, nell'ambito della popolazione assistita dal Fondo, entrambi i fattori sono più omogenei rispetto all'universo dell'intera popolazione italiana. Resta, quindi, complesso spiegare la persistenza di un'elevata variabilità nei consumi anche da parte degli assistiti del Fondo riportata nella tabella sottostante.

Spesa sanitaria pro capite Fondo Sanitario Integrativo di Intesa Sanpaolo, per regione (valore Lazio = 100%)

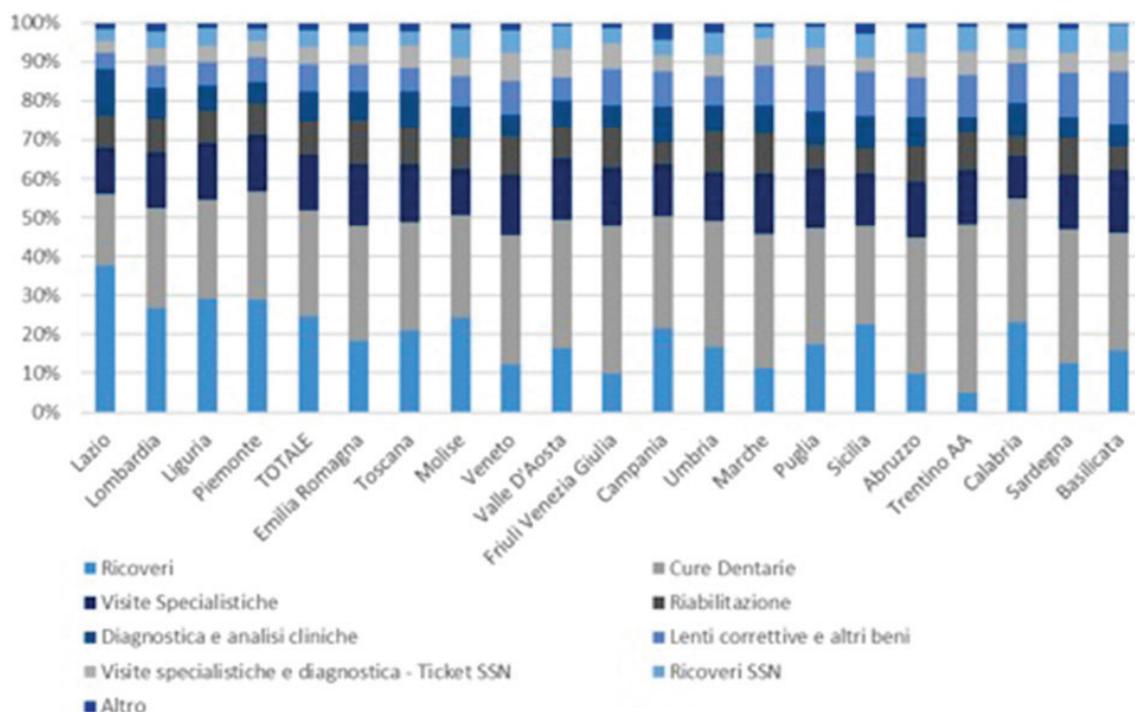


(52) Ne è autore Roberto Sigismondo in "Private Health Insurance in a Beveridge system: evidence from the employees' coverage of a major Italian company", tesi di laurea discussa nel marzo 2019.

Ad esempio, nel Lazio si ha la spesa pro-capite maggiore (laddove il Lazio è riportato con il valore indice di 100%). Vi sono tre regioni Nord-Occidentali con valori sopra l'80%: Lombardia, Liguria e Piemonte. Tra le regioni con spesa minore, ci sono principalmente regioni dell'area Centro-Meridionale: Calabria, Sardegna e Basilicata con una spesa media pro-capite inferiore alla metà della spesa rilevata nel Lazio. Queste differenze nella spesa pro-capite per regione mostrano come la spesa intermediata dal Fondo sia in-

fluenzata da una serie di fattori che vanno oltre il reddito familiare. In particolare, emerge dal confronto con la spesa sanitaria delle famiglie ISTAT che le regioni in cui vi è la spesa pro capite più alta sono generalmente quelle in cui il livello qualitativo dei Servizi Sanitari Regionali è considerato più elevato. È da notare, tuttavia, che alcune regioni hanno una posizione nel "ranking" del Fondo diversa rispetto a quanto visto nei dati Istat. In particolare, il Lazio e le regioni del Nord-Est: Veneto e Trentino-Alto Adige.

Spesa del Fondo sanitario integrativo di Intesa San Paolo scomposta per macrocategorie di spesa, per regione



La composizione della spesa per macrocategorie aiuta a spiegare questa differenza: mostra, infatti, come la componente legata ai ricoveri sia quella con la maggiore variabilità tra le regioni. In particolare, l'elevata spesa pro-capite del Lazio è dovuta principalmente ai ricoveri, mentre nelle regioni del Nord-Est, laddove la componente dei ricoveri è decisamente ridotta, la spesa pro capite si riduce considerevolmente. Questo differente effetto delle componenti di spesa sulla spesa pro-capite mostra come la spesa all'interno del

Fondo sia largamente influenzata dalla struttura e dalle policy dei Sistemi Sanitari Regionali.

Oltre a differenze di spesa media tra le regioni, sono state riscontrate rilevanti differenze all'interno delle regioni, laddove le grandi aree metropolitane come Roma, Milano, Torino e Napoli registrano livelli di spesa pro-capite significativamente maggiori rispetto alle rispettive regioni Lazio, Lombardia, Piemonte e Campania.

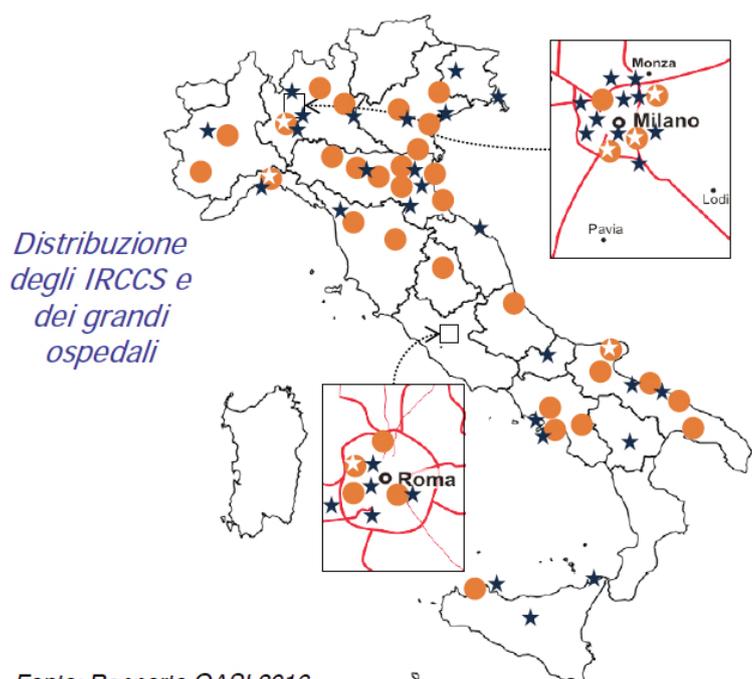
Spesa media pro capite degli assistiti del Fondo per città e regione (anno 2016)

CITTÀ	SPESA MEDIA (in euro)	REGIONE	SPESA MEDIA (in euro)
MILANO	1.445,96	LOMBARDIA*	960,89
TORINO	1.199,94	PIEMONTE*	915,48
ROMA	1.415,17	LAZIO*	886,58
NAPOLI	836,91	CAMPANIA*	619,54

Fonte: elaborazione OCPS 2016 su dati FSI Intesa Sanpaolo
*escludendo il capoluogo

Per quanto riguarda le differenze tra aree metropolitane e resto del territorio, la principale motivazione può essere individuata nella differente struttura d'offerta di servizi sanitari presente sul territorio. I grandi centri urbani come Milano e Roma presentano una struttura

d'offerta ospedaliera e ambulatoriale ampia. Valga d'esempio come in queste due aree urbane vi sia il 21% di tutti gli hub ospedalieri presenti sul territorio nazionale e siano presenti 4 dei 5 hub ospedalieri privati convenzionati con il SSN.



Fonte: Elaborazione OASI su dati Ministero della Salute, Archivio SDO e PNE

	Nr H Alta specialità	Quota H Alta specialità	Quota popolazione
NORD	45	58%	45%
CENTRO	14	18%	20%
SUD E ISOLE	19	24%	35%
ITALIA	78	100%	100%
ROMA E MILANO	23	29%	12%

Fonte: Rapporto OASI 2016

Partendo dalle evidenze sopra riportate, sono stati applicati una serie di modelli statistici sui dati di consumo e di spesa all'interno della popolazione assicurata per analizzare in modo maggiormente approfondito le dinamiche emerse. Ad esempio, si è verificato che pur tenendo conto di variabili demografiche quali età, sesso e composizione familiare, permane la forte variabilità territoriale nell'entità dei consumi degli assistiti. Si è, quindi, analizzata quest'ultima in termini di probabilità di accesso a una prestazione: i risultati rivelano che, per quanto concerne le visite specialistiche nelle aree di Nord-Est e Nord-Ovest, un assicurato medio ha rispettivamente il 17% e 23% di probabilità in più di accedere ad una visita specialistica rispetto ad un assicurato medio residente nelle regioni del Centro. Allo stesso tempo un assicurato medio residente nell'area Sud-Isole ha il 16% in meno di probabilità di accesso a visita specialistica rispetto ad un residente nelle regioni del Centro. Simili risultati emergono anche per le visite odontoiatriche, laddove si registrano probabilità di accesso più elevate per gli assicurati residenti nel Nord-Est (+39% rispetto

al Centro), Nord-Ovest (+24%) e significativamente inferiori nel Sud (-29% rispetto al Centro).

Dopo la dimensione prettamente geografica, si è considerata anche quella territoriale raggruppando i comuni di residenza degli assistiti del Fondo in base a una classificazione elaborata dall'Agenzia per la Coesione territoriale, basata su un insieme di variabili demografiche, relative all'offerta di servizi e alla distanza da centri urbani.

Adottando quale benchmark l'area metropolitana, è emerso che gli assistiti residenti in aree urbane hanno un 21% di probabilità in meno di accedere a visite specialistiche e un 7% in meno di accedere, invece, a visite odontoiatriche. Nelle aree limitrofe alla zona urbana, le probabilità di accesso diminuiscono leggermente per le visite specialistiche (-23% rispetto all'area metropolitana), ma per le visite odontoiatriche si ha una diminuzione di probabilità del 12%. Infine, nelle aree definite periferiche, le probabilità di accesso alle visite specialistiche sono del 37% in meno rispetto all'area metropolitana e del 25% in meno per le visite odontoiatriche.

ISCRITTI AL 31 DICEMBRE 2018

A fine 2018 gli assistiti (titolari di iscrizione e familiari resi beneficiari) del Fondo ammontavano a 200.685 persone; dato in diminuzione di 553 unità rispetto al 31 dicembre 2017 per effetto di 5.031 ingressi e di 5.584 uscite.

	TITOLARE		FAMILIARI A CARICO		FAMILIARI NON A CARICO		TOTALE		VAR. 2018 SU 2017	VAR. % 2018 SU 2017
	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017		
ISCRITTI FONDO 31 DICEMBRE 2018										
GESTIONE ATTIVI	63.835	64.675	65.811	66.677	29.156	29.404	158.802	160.756	-1.954	-1,2%
GESTIONE QUIESCENTI	22.598	21.665	7.785	7.742	11.500	11.075	41.883	40.482	1.401	3,5%
TOTALE	86.433	86.340	73.596	74.419	40.656	40.479	200.685	201.238	-553	-0,3%
PRESTAZIONI REGOLAMENTO										
GESTIONE ATTIVI	62.981	64.575	65.009	66.604	28.978	29.376	156.968	160.555	-3.587	-2,2%
GESTIONE QUIESCENTI	22.598	21.665	7.785	7.742	11.500	11.075	41.883	40.482	1.401	3,5%
TOTALE	85.579	86.240	72.794	74.346	40.478	40.451	198.851	201.037	-2.186	-1,1%
PRESTAZIONI POLIZZA										
GESTIONE ATTIVI	854	100	802	73	178	28	1.834	201	1.633	812,4%
GESTIONE QUIESCENTI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	854	100	802	73	178	28	1.834	201	1.633	812,4%

Al 31 dicembre 2018, gli assistiti con prestazioni a Regolamento risultavano 198.851 pari al 99,1% del totale degli iscritti, mentre 1.834

persone, pari allo 0,9% del totale, fruivano di copertura tramite polizza sanitaria.

GESTIONE ATTIVI			
TITOLARE	FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI NON A CARICO	TOTALE
63.835	65.811	29.156	158.802

GESTIONE QUIESCENTI			
TITOLARE	FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI NON A CARICO	TOTALE
22.598	7.785	11.500	41.883

FONDO SANITARIO GENERALE			
TITOLARE	FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI NON A CARICO	TOTALE
86.433	73.596	40.656	200.685

Considerando il totale degli iscritti, i dati evidenziavano una diminuzione degli iscritti in servizio attestati a 158.802 persone, con una riduzione di 1.954 assistiti rispetto alla situazione rilevata al 31 dicembre 2017 (-1,2%). Il dato della gestione degli iscritti in quiescenza, a fine 2018,

evidenziava 41.883 persone, con un incremento di 1.401 unità rispetto al dato dell'anno precedente (+3,5%). L'incidenza degli assistiti della gestione quiescenti sul totale della popolazione del Fondo si è attestata al 20,8% in leggero aumento rispetto al 20,1% registrato nel 2017.

REGOLAMENTO		
IN SERVIZIO	QUIESCENTI	TOTALE
156.968	41.883	198.851

POLIZZA		
IN SERVIZIO	QUIESCENTI	TOTALE
1.834	-	1.834

FONDO SANITARIO GENERALE		
IN SERVIZIO	QUIESCENTI	TOTALE
158.802	41.883	200.685

Il 1° gennaio 2018 era stata attivata la copertura per due società entrate a far parte del Gruppo Intesa Sanpaolo che ha comportato un incremento degli iscritti coperti

per il tramite della polizza: dai 201 assistiti di fine 2017 si è passati ai 1.834 del 31 dicembre 2018.

BANCA APULIA 2018			
TITOLARE	FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI NON A CARICO	TOTALE
630	676	148	1.454

BANCA 5 2018			
TITOLARE	FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI NON A CARICO	TOTALE
224	126	30	380

TOTALE GENERALE			
TITOLARE	FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI NON A CARICO	TOTALE
854	802	178	1.834

L'età media degli iscritti al Fondo, titolari e familiari, rilevata a fine 2018, è risultata in aumento di 7 mesi rispetto al 2017 (42 anni e 6 mesi, contro i 41 anni e 11 mesi rilevati al 31 dicembre 2017).

Per gli assistiti in servizio fruitori di prestazioni a Regolamento

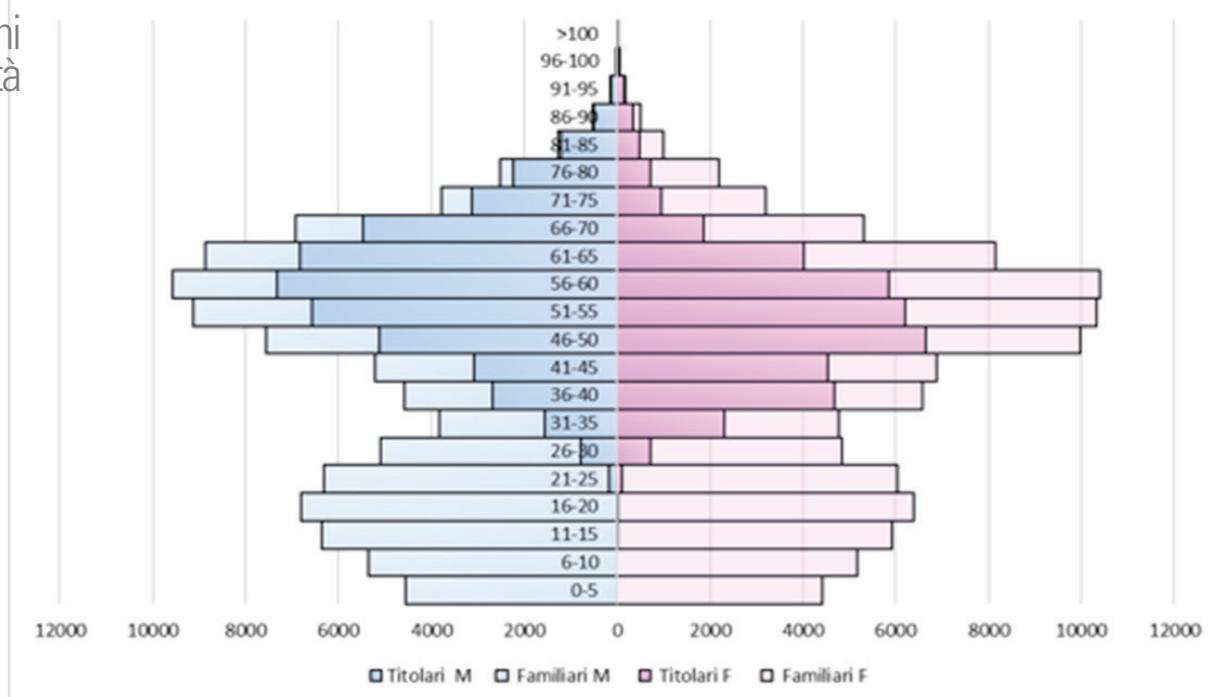
l'età media è aumentata, passando da 36 anni e 2 mesi a 36 anni e 5 mesi; per quelli in quiescenza da 64 anni e 9 mesi a 65 anni e 3 mesi. Più contenuta, e in diminuzione rispetto al 2017, l'età media dei fruitori di prestazioni tramite polizza sanitaria: 32 anni e 7 mesi contro i 33 anni e 10 mesi dell'anno prima.

Età media

	TITOLARE		FAMILIARI A CARICO		FAMILIARI NON A CARICO		TOTALE	
	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017
ETÀ MEDIA ISCRITTI FONDO 31 DICEMBRE 2018								
GESTIONE ATTIVI	49,68	49,21	18,58	18,41	47,71	47,62	36,47	36,15
GESTIONE QUIESCENTI	71,50	71,16	52,18	51,71	61,70	61,22	65,22	64,72
TOTALE	55,38	54,72	22,14	21,87	51,67	51,34	42,44	41,89
PRESTAZIONI REGOLAMENTO								
GESTIONE ATTIVI	49,68	49,22	18,62	18,41	47,73	47,62	36,43	36,15
GESTIONE QUIESCENTI	71,50	71,16	52,18	51,71	61,70	61,22	65,22	64,72
TOTALE	55,48	54,73	22,21	21,88	51,70	51,35	42,53	41,90
PRESTAZIONI POLIZZA								
GESTIONE ATTIVI	45,74	44,46	15,74	14,22	45,42	47,10	32,59	33,85
GESTIONE QUIESCENTI	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALE	45,74	44,46	15,74	14,22	45,42	47,10	32,59	33,85

Nel grafico seguente è rappresentata la distribuzione degli iscritti (titolari e rispettivi beneficiari) per fasce di età.

Ripartizioni per fasce di età



Al 31 dicembre 2018, la popolazione maschile risultava pari al 49,1% degli assistiti, mentre quella femminile era attestata al 50,9%.

La maggior concentrazione si rilevava nella fascia di età ricompresa tra i 56 e i 60 anni (10.394 femmine e 9.569 maschi).

La composizione del nucleo familiare per gli iscritti al Fon-

do Sanitario rilevata al 31 dicembre 2018 risultava di poco variata rispetto al 2017: con riguardo alla gestione a Regolamento la media era pari a 2,32 componenti contro i 2,33 dell'anno precedente. Per la gestione in Polizza, la composizione dei nuclei familiari risultava in leggero aumento passando dalla media di 2,01 componenti 2017 a 2,15 componenti rilevati a fine 2018.

Media componenti nucleo

NUCLEO MEDIO ISCRITTI AL 31 DICEMBRE 2018	PRESTAZIONI REGOLAMENTO		PRESTAZIONI POLIZZA		FONDO SANITARIO GENERALE	
	2018	2017	2018	2017	2018	2017
GESTIONE ATTIVI	2,49	2,49	2,15	2,01	2,49	2,49
GESTIONE QUIESCENTI	1,85	1,87			1,85	1,87
TOTALE	2,32	2,33	2,15	2,01	2,32	2,33

Con riguardo alla movimentazione in corso d'anno, il dettaglio delle variazioni degli iscritti in ingresso e in uscita è riportato nelle tabelle che seguono.

Entrate anno 2018

	TITOLARE	FAMILIARE	TOTALE
NUOVE ASSUNZIONI	743	276	1.019
NUOVE ISCRIZIONI FAMILIARI		1.957	1.957
CONFERME PER REVERSIBILITÀ	158	48	206
INGRESSO SOCIETÀ DEL GRUPPO	854	968	1.822
ALTRI INGRESSI	12	15	27
TOTALE	1.767	3.264	5.031

Uscite anno 2018

	TITOLARE	FAMILIARE	TOTALE
CESSAZIONE PER MOROSITÀ	73	59	132
CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO	324	306	630
USCITE SOCIETA' DEL GRUPPO	268	261	529
DECESSO	390	471	861
MANCATA CONFERMA AL PENSIONAMENTO (*)	181	230	411
ESCLUSIONE PER PENSIONAMENTO DEL TITOLARE		130	130
ESCLUSIONE RICHIESTA DA BENEFICIARIO MAGGIORENNE		36	36
PERDITA REQUISITI	8	1.332	1.340
RECESSO VOLONTARIO DEL TITOLARE	430	405	835
REVOCA DEL FAMILIARE PER ANALOGA COPERTURA/ CAMBIO CARICO FISCALE		680	680
TOTALE	1.674	3.910	5.584

(*) di questi, 151 risultano recessi formalmente comunicati

La tabella sottostante riporta il dettaglio delle uscite per recesso volontario del titolare.

	TITOLARE	FAMILIARE	TOTALE
RECESSO ALL'ATTO DEL PENSIONAMENTO (**)	151	160	311
RECESSO AI SENSI DELLA NORMATIVA (3 ANNI DI ISCRIZIONE ALLA GESTIONE QUIESCENTI)	262	236	498
RECESSO PER ISCRIZIONE COME BENEFICIARIO DI ALTRO TITOLARE	17	9	26
TOTALE	430	405	835

(**) di questi, 181 si riferiscono a mancate conferme

Nel 2018 hanno aderito al Fondo 743 nuclei per effetto di nuove assunzioni; con riguardo ai 1.644 dipendenti passati in quiescenza nel corso del 2018, 332 non hanno dato seguito all'iscrizione al Fondo (di cui 151 recessi formalmente comunicati e 181 mancate conferme).

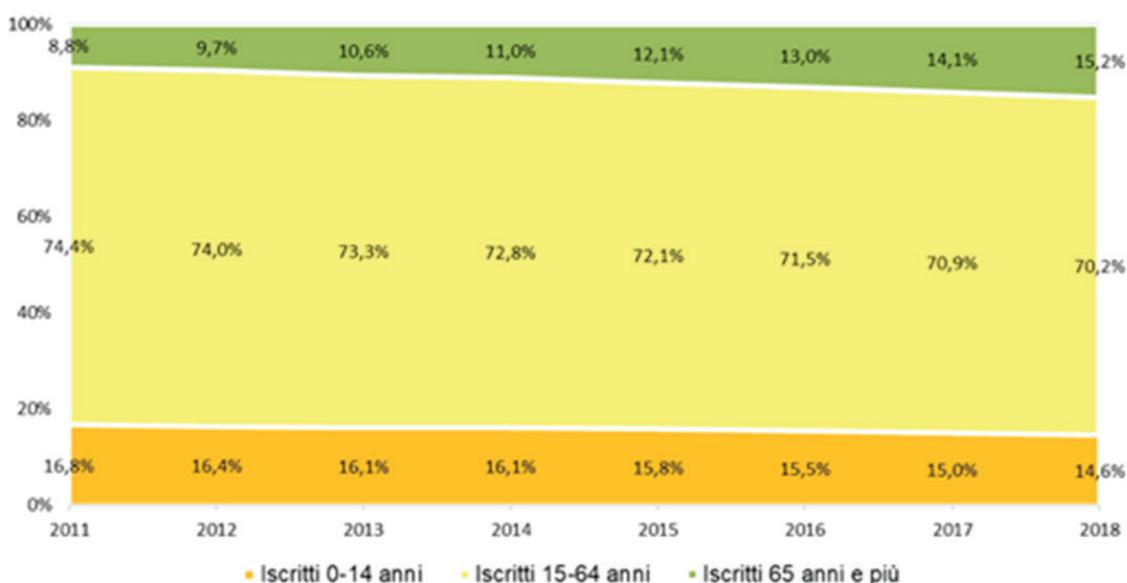
Il tasso complessivo di mancata conferma dell'iscrizione nella fase di pensionamento è risultato pari al 20,2%, in significativa diminuzione rispetto all'anno precedente quando si era attestato al 26,4%.

Sul totale di 22.598 titolari rientranti nella gestione quiescenti rilevati a fine 2018, 262 hanno deciso di recedere ai sensi della normativa

(compiuti 3 anni di iscrizione) con un tasso di abbandono pari all'1,2% invariato rispetto al dato riscontrato nel 2017.

Nel grafico seguente è rappresentata l'evoluzione degli iscritti (titolari e rispettivi beneficiari) dal 2011 al 2018 ripartiti in 3 fasce di età: 0-14 anni, 15-64 anni e 65 e più anni. Si evidenzia come nel periodo considerato il peso percentuale della fascia di iscritti (titolari e familiari) con un'età maggiore di 65 anni sia quasi raddoppiato; un importante fattore di cui tener conto per valutare la messa in campo di azioni che favoriscano la sostenibilità del Fondo.

Evoluzione iscritti



Nella tabella sottostante, viene riportato il dato rilevato al 31 maggio 2019 relativamente alle iscrizioni al Fondo Sanitario dei dipendenti e degli esodati del perimetro ex Banche Venete e dei relativi familiari. Le iscrizioni di questa collettività sono tuttora in corso di perfezionamento.

La tabella evidenzia:

- i dati riferiti a Banca Apulia (1.439 persone considerando dipendenti e rispettivi familiari) la cui iscrizione al Fondo è già operativa dal 1° gennaio 2018 e che beneficiano di prestazioni tramite polizza sanitaria per il qua-

driennio 2018 – 2021 così come previsto dal Protocollo per l'Armonizzazione sottoscritto dalle Fonti Istitutive nel novembre 2017;

- il numero dei dipendenti in servizio e dei relativi familiari (14.552 persone) che accedono alle prestazioni tramite polizza dal corrente esercizio e sino a tutto il 2021;
- il dato relativo alla componente in esodo (766 persone) che ha effettuato l'opzione per l'iscrizione al Fondo Sanitario e che beneficia, anche in questo caso, della copertura tramite polizza per il triennio sopra indicato.

	NUMERO ISCRITTI
BANCA APULIA	1.439
TITOLARE	627
FAMILIARE A CARICO	674
FAMILIARE NON A CARICO	138
DIPENDENTI EX BANCHE VENETE	14.552
TITOLARE	7.050
FAMILIARE A CARICO	5.760
FAMILIARE NON A CARICO	1.742
ESODATI EX BANCHE VENETE	766
TITOLARE	433
FAMILIARE A CARICO	176
FAMILIARE NON A CARICO	157
TOTALE COMPLESSIVO	16.757

RISULTATO DELLE ELEZIONI E INSEDIAMENTO DEI NUOVI ORGANI DEL FONDO

Il Consiglio di amministrazione del Fondo, nella riunione del 30 gennaio 2018, ai sensi dello Statuto e del Regolamento elettorale in vigore, ha indetto le elezioni per la nomina dei componenti dell'Assemblea dei Delegati, del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Sindaci per il periodo 2018 – 2021.

Il rinnovato Consiglio di Amministrazione si è insediato il 17 luglio 2018: Roberto Conte è stato nominato Presidente e Claudio Graziano Vicepresidente. Alla Presidenza del Collegio dei Sindaci è stata riconfermata Angela Tucci.

Nella medesima riunione, su proposta di Intesa Sanpaolo, il Consiglio di Amministrazione ha confermato nell'incarico di Direttore Mario Bernardinelli.

Nel corso dei mesi successivi, il Consigliere di nomina aziendale, già Presidente del Fondo, Pietro De Sarlo ha rassegnato le dimissioni dall'incarico per ragioni personali; in sostituzione Intesa Sanpaolo ha indicato Elena Cessari, la cui nomina è stata formalizzata nella seduta del Consiglio del 25 settembre 2018.

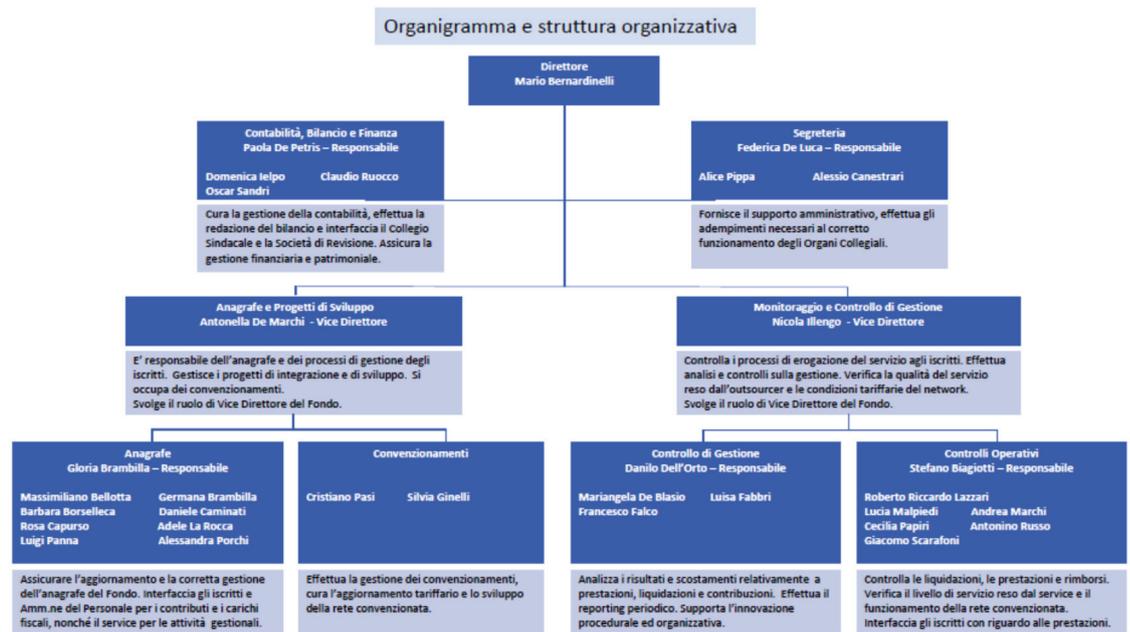
NUOVA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La complessità delle attività svolte, il numero crescente degli iscritti e gli impegni progettuali che hanno caratterizzato l'attività del Fondo nel corso del 2018 hanno reso necessario rafforzare adeguatamente la struttura interna dell'Associazione composta da personale in distacco da Intesa Sanpaolo. In particolare, a luglio 2018 è stato inserito in struttura Nicola Illengo, già Vicedirettore del Fondo Pensioni di Gruppo, con il ruolo di Responsabile dell'unità Monitoraggio e Controllo di Gestione e di Vicedirettore del Fondo Sanitario in supporto al Direttore. Contestualmente si è provveduto alla ridefinizione delle attività di controllo per focalizzarne la missione, separando il controllo di gestione dai controlli operativi. A fine settembre la Struttura Organizzativa del Fondo è stata ulte-

riormente aggiornata con la creazione di una nuova Unità denominata "Anagrafe e Progetti di Sviluppo" la cui responsabilità è stata affidata ad Antonella De Marchi, proveniente dalla Direzione Affari Sindacali Politiche del Lavoro di Intesa Sanpaolo, con funzioni di Vicedirettore. Alla nuova unità fanno capo le attività di anagrafe, i progetti di integrazione e di sviluppo, nonché i convenzionamenti con gli enti della rete propria del Fondo Sanitario.

L'organico del Fondo, che ricomprende anche il nucleo collocato a Fabriano riveniente dal perimetro ex Banche Venete, al 30 aprile 2019 contava complessivamente 32 persone assegnate alle diverse unità della Struttura organizzativa, come dettagliato nell'organigramma sotto riportato.

Organigramma e struttura organizzativa



Causa promossa da quattro Consiglieri pensionati della Cassa Sanitaria Intesa contro il Fondo e la stessa Cassa

Come noto:

- il Tribunale Civile di Milano con ordinanza 25 novembre 2011 ha sospeso l'esecuzione della delibera assunta il 18 ottobre 2010 dal Consiglio di Amministrazione della Cassa Sanitaria Intesa - con cui, in relazione a quanto convenuto tra le Fonti Istitutive con l'accordo del 2 ottobre 2010, era stata decisa la devoluzione al Fondo delle risorse residue dell'ente risultanti alla chiusura del bilancio al 31 dicembre 2010 - ritenendo che con tale delibera il Consiglio abbia esercitato poteri riservati all'Assemblea dei Soci;
- avverso tale ordinanza è stato proposto tempestivo reclamo al Collegio che, udita la discussione dei difensori all'udienza del 9 febbraio 2012, ha confermato integralmente la precedente decisione cautelare con ordinanza depositata il 22 marzo 2012.

Lo stesso Tribunale di Milano ha emesso il 27 giugno 2014 sentenza con cui ha confermato la valutazione di illegittimità della citata delibera consiliare, dichiarando peraltro inammissibili le altre domande proposte dai quattro ricorrenti con il ricorso introduttivo al giudizio e volte a contestare, in sostanza, la validità e l'applicabilità dell'accordo del 2 ottobre 2010 e il percorso di confluenza nel Fondo Sanitario.

In concreto, la sentenza ha previsto il ripristino in capo a Cassa Sanitaria Intesa della titolarità del patrimonio a suo tempo trasferito al Fondo, compensando per metà le spese di lite fra le parti e condannando in solido la Cassa e il Fondo a rifondere 20.000 euro, oltre oneri e accessori a beneficio dell'avvocato dei ricorrenti.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo Sanitario Integrativo, nella riunione del 23 luglio 2014, ha deliberato di:

- a) dare corso alla richiesta del giudice di restituire a Cassa Sanitaria Intesa il patrimonio dalla stessa conferito al Fondo il 6 settembre 2011, comprese le rivalutazioni derivanti dai rendimenti nel frattempo maturati e reinvestiti;
- b) conferire mandato allo studio legale Tosi, che ha curato la difesa dell'Associazione nel contenzioso davanti al Tribunale Civile di Milano, di proporre appello contro la sentenza del 27 giugno 2014.

Con riferimento alla decisione sub a) si precisa che:

- il controvalore di mercato del patrimonio in titoli conferito dalla Cassa al Fondo il 6 settembre 2011, ammontava ad euro 29.280.386,84, come attestato dal verbale di trasferimento in pari data;

- in conseguenza della decisione delle Fonti Istitutive (confermata nelle premesse dell'accordo 29 marzo 2012) di considerare indisponibile il patrimonio trasferito dalla Cassa Sanitaria Intesa, proprio a motivo della causa pendente, il Fondo ha prudenzialmente conferito detti titoli in un deposito amministrato separato dal restante patrimonio dell'ente e, sempre in via prudenziale, le relative cedole tempo per tempo maturate sono state reinvestite, ove possibile, sugli stessi titoli che le avevano generate.

Per effetto della sentenza del 27 giugno 2014, le attività risultanti dalla gestione dei titoli conferiti al Fondo dalla Cassa il 6 settembre 2011 sono state ritrasferite alla Cassa l'8 ottobre 2014, con la raccomandazione all'ente conferitario che, in continuità con quanto praticato dal Fondo, le stesse siano conservate ed investite da Cassa Sanitaria Intesa con particolare prudenza, evitandosi ogni diversa utilizzazione rispetto a quella prevista dalle Fonti Istitutive con l'accordo del 2 ottobre 2010.

Come riportato dal verbale di trasferimento, il valore nominale dei titoli trasferiti dal deposito titoli amministrato intestato al Fondo al deposito titoli amministrato intestato alla Cassa, alla data del trasferimento risultava pari a euro 25.892.000,00 e la liquidità trasferita, generata da due titoli giunti a scadenza in prossimità della data dell'operazione, ammontava ad euro 6.726.400,85.

L'impatto dell'intervenuta retrocessione sopra descritta ha comportato una corrispondente riduzione del patrimonio del Fondo.

Poiché l'attribuzione iniziale dell'ammontare patrimoniale riveniente da Cassa Sanitaria Intesa alle due distinte gestioni degli iscritti in servizio e in quiescenza era stata disposta in base al numero dei rispettivi iscritti rilevati alla data di attivazione del Fondo e, pertanto, rispettivamente, nelle percentuali del 78,82% per gli iscritti in servizio e del 21,18%, per gli iscritti in quiescenza, il depauperamento del patrimonio risultante dal riconferimento delle citate somme alla Cassa è stato imputato alle due gestioni nel rispetto delle medesime percentuali.

Con riferimento alla decisione sub b) si precisa che lo Studio Tosi, già difensore del Fondo e della Cassa Sanitaria in primo grado, ha provveduto al deposito del ricorso in appello per il Fondo: distinto ricorso è stato presentato anche per la Cassa.

La 1ª Sezione Civile della Corte di Appello di Milano il 26 maggio 2015 ha provveduto a riunire in un unico procedimento le due impugnazioni e, rilevato che tutti gli assistiti sono attualmente iscritti

al Fondo, ha invitato le parti “a discutere in ordine alla persistenza dell’interesse ad agire”.

Dopo una serie di ulteriori udienze la Corte di Appello di Milano con sentenza n. 3030/2017 del 29 giugno 2017 ha confermato la decisione del giudice di 1° grado.

Cassa e Fondo, per il tramite dello studio Tosi, hanno proposto, nel

gennaio 2018, ricorso per Cassazione, a cui la controparte ha resistito con ricorsi incidentali mirati in particolare a contestare l’ammontare delle spese legali liquidate dalla Corte di Appello a carico dei due enti assistenziali.

Il contenzioso è tuttora pendente presso la Suprema Corte di Cassazione.

Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR)

Il Regolamento UE relativo al trattamento dei dati personali, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell’UE il 4 maggio 2016, doveva trovare definitiva applicazione in tutti gli Stati membri entro il 25 maggio 2018. Tale Regolamento ha abrogato la precedente Direttiva 95/46/CE e introdotto novità significative, con impatto rilevante sul Fondo Sanitario. Il Consiglio di Amministrazione nella riunione del 14 maggio 2018 ha quindi provveduto alla nomina del “Data Protection Officer – DPO” di cui all’art. 37 del GDPR nella persona di Stefano Castrignanò, professionista che già collaborava all’interno del perimetro degli Enti Welfare Intesa Sanpaolo. Al DPO sono stati accordati i seguenti compiti:

- sorvegliare l’osservanza del Regolamento, fermo restando che il titolare mantiene la piena responsabilità attribuita;
- riferire direttamente al vertice dell’ente e fornire consulenza e supporto;
- partecipare alla valutazione dell’impatto dei trattamenti sulla sicurezza dei dati;
- promuovere e comunicare all’interno dell’ente i temi relativi alla protezione dei dati personali;
- rappresentare il punto di contatto nei confronti dell’autorità di controllo e degli iscritti.

Considerata la complessità delle attività di analisi, aggiornamento,

implementazione e adeguamento dell’informativa e dei diversi processi/attività da portare a termine in tempi contenuti, l’Ufficio Welfare di Intesa Sanpaolo ha messo a disposizione di ciascuno degli enti coordinati il qualificato supporto professionale della Società di consulenza Protiviti.

Nel Consiglio di Amministrazione del 9 aprile 2019, ad opera del DPO, è stato illustrato il lavoro svolto nel corso del 2018:

- adeguamento dell’informativa privacy e della modulistica di raccolta del consenso al trattamento dei dati;
- mappatura completa delle diverse tipologie di trattamento in essere presso il Fondo ai fini della predisposizione del Registro dei trattamenti;
- riformulazione e acquisizione delle lettere di nomina dei Responsabili del Trattamento, dei Referenti Privacy e degli Incaricati;
- verifica rispetto alla fruizione dei corsi di formazione in materia di privacy messi a disposizione da Intesa Sanpaolo da parte del personale che opera presso il Fondo;
- predisposizione del Registro dei trattamenti, delle Privacy Policy e delle correlate procedure.

Il Consiglio di Amministrazione ha successivamente confermato l’incarico al suddetto professionista sino al 31 dicembre 2019.

I risultati della campagna di prevenzione dei tumori della pelle

Nello scorso mese di luglio, prima della pausa estiva, si è conclusa la campagna di prevenzione rivolta ad iscritti e familiari con un’età ricompresa tra i 30 e 60 anni, finalizzata a richiamare l’attenzione sul rischio tumori della pelle.

L’iniziativa era stata avviata il 15 gennaio 2018 ed ha registrato risultati di partecipazione molto significativi, mettendo sotto i riflettori per tutta la durata della campagna, rischi patologici diffusi, ma spesso trascurati nel percepito degli iscritti e nei comportamenti abituali.

La campagna di prevenzione metteva a disposizione di iscritti e familiari di età compresa fra 30 e 60 anni un questionario online approntato dal Comitato Scientifico del Fondo, per valutare il grado di rischio individuale rispetto all’insorgenza di tumori della pelle; i partecipanti risultati ad elevato rischio potevano avvalersi di un voucher per sottoporsi ad una visita dermatologica con epiluminescenza senza corresponsione di franchigia a condizione fosse corredata da prescrizione medica.

La compilazione del questionario di screening online ha sfiorato le 21.000 partecipazioni.

Le prese in carico effettive relative alla visita di controllo dei nevi tramite epiluminescenza effettuate al termine della campagna sono state circa 6.500.

Prevenzione però non significa solo diagnosi precoce, ma anche attenzione, fin dalla prima infanzia, ai fattori di rischio che possono rendersi responsabili dell’insorgenza dei tumori della pelle e conseguente adozione di comportamenti utili per limitarli. Per fornire indicazioni sui corretti stili di vita, con l’avvio della campagna di prevenzione, è stata pubblicata una guida divulgativa, consultabile sul sito internet del Fondo.

Sempre in concomitanza con la campagna, la rubrica “La parola all’esperto” ha ospitato un articolo di Pierangelo Belloli, Presidente del Comitato Scientifico del Fondo, sul valore della prevenzione e della diagnosi precoce. La webtv aziendale di Intesa Sanpaolo ha ospitato un’intervista a Corinna Rigoni, Presidente dell’Associazione Donne Dermatologhe Italia che ha collaborato con il Comitato Scientifico per mettere a punto la campagna di prevenzione.

In ordine alla sensibilizzazione sui rischi e sugli stili di vita più appropriati per limitarli, i dati tratti dal sito del Fondo dedicato alla prevenzione attestano 25.800 utenti che vi hanno navigato durante la campagna, con oltre 34.000 sessioni e 74.000 pagine consultate.



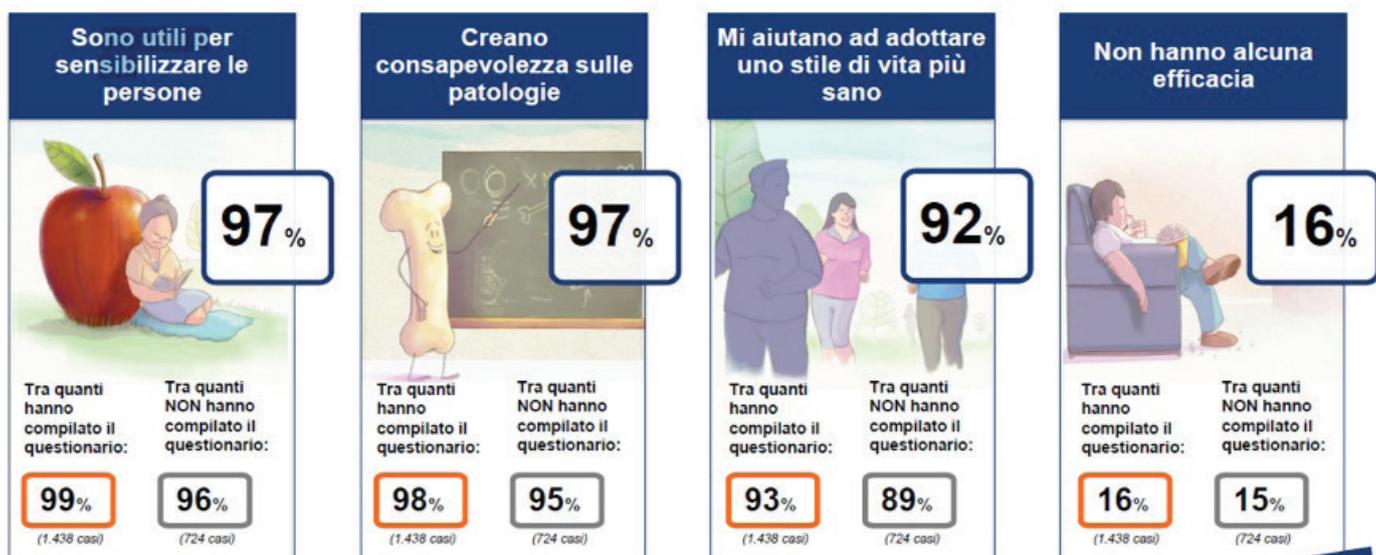
I Colori della Salute®

Suggerimenti per una vita sana

Ad iniziativa conclusa, in collaborazione con Comunicazione Interna Intesa Sanpaolo, a novembre si è dato corso ad una survey presso i dipendenti in servizio.

Vi hanno preso parte 2.162 iscritti attestando risultati di gradimento della campagna ampiamente positivi.

In generale, da 1 a 10, quanto sei d'accordo con le seguenti affermazioni relative alle campagne di prevenzione?



7

Base rispondenti: 2.162 casi



INTESA SANPAOLO

Dalle risposte, del tutto anonime, alla domanda sugli esiti patologici emersi dagli accertamenti effettuati per effetto della campagna sono risultati 35 casi di melanoma e oltre 40 di carcinoma basocellulare.

I risultati della campagna di prevenzione hanno confermato la validità del modello messo a punto dal Fondo fo-

calizzato sulla sensibilizzazione degli assistiti attraverso l'informazione, la divulgazione e la promozione delle iniziative realizzate anche attraverso un costante presidio della rubrica "La parola all'esperto" sulla quale sono stati pubblicati una serie di interventi dedicati alle iniziative di prevenzione.



Strategie di prevenzione e diagnosi precoce dei tumori

Maggio 2019

Quando parliamo di prevenzione primaria intendiamo tutta una serie di comporta...



I tumori orali: un nemico (non troppo) nascosto

Dicembre 2018

Il cancro orale è uno dei dieci più frequenti tumori nel mondo: in Italia è ...



Tumori della pelle: il valore della prevenzione e della diagnosi precoce

Gennaio 2018

La pelle è l'organo più esteso del nostro corpo e spesso sviluppa tumori mali...



Tumore alla prostata: è utile uno screening con il PSA?

Settembre 2017

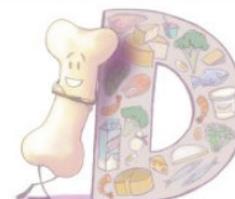
Uno studio durato 20 anni e recentemente pubblicato nel British Journal of...



Cortisonici e osteoporosi: quale relazione?

Aprile 2017

Alcuni farmaci possono essere dannosi per le ossa e causare osteoporosi second...



La vitamina D

Novembre 2016

La vitamina D è, per eccellenza, la vitamina deputata sia all'assorbimento d...

Il ricorso al questionario di screening e alla prescrizione medica sono elementi qualificanti del modello, nel rispetto dei criteri stabiliti dal Ministero della Salute relativamente all'appropriatezza degli accertamenti diagnostici che sono stati erogati

attraverso le campagne di prevenzione promosse: cardiovascolare nel periodo maggio 2015 – marzo 2016; osteoporosi tra novembre 2016 e settembre 2017; tumori della pelle tra gennaio e giugno 2018.

L'immagine che segue, con alcune specifiche delle tre campagne, riporta i dati di partecipazione agli scree-

ning online realizzati nel corso di ciascuna iniziativa di prevenzione.

PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE
12.946 partecipanti allo screening
1 maggio 2015 – 31 marzo 2016
Il Fondo Sanitario Integrativo promuove una campagna di prevenzione cardiovascolare, per gli iscritti e i loro familiari con età compresa tra i 40 e i 69 anni, che prevede anche un'iniziativa di sensibilizzazione sui corretti stili di vita.

PREVENZIONE OSTEOPOROSI
10.846 donne partecipanti allo screening
14 novembre 2016 – 30 settembre 2017
La campagna di prevenzione è dedicata alle donne tra i 40 – 60 anni compresi per aumentare la loro consapevolezza sul rischio osteoporosi, una patologia diffusa che colpisce soprattutto il genere femminile.

PREVENZIONE TUMORI DELLA PELLE
20.924 partecipanti allo screening
22 gennaio 2018 – 30 giugno 2018
La campagna di prevenzione ha l'obiettivo di aumentare la consapevolezza verso il rischio di sviluppare i tumori della pelle e di sensibilizzare gli iscritti verso un corretto stile di vita.

Nel secondo semestre del 2018 il Comitato Scientifico del Fondo ha predisposto la nuova campagna dedicata alla prevenzione

dei tumori; se ne fornisce un'indicazione sintetica in calce alla presente relazione.

RISULTATI DELL'ANALISI ATTUARIALE SUI DATI DI BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2017

Lo Studio Olivieri e Associati nello scorso mese di ottobre, come da prassi del Fondo, ha effettuato l'analisi attuariale e ha predisposto il Bilancio Tecnico; la valutazione ha riguardato l'andamento dello scorso esercizio prendendo a riferimento i dati del bilancio al 31 dicembre 2017 approvato dall'Assemblea dei Delegati.

Al fine di valutare l'equilibrio tecnico-attuariale del Fondo si sono utilizzate basi tecniche demografiche e finanziarie in linea con i parametri definiti per la valutazione degli scorsi anni.

L'analisi dei flussi annui ha consentito di determinare l'evoluzione delle condizioni di equilibrio del Fondo a 10 anni e a 30 anni, mentre la redazione del Bilancio Tecnico ha evidenziato la condizione di equilibrio delle gestioni alla data di valutazione in termini di valore attuale medio dei flussi in entrata e in uscita.

Di seguito sono riportati, in sintesi, i risultati delle proiezioni a 10 e a 30 anni:

- tenendo conto del contributo di solidarietà trasferito alla gestione dei quiescenti, gli attivi presentano un risultato di gestione nullo dal 2018 e negativo dal 2023. I quiescenti, a loro volta, beneficiano fino a tale data del trasferimento dalla gestione attivi, ma registrano comunque un disavanzo di gestione, via via crescente nel tempo. In

particolare, sulla base delle ipotesi demografiche utilizzate, la gestione degli attivi presenterà un risultato in equilibrio fino al 2023, al netto dei trasferimenti verso la gestione dei quiescenti; sarà necessario ricorrere a prelievi dal patrimonio o dai differimenti dal 2023 stesso. La gestione dei quiescenti, invece, evidenzia dei risultati di gestione negativi a partire già dal 2018 ma i relativi prelievi dal patrimonio e dai differimenti non saranno di entità tale da mettere in pericolo la stabilità del Fondo nel breve periodo. Tuttavia, la necessità di ricorrere dal 2023 ai ripianamenti a carico iscritto per tale gestione rende necessario effettuare opportune modifiche ai Regolamenti per recuperare sostenibilità nel medio-lungo termine;

- il Bilancio Tecnico a 30 anni evidenzia un disavanzo tecnico di gestione tra attività e passività, causato principalmente dall'invecchiamento della popolazione e, come da ipotesi circa i futuri nuovi ingressi, da una diminuzione degli iscritti titolari in attività che, grazie al contributo a carico azienda, sono coloro che forniscono apporto positivo al Fondo. Entrambe le gestioni presenteranno, quindi, dei disavanzi tecnici di gestione su un arco temporale di 30 anni, sotto l'ipotesi di invarianza delle condizioni previste dagli attuali Regolamenti e dallo Statuto.

GESTIONE PATRIMONIALE E DELLA LIQUIDITÀ

I risultati sopra evidenziati sono stati illustrati dall'Attuario alle Fonti Istitutive in occasione dell'incontro del 7 novembre 2018 e al Consiglio di Amministrazione nel corso della riunione del 22 novembre.

Le Fonti Istitutive, cui è riservata la facoltà di intervento sui Regolamenti delle prestazioni e sulla normativa statutaria, hanno effettuato un esame analitico degli andamenti della spesa nel

suddetto incontro e nella successiva riunione del 20 dicembre 2018. In detta sede, le Fonti Istitutive hanno preso atto dei risultati evidenziati dall'analisi attuariale e hanno stabilito di completare gli approfondimenti a valle dei risultati di bilancio al 31 dicembre 2018 allo scopo di definire gli interventi che si renderanno necessari per assicurare la piena sostenibilità del Fondo nel medio-lungo termine.

Il 2018 è stato un anno particolarmente difficile per i Mercati Finanziari, dominati da incertezza ed elevata volatilità conseguenza dei timori di un rallentamento della crescita economica globale, del progressivo rialzo dei tassi di interesse da parte della FED (la Banca Centrale Americana) e dalla "guerra commerciale" tra gli Stati Uniti e la Cina.

In Italia, dopo un primo semestre in espansione, la contrazione del PIL e la complessità dei rapporti con l'Unione Europea - legati alla definizione della nuova Legge di Bilancio e degli obiettivi di finanza pubblica - hanno generato una tensione sui titoli di stato che si è riflessa in un allargamento importante dello spread con bund tedeschi di pari scadenza, dovuto anche ad un peggioramento del giudizio del merito di credito del nostro Paese da parte delle agenzie di rating.

In questo scenario quasi tutte le attività finanziarie hanno registrato risultati negativi: la borsa Italiana ha evidenziato una perdita di circa il -14%, il mercato azionario europeo del -12%

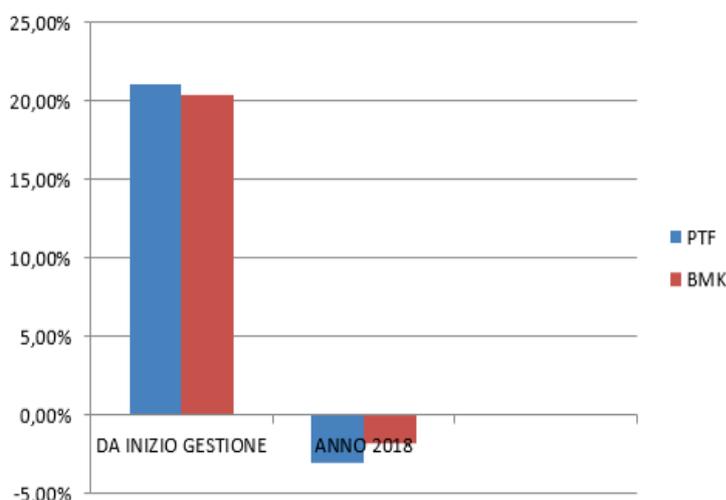
e, dopo un inizio anno positivo, persino la borsa americana dal mese di settembre ha registrato una flessione del 20%, portando in negativo la performance dell'anno di oltre il 4%.

Anche nel comparto obbligazionario ci sono state riduzioni di valore significative, ad eccezione dei titoli governativi tedeschi con scadenza 10 anni e di quelli a breve termine americani. In definitiva, sul piano generale, si è trattato di uno dei peggiori anni registrati dalle attività finanziarie.

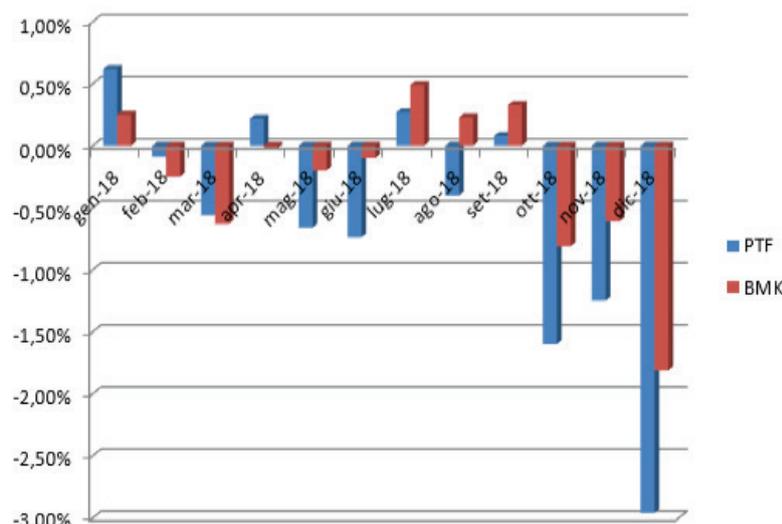
Il risultato conseguito nel corso dell'esercizio 2018 dalla Gestione Patrimoniale affidata ad Eurizon Capital, ha evidenziato a fine dicembre un rendimento netto del -3,03%, comportando una perdita di circa 4,2 milioni di euro. L'ammontare della gestione, rilevato al 31 dicembre 2018, comprensivo del rendimento netto del patrimonio, è risultato pari a 133.055.608,55 euro.

Il portafoglio di gestione del Fondo dal 2012, a fine 2018, ha comunque totalizzato complessivamente un risultato del 21,07% lordo, superiore al benchmark del 20,38%.

Performance annuali



Performance mensili



La consistente risalita dei mercati finanziari registrata nei primi mesi del 2019 ha consentito un pieno recupero della gestione patrimoniale che a marzo ha registrato un valore di portafoglio di 138.142.590 euro con un risultato lordo da inizio anno pari a 5.086.981 euro, con un rendimento del 3,14% (+ 0,24 rispetto al benchmark). Risultato superiore alla perdita registrata a fine 2018. La Commissione Investimenti, avvalendosi degli approfondimenti svolti dall'Advisor finanziario del Fondo, stante la forte incertezza degli scenari anche a breve (Brexit; elezioni europee, crisi dei dazi, fase finale del ciclo espansivo) ha perciò ritenuto che sussistessero le migliori condizioni per limitare il rischio di registrare perdite nel caso di un'evoluzione negativa dei mercati. Il Consiglio di Amministrazione nella riunione del 9 aprile

2019 ha approvato la riduzione del patrimonio in gestione con il contestuale investimento di 68 milioni in Buoni di Risparmio alle migliori condizioni offerte da Banca Prossima (rendimento lordo dello 0,40% sulla scadenza a 24 mesi con la facoltà di rimborso anticipato senza penali).

Il Consiglio di Amministrazione ha inoltre deliberato una revisione dell'asset allocation strategica con aumento della componente azionaria dal 20% al 30% in considerazione della mitigazione del rischio derivante dalla riduzione dell'esposizione azionaria complessiva.

Gli investimenti in Buoni di Risparmio, relativi alla gestione della liquidità disponibile nel corso dell'anno, che al 31 dicembre 2018 ammontavano a 30 milioni di euro, nel corso dell'esercizio hanno generato un rendimento netto di 50 mila euro.

GARA PER LA FORNITURA DEI SERVIZI IN OUTSOURCING

Il contratto sottoscritto da Intesa Sanpaolo con Previmedical per la fornitura dei servizi di outsourcing amministrativo per le attività richieste dal funzionamento del Fondo Sanitario è giunto a scadenza il 31 dicembre 2018. In previsione di ciò la Direzione Acquisiti di Intesa Sanpaolo nel giugno 2018 ha dato avvio alla gara per la selezione dell'outsourcer amministrativo del Fondo per il triennio 2019 – 2021. Gli oneri per i servizi in outsourcing svolti a favore del Fondo sono a carico di Intesa Sanpaolo, così come previsto dall'art. 28, punto 1, dello Statuto.

Il bando ha riguardato l'affidamento dei servizi di contact center, assistenza telefonica e consulenza medica, di autorizzazione e presa in carico, di liquidazione dei rimborsi e messa a disposizione della rete convenzionata per le prestazioni in forma diretta richieste dagli iscritti, nonché le attività di reporting e gestione amministrativa correlate ai predetti servizi.

Alla gara, pubblicizzata sul sito della Banca attraverso una Request For Proposal, hanno partecipato le principali Società operanti nel

settore dei servizi per la sanità integrativa: Previmedical, Sisalute, Blue Assistance, Aon, Generali Welion, Poste Welfare.

L'analisi delle offerte, curata dalla Direzione Acquisiti, ha riguardato sia gli aspetti economici, sia gli aspetti organizzativi, sia i profili qualitativi. Al fine di favorire la scelta più adeguata, gli approfondimenti di natura tecnica ed organizzativa delle offerte pervenute sono stati effettuati dalla struttura del Fondo.

Particolare attenzione è stata riservata alle condizioni tariffarie dei network convenzionati di ciascun provider così come all'estensione territoriale della rete e alla capillarità della stessa. Altri elementi considerati nella valutazione hanno riguardato le dotazioni tecnologiche e il numero di operatori adibiti alle principali attività del service: contact center, presa in carico, liquidazione e assistenza.

La procedura di selezione si è conclusa nella prima decade del mese di novembre con l'indicazione di riconferma di Previmedical S.p.A. che ha svolto l'attività di provider esterno dall'attivazione del Fondo.

ASSEGNAZIONE DELL'INCARICO DI AUDITOR DEL FONDO

Considerata la natura dell'attività del Fondo Sanitario e i volumi di attività generati nel perseguimento della propria mission istituzionale, si è reso opportuno individuare una qualificata professionalità per le opportune verifiche e controlli di auditing relativamente alle procedure e alle attività affidate all'outsourcer amministrativo, alle procedure e alle attività interne, nonché alla corretta fruizione dell'assistenza sanitaria da parte degli iscritti.

Per gli anni scorsi detta attività era stata svolta utilizzando professionalità del perimetro Welfare di Intesa Sanpaolo.

Il Consiglio di Amministrazione del 25 settembre 2018 ha pertanto deliberato di avviare un apposito beauty contest tra una ri-

stretta cerchia di operatori per la selezione del soggetto ritenuto più idoneo; espletata la procedura suddetta è stato individuato lo Studio Bruni e Marino per lo svolgimento delle attività di controllo interno nonché di componente dell'Organismo di Vigilanza. Il nuovo Auditor, dopo aver effettuato un accurato assessment presso gli Uffici del Fondo, ha presentato il piano di auditing per il 2019 che si indirizzerà prevalentemente alla verifica dell'adeguatezza della struttura e dei processi operativi rispetto alla mission dell'ente, agli obblighi normativi, nonché ai rapporti con i fornitori dei servizi connessi all'operatività del Fondo, con particolare riferimento agli impegni riguardanti il service amministrativo esterno.

ASSEGNAZIONE DELL'INCARICO DI REVISIONE DEL BILANCIO E AUSILIARE PER IL CONTROLLO CONTABILE

Sin dall'attivazione del Fondo, considerata la complessità, la rilevanza della spesa sanitaria e delle riserve che caratterizzavano la gestione del Fondo, venne ritenuto opportuno affidare l'incarico di revisione del bilancio ad una Società di adeguato profilo professionale. La revisione è a carattere volontario in quanto la natura associativa del Fondo non comporterebbe obblighi di legge in tal senso, ma risulta del tutto opportuna anche in termini di accountability e trasparenza.

In coerenza con gli indirizzi generali adottati nell'ambito del Gruppo Intesa Sanpaolo, inoltre il Collegio dei Sindaci si avvale dell'ausilio di detta Società di revisione anche per lo svolgimento dell'attività di controllo contabile, ferma restando,

ai sensi dell'art. 22 dello Statuto, la competenza del Collegio stesso in materia.

I suddetti incarichi previsti in scadenza per fine 2018 e già oggetto di un precedente rinnovo, sono stati svolti da PricewaterhouseCoopers, Società che vanta un'esperienza qualificata nel settore e che ha operato con professionalità e solerzia.

Il Consiglio del 22 novembre 2018, ha quindi stabilito di avviare un beauty contest per le suddette attività coinvolgendo un ristretto novero di operatori qualificati.

Svolta la procedura di selezione ed esaminate le offerte pervenute, PricewaterhouseCoopers si è aggiudicata l'incarico per entrambe le attività anche per il prossimo triennio.

SVILUPPO DELLA PIATTAFORMA PER LA GESTIONE DEGLI ISCRITTI

Il progetto, in fase di realizzazione in collaborazione con le strutture IT di Intesa Sanpaolo, ha l'obiettivo di sviluppare un sistema informatico che possa consentire al Fondo l'autonoma gestione degli iscritti, diversamente dall'attuale assetto che prevede il ricorso alla piattaforma dell'outsourcer amministrativo.

L'iniziativa si inquadra nel più ampio progetto di dotare gli Enti facenti capo all'Ufficio Welfare di Intesa Sanpaolo (FSI, Fondo Pensioni di Gruppo, Fondazione ONLUS, ALI) di un'anagrafe comune. Il progetto è determinante per rendere il Fondo autonomo con riguardo alla gestione amministrativa dei propri iscritti, limitando l'esternalizzazione alle attività operative connesse alle prestazioni ed ai rimborsi.

Terminata l'analisi funzionale, negli ultimi mesi del 2018 ha preso avvio la fase di sviluppo del nuovo sistema gestionale, tuttora in corso; la migrazione della base dati e l'avvio del nuovo sistema di gestione degli iscritti è prevista per il prossimo mese di luglio.

La nuova procedura di gestione supporterà le seguenti funzioni: calcolo delle contribuzioni di iscritti in esodo ed in quiescenza, elaborazione dei dati per il payroll dei dipendenti, procedura di gestione delle iscrizioni, delle cessazioni e delle variazioni anagrafiche di iscritti e familiari e relative ricadute contabili; gestione dei flussi fiscali.

Il progetto prevede inoltre il completo rinnovo del sito internet e dei principali strumenti di interfaccia web con gli iscritti: la procedura anagrafica, in particolare, verrà completamente rivista con l'elimina-

nazione della documentazione cartacea.

Contestualmente sarà aggiornata anche la procedura resa disponibile dall'outsourcer per la richiesta delle prestazioni.

Gli interventi, una volta a regime, comporteranno un significativo miglioramento del servizio agli iscritti rendendo disponibili modalità di navigazione più sicure, semplici ed intuitive.

Inoltre, verranno rafforzate le misure di sicurezza a tutela dei dati che saranno gestiti su piattaforma proprietaria Intesa Sanpaolo ed integrate nel sistema di gestione della sicurezza informatica di Gruppo.

Più in dettaglio cambieranno le seguenti modalità:

- gli iscritti in servizio che utilizzano la postazione di lavoro non dovranno più inserire credenziali specifiche per accedere all'Area riservata;
- l'inserimento delle iscrizioni/recessi/variazioni anagrafiche per i familiari sarà semplificato con una gestione digitalizzata della documentazione;
- le richieste di prestazioni in assistenza convenzionata, compresa la scelta delle strutture e dei medici, e dei rimborsi verranno supportate da un nuovo applicativo messo a disposizione da Previmedical.

Grazie al nuovo applicativo di gestione iscritti sarà possibile inoltre monitorare lo "stato" delle singole richieste/variazioni anagrafiche inviate al Fondo e gestire senza l'inoltro cartaceo anche le richieste di riconoscimento/di esclusione dei benefici Legge 104/92.

OPERATIVITÀ DEL FONDO

Numero delle domande di rimborso lavorate

Le domande di rimborso complessive relative a spese sanitarie sostenute nel 2018 sono state **605.563**, il **2,7%** in più rispetto all'anno precedente; entro fine 2018 ne erano pervenute 539.772, le restanti 65.991 sono state acquisite nel periodo gen-

naio - marzo 2019.

Il 79% delle domande di rimborso sono state inoltrate on-line tramite la procedura in area iscritto, il 7% da smartphone tramite la APP e il 13% tramite invio della documentazione cartacea.

CANALE UTILIZZATO	PERVENUTE TRA 1.1.2018 E 31.12.2018		PERVENUTE TRA 1.1.2019 E 31.3.2019		TOTALE	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%
DI CUI CARTACEE	67.446	12,50%	14.381	21,79%	81.827	13,51%
DI CUI ON LINE WEB	433.602	80,36%	46.463	70,41%	480.065	79,28%
DI CUI APP	38.524	7,14%	5.147	7,80%	43.671	7,21%
TOTALE	539.572	100,00%	65.991	100,00%	605.563	100,00%

Al 31 marzo, termine ultimo stabilito dalla normativa statutaria per la presentazione delle domande di rimborso, ne risultavano accolte **526.440**; quelle respinte, principalmente per la non conformità al Regolamento o alle carenze documentali, ammontano a **78.640** (corrispondenti al 13% delle pervenute).

Alla medesima data, le domande di rimborso sospese, in attesa di acquisizione di documentazione aggiuntiva, risultavano **297** e quelle da liquidare **206**.

Gli iscritti potranno ripresentare le pratiche respinte, qualora ne ricorrano i presupposti, entro il 30 giugno 2019.

NUMERO DELLE DOMANDE DI RIMBORSO LAVORATE		
LIQUIDATE	526.440	86,93%
DA LIQUIDARE	206	0,03%
SOSPESSE	297	0,05%
RESPINTE	78.640	12,99%
TOTALE	605.583	100,00%

Per assistenza convenzionata sono state emesse **174.442** prese in carico, l'**11,7%** in più rispetto al 2017.



NUMERO PRESE IN CARICO ASSISTENZA CONVENZIONATA TRA 01.01.2018 E 31.12.2018		
DI CUI CENTRALE OPERATIVA	90.587	51,93%
DI CUI ON LINE WEB	78.252	44,86%
DI CUI APP	5.603	3,21%
TOTALE	174.442	100,00%

Oltre il 48% delle prese in carico che hanno comportato l'effettiva fruizione di prestazioni in assistenza convenzionata sono state effettuate online: da area iscritto 78.252 (45%), da smartphone tramite la App "FSI con Te" 5.603 (3%), al telefono tramite centrale operativa 90.587 (52%).

Osservando la rilevazione comprendente anche le richieste di presa in carico relative a prestazioni non fruite per revoca da parte dell'iscritto, il dato relativo al contatto telefonico scende sotto il 50% rispetto all'online⁵³.

ANNO	TOTALE RICHIESTE	PREATTIVAZIONI ONLINE		PREATTIVAZIONI CENTRALE OPERATIVA	
	N	N	%	N	%
2014	123.394	49.032	39,74%	74.362	60,26%
2015	132.636	55.666	41,97%	76.970	58,03%
2016	146.833	63.048	42,94%	83.785	57,06%
2017	164.177	73.549	44,80%	90.628	55,20%
2018	187.555	95.117	50,71%	92.438	49,29%

Nei primi mesi dell'anno in corso la componente online cresce ulteriormente e supera il 55% del totale.

2019	TOTALE RICHIESTE	PREATTIVAZIONI ONLINE		PREATTIVAZIONI CENTRALE OPERATIVA	
	N	N	%	N	%
GENNAIO	19.715	10.583	53,68%	9.132	46,32%
FEBBRAIO	16.687	8.529	51,11%	8.158	48,89%
MARZO	17.946	9.868	54,99%	8.078	45,01%
APRILE	14.986	8.313	55,47%	6.673	44,53%

La tabella seguente riporta il dettaglio mensile delle richieste di assistenza telefonica indirizzate alla Centrale Operativa nel corso del 2018. Come si verifica ogni anno, particolarmente elevato è stato il numero dei contatti che si sono registrati nei primi

cinque mesi, dovuti in particolare alle richieste di informazioni riguardanti gli adempimenti fiscali concernenti il 730 precompilato. L'operatività aggiuntiva verso la centrale operativa ha raggiunto il picco nel maggio 2018, con oltre 46.000 contatti.

(53) Modalità, quest'ultima, che consente di specificare la prestazione, il centro sanitario prescelto e l'ora dell'appuntamento; l'iscritto ne riceve una conferma a mezzo email/sms.

2018	TOTALE CONTATTI		CONTATTI EVASI		RINUNCIATE (ENTRO 4 MINUTI DI ATTESA)		DISSUASE (OLTRE I 4 MINUTI DI ATTESA)		TEMPO MEDIO CONVERSAZIONE (IN MINUTI)	TEMPO MEDIO IN CODA (IN MINUTI)
	N	N	%	N	%	N	%	MEDIA	MEDIA	
GENNAIO	36.149	35.320	97,71%	520	1,44%	309	0,85%	3,53	0,43	
FEBBRAIO	31.986	31.020	96,98%	585	1,83%	381	1,19%	3,58	0,47	
MARZO	36.461	35.371	97,01%	706	1,94%	384	1,05%	3,51	0,45	
APRILE	37.175	36.123	97,17%	677	1,82%	375	1,01%	3,53	0,44	
MAGGIO	46.308	44.973	97,12%	838	1,81%	497	1,07%	3,54	0,45	
GIUGNO	31.396	30.775	98,02%	415	1,32%	206	0,66%	3,52	0,42	
LUGLIO	20.693	20.406	98,61%	211	1,02%	76	0,37%	3,51	0,40	
AGOSTO	15.768	15.533	98,51%	156	0,99%	79	0,50%	3,52	0,41	
SETTEMBRE	37.702	36.995	98,12%	467	1,24%	240	0,64%	3,54	0,42	
OTTOBRE	38.824	37.979	97,82%	564	1,45%	281	0,72%	3,55	0,44	
NOVEMBRE	33.896	33.176	97,88%	417	1,23%	303	0,89%	3,54	0,44	
DICEMBRE	24.445	23.930	97,89%	304	1,24%	211	0,86%	3,53	0,43	
TOTALE	390.803	381.601	97,65%	5.860	1,50%	3.342	0,86%	3,53	0,43	

Le soglie previste dagli SLA (service level agreement) contrattuali relativi alla qualità del servizio di contact center reso agli iscritti sono state rispettate.

Il monitoraggio del primo quadrimestre 2019, conferma un'operatività telefonica particolarmente elevata anche nei primi quattro mesi

del 2019, ma su livelli che rientrano nella normalità del periodo. L'iscrizione dei colleghi del perimetro ex Banche Venete gestito interamente dalla struttura interna del Fondo con il supporto di una task force messa a disposizione da Intesa Sanpaolo non sembra gravare sulle normali attività della centrale operativa dell'outsourcer.

2019	TOTALE CONTATTI		CONTATTI EVASI		RINUNCIATE (ENTRO 4 MINUTI DI ATTESA)		DISSUASE (OLTRE I 4 MINUTI DI ATTESA)		TEMPO MEDIO CONVERSAZIONE (IN MINUTI)	TEMPO MEDIO IN CODA (IN MINUTI)
	N	N	%	N	%	N	%	MEDIA	MEDIA	
GENNAIO	36.612	35.711	97,54%	520	1,42%	381	1,04%	3,52	0,44	
FEBBRAIO	33.602	32.617	97,07%	580	1,73%	405	1,21%	3,53	0,45	
MARZO	44.066	42.663	96,82%	777	1,76%	626	1,42%	3,50	0,47	
APRILE	38.637	37.442	96,91%	673	1,74%	522	1,35%	3,49	0,46	

Gli iscritti utilizzano, a scopo informativo, anche la modalità di contatto e-mail; di seguito riportiamo i dati relativi alla gestione di

quelle inoltrate alla centrale operativa nel 2018 che vengono consultati mensilmente per monitorare i livelli di servizio.

2018	TOTALE CONTATTI MAIL		MAIL RISPOSTE ENTRO LE 24H		MAIL RISPOSTE OLTRE LE 24H	
	N	N	%	N	%	
GENNAIO	3.708	3.652	98,49%	56	1,51%	
FEBBRAIO	3.314	3.273	98,76%	41	1,24%	
MARZO	3.944	3.892	98,68%	52	1,32%	
APRILE	3.697	3.648	98,67%	49	1,33%	
MAGGIO	5.017	4.935	98,37%	82	1,63%	
GIUGNO	3.498	3.452	98,68%	46	1,32%	
LUGLIO	2.597	2.569	98,92%	28	1,08%	
AGOSTO	2.220	2.202	99,19%	18	0,81%	
SETTEMBRE	3.064	3.019	98,53%	45	1,47%	
OTTOBRE	3.868	3.807	98,42%	61	1,58%	
NOVEMBRE	3.663	3.614	98,66%	49	1,34%	
DICEMBRE	1.378	1.361	98,77%	17	1,23%	
TOTALE	39.968	39.424	98,64%	544	1,36%	

Il dato registrato nel primo quadrimestre 2019 è in linea con la corrispondente rilevazione del 2018.

2019	TOTALE CONTATTI MAIL		MAIL RISPOSTE ENTRO LE 24H		MAIL RISPOSTE OLTRE LE 24H	
	N	N	%	N	%	
GENNAIO	3.842	3.778	98,33%	64	1,67%	
FEBBRAIO	3.430	3.368	98,19%	62	1,81%	
MARZO	3.987	3.913	98,14%	74	1,86%	
APRILE	3.584	3.514	98,05%	70	1,95%	

Ai consuntivi sopra indicati vanno aggiunte le e-mail pervenute nel corso del 2018 alle caselle di posta elettronica gestite direttamente dalla struttura interna del Fondo:

- oltre 4.500 e-mail alla casella Servizio Iscritti (+25% rispetto al 2017), in particolare per richieste di informazione sul Regolamento delle prestazioni e per la segnalazione di disagi;

- oltre 16.000 e-mail alla casella Anagrafe (+42% rispetto al 2017), soprattutto per richieste di informazioni degli iscritti rivenienti dalle ex Banche Venete sulle variazioni anagrafiche, inerenti la relativa normativa;
- circa 1.500 e-mail alla casella Contabilità (dato invariato rispetto al 2017) per comunicazioni relative a contribuzioni e rimborsi.

RISULTATO DELLE GESTIONI

Nella tabella che segue sono esposti i dati di sintesi delle due gestioni, attivi e quiescenti, che per l'esercizio 2018 presentano complessivamente un disavanzo di 4,5 milioni di euro, in diminuzione di circa 11,8 milioni di euro rispetto a 7,3 milioni di euro che hanno costituito l'avanzo 2017.

Il risultato operativo è diminuito di 3,9 milioni di euro rispetto al 2017, di cui per circa 3,1 milioni di euro imputabili alla gestione attivi e per circa 0,8 milioni di euro alla gestione quiescenti.

Sul margine operativo hanno avuto impatto:

- l'aumento dei contributi per complessivi 1 milione di euro, intervenuto nonostante la diminuzione del numero degli iscritti, da ricondursi principalmente all'effetto positivo derivante dalle sistemazioni dei carichi fiscali e dall'incremento dell'imponibile dei dipendenti in servizio;
- la variazione in aumento della spesa per prestazioni di 4,9 milioni di euro, riconducibile principalmente all'incremento della

spesa pro-capite, aumentata da 730 euro a 757 euro per assistito, sul quale impatta, oltre all'inflazione sanitaria, la maturità dei Regolamenti del Fondo e l'innalzamento dell'età media di iscritti e beneficiari.

Il saldo della gestione finanziaria, interessi attivi, proventi e oneri ammonta complessivamente a -4,1 milioni di euro, di cui -2,9 milioni di euro imputabili alla gestione attivi e -1,2 milioni di euro imputabili alla gestione quiescenti. Il risultato negativo è dovuto alla perdita di 4,2 milioni di euro rilevata al 31 dicembre 2018 sulla gestione patrimoniale a causa dell'andamento negativo dei mercati finanziari.

I proventi straordinari, correlati all'andamento delle variazioni anagrafiche e al recupero dei relativi impatti economici in termini di contributi e prestazioni, nel 2018 sono risultati in diminuzione rispetto all'anno precedente di circa 0,3 milioni di euro, in particolare con riguardo alla gestione attivi.

Chiusura esercizio

	GESTIONE ATTIVI		GESTIONE QUIESCENTI		TOTALI	
	2018	2017	2018	2017	2018	2017
TOTALE CONTRIBUTI	112.427.089 100%	113.094.539 100%	36.681.345 100%	35.031.413 100%	149.108.434 100%	148.125.952 100%
contributi iscritti e familiari	50.327.400	50.504.786	35.702.980	34.079.035	86.030.380	84.583.821
contributi azienda	62.099.689	62.589.753	978.365	952.378	63.078.054	63.542.131
PRESTAZIONI	-107.703.323 -96%	-105.252.794 -93%	-42.356.659 -115%	-39.888.631 -114%	-150.059.982 -101%	-145.141.425 -98%
costo polizze	-798.205	-100.350	0	0	-798.205	-100.350
assistenza convenzionata	-31.325.421	-30.541.745	-16.503.597	-15.172.341	-47.829.018	-45.714.086
assistenza a rimborso	-72.014.631	-71.862.184	-23.606.230	-23.057.366	-95.620.861	-94.919.550
accantonamenti	-3.565.066	-2.748.515	-2.246.832	-1.658.924	-5.811.898	-4.407.439
RISULTATO OPERATIVO	4.723.766 4%	7.841.745 7%	-5.675.314 -15%	-4.857.218 -14%	-951.548 -1%	2.984.527 2%
PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	-2.915.227	2.635.592	-1.095.703	878.355	-4.010.930	3.513.947
interessi attivi ed altri proventi finanziari	103.432	2.635.592	37.705	878.355	141.137	3.513.947
interessi passivi ed altri oneri finanziari	-3.018.659	0	-1.133.408	0	-4.152.067	0
ALTRI PROVENTI ED ONERI FINANZIARI	-9.336	-16.185	-123.365	-95.436	-132.701	-111.621
recupero prestazioni	0	0	0	0	0	0
svalutazione crediti	-9.336	-16.185	-123.365	-95.436	-132.701	-111.621
PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI	437.945	730.231	193.048	206.245	630.993	936.476
proventi straordinari	651.473	848.549	269.916	318.676	921.389	1.167.225
oneri straordinari	-213.528	-118.318	-76.868	-112.431	-290.396	-230.749
RISULTATO COMPLESSIVO DELLA GESTIONE	2.237.148 2%	11.191.383 10%	-6.701.334 -18%	-3.868.054 -11%	-4.464.186 -3%	7.323.329 5%
CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA'	-2.237.148	-6.779.651	2.237.148	6.779.651	0	0
RISULTATO DI GESTIONE CARATTERISTICA	0 0%	4.411.732 4%	-4.464.186 -12%	2.911.597 8%	-4.464.186 -3%	7.323.329 5%
RISULTATO FINALE DELLE GESTIONI	0	4.411.732	-4.464.186	2.911.597	-4.464.186	7.323.329

RISULTATO DELLA GESTIONE ATTIVI

La gestione attivi ha riscontrato una contribuzione di 112,4 milioni di euro; la contenuta diminuzione di 0,7 milioni di euro rispetto al dato del 2017 (-0,59%), deriva dalla combinazione dell'effetto negativo di circa 1,4 milioni di euro dovuto alla contrazione del numero degli assistiti (-1.954 persone, corrispondenti al -1,22%) rispetto al 2017 e dall'impatto positivo riconducibile all'incremento degli imponibili per 0,7 milioni di euro. Le aziende del Gruppo hanno riversato al Fondo 62,1 milioni di euro di contribuzione registrando una diminuzione rispetto all'esercizio precedente di 0,5 milioni di euro. Da parte degli iscritti, anche per la relativa componente familiare, sono stati versati 50,3 milioni di euro di contributi (0,2 milioni di euro in meno rispetto al 2017).

La spesa totale per prestazioni ammonta a 107,7 milioni euro, in crescita di circa 2,5 milioni di euro (+2,33%) rispetto al 2017, comprendendo anche gli 0,8 milioni di euro versati alle compagnie assicurative. La variazione è principalmente riconducibile alle seguenti evidenze: inflazione sanitaria stabilita all'1,50% (+1% rilevato dall'Istat + 0,50% relativo alla stima della componente sanitaria), all'aumento della propensione al consumo stimata nello 1,68%, alla crescita dell'età media con impatto dello 0,72% sulla spesa e all'incremento del premio polizza (+0,66%). Per contro, ha determinato una riduzione della spesa, la diminuzione del 2,23% del numero di iscritti a Regolamento. Le prestazioni erogate in regime di assistenza convenzionata, al netto degli accantonamenti, risultano pari a 31,3 milioni di euro, in incremento di 0,8 milioni di euro rispetto al 2017.

Al netto degli accantonamenti gli oneri per l'assistenza a rim-

borso, comprensivi della quota differita, ammontano a 72 milioni di euro; il dato si confronta con i 71,8 milioni di euro del 2017 rispetto ai quali si attesta un aumento di 0,2 milioni di euro. L'accantonamento ad integrazione del fondo per rischi ed oneri a copertura delle prestazioni ancora da liquidare ammonta a 3,6 milioni di euro, con un aumento di 0,8 milioni di euro rispetto ai 2,8 milioni di euro del 2017.

Il risultato operativo presenta complessivamente una flessione; risulta pari a 4,7 milioni di euro.

Il saldo della gestione finanziaria, interessi attivi, proventi e oneri, ammonta complessivamente a -2,9 milioni di euro; il dato è in diminuzione rispetto al 2017 di 5,6 milioni di euro per effetto della perdita di 3 milioni di euro sulla gestione patrimoniale dovuta al negativo andamento dei mercati finanziari.

I proventi ed oneri straordinari, correlati all'andamento delle variazioni anagrafiche e al recupero dei relativi impatti economici in termini di contributi e prestazioni, ammontano a 0,4 milioni di euro e sono in diminuzione di 0,3 milioni rispetto all'esercizio precedente.

Il risultato complessivo della gestione ammonta a 2,2 milioni di euro in diminuzione di 9 milioni di euro rispetto al 2017 ed è interamente assorbito dal contributo di solidarietà riversato alla gestione quiescenti ai sensi dell'art. 25, comma 4 dello Statuto. L'importo riversato è pari al 2% del monte contributivo al netto delle polizze, lontano dal 6% previsto per il contributo di solidarietà.

L'avanzo della gestione attivi risulta pari a zero, in diminuzione di 4,4 milioni di euro rispetto alla chiusura del 2017.

RISULTATO DELLA GESTIONE QUIESCENTI

Alla gestione quiescenti sono confluiti nell'esercizio contributi per 36,7 milioni di euro, dato in aumento rispetto ai 35 milioni di euro del 2017 (+4,71%). Da parte degli iscritti, anche per la relativa componente familiare, sono stati versati 35,7 milioni di euro di contributi: 1,6 milioni di euro in più rispetto al 2017 (+4,77%). L'aumento è dovuto sia all'incremento del numero degli iscritti, sia ai recuperi contributivi connessi principalmente alla variazione dei carichi fiscali registrati nei nuclei familiari. La contribuzione aziendale, ove prevista, è rimasta pressoché invariata.

Gli oneri per prestazioni erogate ammontano a 42,4 milioni di euro, dato che mostra un aumento di 2,5 milioni di euro rispetto ai 39,9 milioni di euro riscontrati nel 2017 (+6,19%). La variazione deriva dall'aumento del numero degli assistiti (+1.401 persone) con un impatto stimato in 3,46% sulla spesa, dall'inflazione sanitaria stabilita al 1,50%, dalla crescita dell'età media con impatto dello 0,79% sulla spesa e dall'aumento della propensione al consumo pari allo 0,44%.

Gli oneri per l'assistenza convenzionata, al netto degli accantonamenti, sono cresciuti di 1,3 milioni di euro ed ammontano a 16,5 milioni di euro. Le prestazioni a rimborso, al netto degli accantonamenti, si attestano a 23,6 milioni di euro e, rispetto ai 23 milioni di euro del 2017, aumentano di 0,6 milioni di euro. Ammonta a 2,2 milioni di euro l'accantonamento ad integrazione del fondo per rischi ed oneri a copertura delle presta-

zioni ancora da liquidare; detto accantonamento è superiore di 0,6 milioni di euro rispetto all'anno precedente.

Il risultato operativo risulta negativo per 5,7 milioni di euro e registra un peggioramento di 0,8 milioni di euro rispetto all'esercizio precedente.

I proventi finanziari ed altri proventi ed oneri complessivamente risultano pari a -1,2 milioni di euro, in peggioramento di 2 milioni di euro rispetto al dato registrato nel 2017, relativa quasi interamente all'effetto della perdita di 1,1 milioni di euro sulla gestione patrimoniale dovuta al negativo andamento dei mercati finanziari.

I proventi ed oneri straordinari ammontano a 0,2 milioni di euro, dato sostanzialmente invariato rispetto al 2017.

Il risultato complessivo della gestione ammonta a -6,7 milioni di euro e peggiora di 2,8 milioni di euro rispetto all'anno prima.

Con il contributo di solidarietà pari a 2,2 milioni di euro (- 4,5 milioni di euro rispetto al 2017) trasferito dalla gestione attivi ai sensi dell'art. 25, comma 4 dello Statuto, il disavanzo della gestione quiescenti risulta di 4,5 milioni di euro ed è in peggioramento di 7,4 milioni di euro rispetto all'avanzo di 2,9 milioni di euro registrato nel 2017.

Come previsto dallo Statuto, detto disavanzo sarà ripianato attingendo al patrimonio della gestione quiescenti e, in egual misura, trattenendo parzialmente la quota differita.

GLI ONERI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI EROGATE DIRETTAMENTE DAL FONDO

Nel corso del 2018, complessivamente per entrambe le gestioni di attivi e quiescenti, gli oneri per le prestazioni erogate ammontano a circa 150,5 milioni di euro (+2,6% rispetto al 2017); la relativa componente differita risulta di 17,2 milioni di euro.

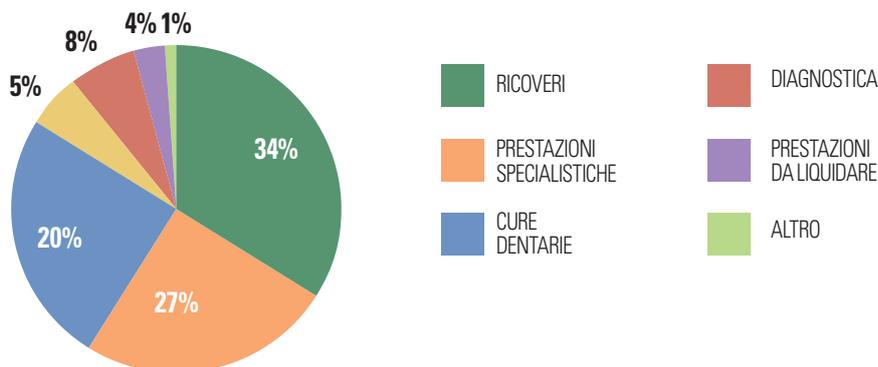
La voce più rilevante è costituita dai ricoveri con oltre 51,1

milioni di euro, seguita dalle prestazioni specialistiche con 40,7 milioni di euro (visite specialistiche 19,7 milioni, terapie 11,6 milioni, ticket 8,6 milioni e protesi 0,8 milioni), dalle cure dentarie che si attestano a 29,9 milioni di euro e dalla diagnostica con 12 milioni di euro (diagnostica strumentale 10,4 milioni ed esami di laboratorio 1,6 milioni).

Distribuzione generale delle prestazioni

	LIQUIDATO	DIFFERITA	TOTALE	%
RICOVERI	48.788.996	2.321.378	51.110.374	33,9%
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	35.078.757	5.650.573	40.729.330	27,1%
CURE DENTARIE	24.474.636	5.417.846	29.892.482	19,9%
DIAGNOSTICA	10.723.487	1.286.610	12.010.097	8,0%
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	6.649.641	1.779.856	8.429.497	5,6%
ALTRO	955.295	322.804	1.278.099	0,8%
PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	6.648.157	448.701	7.096.858	4,7%
TOTALE	133.318.969	17.227.768	150.546.737	100,0%

Negli importi indicati in tabella non sono considerate le spese sostenute per gli iscritti fruitori di polizza assicurativa; l'importo delle prestazioni da liquidare riguarda esclusivamente pratiche di competenza dell'esercizio in corso ed è pari alla consistenza complessiva del fondo rischi ed oneri 2018, al netto di quanto relativo a partite di competenza degli anni precedenti (pari a 2,8 milioni di euro).



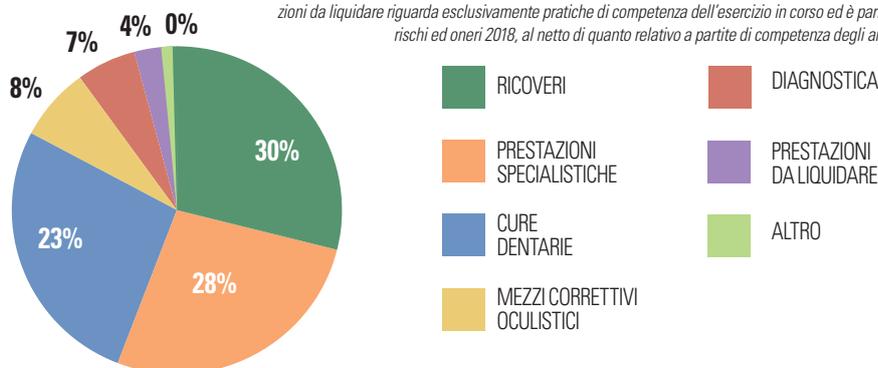
Distribuzione delle prestazioni gestione attivi

La gestione attivi, relativa ad iscritti in servizio e al personale in esodo, ha registrato una spesa di oltre 107,9 milioni di euro (+1,3% rispetto al 2017), comprensiva della componente differita, che sarà rimborsata integralmente agli iscritti, pari a 12,3 milioni di euro.

I ricoveri rappresentano la voce di maggior rilevanza con 31,8 milioni di euro. Le prestazioni specialistiche e le cure dentarie registrano rispettivamente oneri pari a 29,9 milioni di euro e a 25,3 milioni di euro.

	LIQUIDATO	DIFFERITA	TOTALE	%
RICOVERI	30.414.594	1.415.934	31.830.528	29,6%
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	25.942.081	3.966.599	29.908.680	27,7%
CURE DENTARIE	21.029.589	4.242.194	25.271.783	23,4%
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	5.901.696	1.461.146	7.362.842	6,8%
DIAGNOSTICA	7.547.368	889.310	8.436.678	7,8%
ALTRO	427.032	102.509	529.541	0,5%
PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	4.301.805	270.741	4.572.546	4,2%
TOTALE	95.564.165	12.348.433	107.912.598	100,0%

Negli importi indicati in tabella non sono considerate le spese sostenute per gli iscritti fruitori di polizza assicurativa; l'importo delle prestazioni da liquidare riguarda esclusivamente pratiche di competenza dell'esercizio in corso ed è pari alla consistenza complessiva del fondo rischi ed oneri 2018, al netto di quanto relativo a partite di competenza degli anni precedenti (pari a 1,9 milioni di euro).



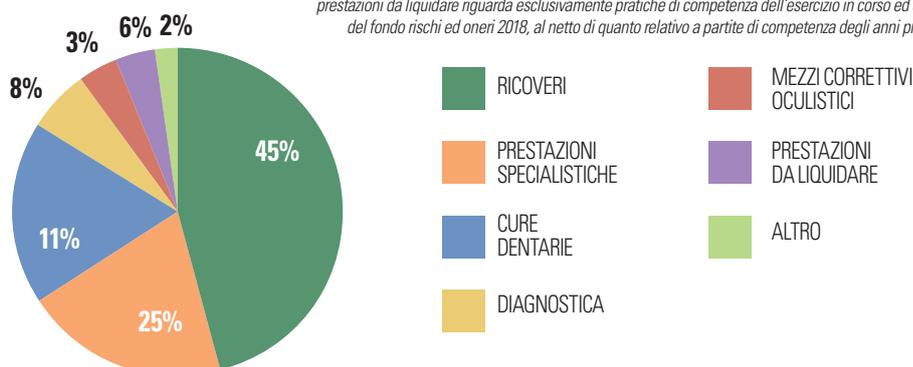
Distribuzione delle prestazioni gestione quiescenti

Gli oneri per prestazioni relative agli iscritti in quiescenza sono pari a circa 42,6 milioni di euro (+5,8% rispetto al 2017), compresa la quota differita che ammonta a 4,9 milioni di euro. Detta componente differita non sarà liquidata integralmente agli iscritti, perché sarà utilizzata in

parte per il ripianamento del disavanzo, come previsto dallo Statuto. I ricoveri rappresentano la voce di maggior rilevanza con 19,3 milioni di euro. Le prestazioni specialistiche e le cure dentarie registrano rispettivamente oneri pari a 10,8 milioni di euro ed a 4,6 milioni di euro.

	LIQUIDATO	DIFFERITA	TOTALE	%
RICOVERI	18.374.402	905.444	19.279.846	45,2%
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	9.136.676	1.683.974	10.820.650	25,4%
CURE DENTARIE	3.445.047	1.175.652	4.620.699	10,8%
DIAGNOSTICA	3.176.119	397.300	3.573.419	8,4%
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	747.945	318.710	1.066.655	2,5%
ALTRO	528.263	220.295	748.558	1,8%
PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	2.346.352	177.960	2.524.312	5,9%
TOTALE	37.754.804	4.879.335	42.634.139	100,0%

Negli importi indicati in tabella non sono considerate le spese sostenute per gli iscritti fruitori di polizza assicurativa; l'importo delle prestazioni da liquidare riguarda esclusivamente pratiche di competenza dell'esercizio in corso ed è pari alla consistenza complessiva del fondo rischi ed oneri 2018, al netto di quanto relativo a partite di competenza degli anni precedenti (pari a 0,8 milioni di euro).



SINTESI DELL'ANDAMENTO DELLA SPESA UNITARIA PER PRESTAZIONI⁵⁴

L'osservazione dei dati per nucleo familiare, relativamente agli ultimi due anni di attività del Fondo, evidenzia che nel suo complesso, la spesa media per nucleo è aumentata del 3,3% passando dai 1.702 euro del 2017, ai 1.759 euro del 2018. In particolare, si osserva un incremento della spesa del 2,5% a fronte di una riduzione del numero dei nuclei pari allo 0,8%.

Per la gestione attivi si registra un aumento del 1,3% della spesa per nucleo, portando il dato a 1.713 euro annui per il 2018 contro i 1.650 euro rilevati nel 2017.

La spesa per nucleo relativa ai quiescenti risulta maggiore in valore assoluto rispetto a quella degli attivi e aumenta dai 1.859 euro del 2017, ai 1.887 euro del 2018 registrando una crescita del 1,5%.

Spesa per nucleo

	2018			2017			2018 VS 2017		
	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
TOTALE SPESA	107.912.598	42.634.139	150.546.737	106.525.118	40.276.327	146.801.445	1,30%	5,85%	2,55%
TITOLARI	62.981	22.598	85.579	64.575	21.665	86.240	-2,47%	4,31%	-0,77%
SPESA PER NUCLEO	1.713	1.887	1.759	1.650	1.859	1.702	3,87%	1,48%	3,34%

Tendenze analoghe si osservano per la spesa pro-capite, con il costo medio che sale complessivamente del 3,7% attestandosi a 757 euro annui per il 2018 contro i 730 euro annui del 2017.

La spesa pro-capite per gli attivi si incrementa del 3,6%; in particolare si osserva un aumento della spesa del 1,3%

a fronte del calo del numero di iscritti del 2,2%.

Per i quiescenti si osserva un incremento della spesa pro-capite del 2,3%; in particolare si evidenzia un aumento della spesa del 5,8%, a fronte di un incremento del numero degli iscritti pari al 3,5%.

Spesa procapite

	2018			2017			2018 VS 2017		
	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
TOTALE SPESA	107.912.598	42.634.139	150.546.737	106.525.119	40.276.326	146.801.445	1,30%	5,85%	2,55%
TITOLARI	156.968	41.883	198.851	160.555	40.482	201.037	-2,23%	3,46%	-1,09%
SPESA PROCAPITE	687	1.018	757	663	995	730	3,62%	2,31%	3,68%

(54) Relativa alle prestazioni a Regolamento e alle spese di competenza 2018.

RISORSE VINCOLATE

La percentuale di spesa destinata alle prestazioni sanitarie vincolate ai sensi del DM 27/10/2009, cosiddetto Decreto Sacconi, in rapporto all'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti, si attesta al 28,6%, in leggera diminuzione rispetto al 29,2% registrato nel 2017 e deriva principalmente dalla contrazione delle spese odontoiatriche.

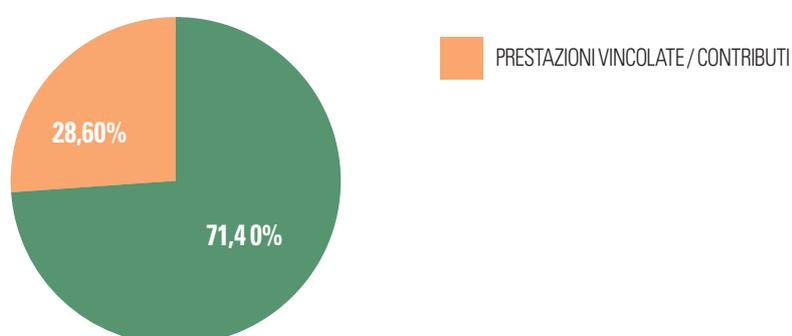
Il dato, oltre alle spese per le prestazioni erogate direttamente dal Fondo, considera anche la componente relativa alla copertura tramite polizze, così come certificata dalle rispettive Compagnie, nonché la contribuzione riversata a CASDIC dalle diverse Società del Gruppo Intesa Sanpaolo aderenti al fondo per la long term care.

Prestazioni vincolate ex DM 27/10/2009 (Sacconi)

	LIQUIDATO	DIFFERITA DA EROGARE	TOTALE	%
ASSISTENZA INFERMIERISTICA	24.710	321	25.031	0,1%
CURE DENTARIE	24.421.849	5.417.845	29.839.694	78,8%
PROTESI ORTOPEDICHE E APP. AUSILIARI	603.341	183.421	786.762	2,1%
TICKET CURE DENTARIE	52.788	-	52.788	0,1%
TICKET FISIOTERAPIA	267.868	-	267.868	0,7%
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI	5.776.012	1.123.596	6.899.608	18,2%
TOTALE PRESTAZIONI	31.146.568	6.725.183	37.871.751	100,0%

Ammontare totale delle prestazioni erogate

	IMPORTI	PRESTAZIONI VINCOLATE	QUOTA %
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO	150.546.737	37.871.751	25,16%
POLIZZA UNISALUTE (CONTRIBUTI VERSATI)	784.022	135.664	21,13%
CASDIC (CONTRIBUTI VERSATI)	7.336.300	7.336.300	100,00%
TOTALE PRESTAZIONI	158.667.059	45.373.715	28,60%



RIPARTIZIONE PRESTAZIONI A RIMBORSO E IN CONVENZIONE

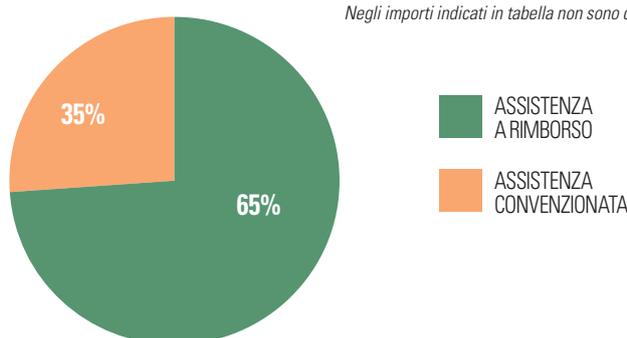
Distribuzione delle prestazioni per tipo assistenza

A fronte di una spesa complessiva per entrambe le gestioni pari a 150,5 milioni di euro, gli oneri relativi all'assistenza convenzionata, cioè derivante dal ricorso a strutture che hanno stipulato una convenzione direttamente con il Fondo o con l'outsourcer Previmedical, ammonta a

circa 53,4 milioni di euro pari al 35% del totale delle uscite (34% nel 2017).

L'assistenza a rimborso copre il 65% del totale della spesa per un ammontare di 97,2 milioni di euro.

	TOTALE
ASSISTENZA A RIMBORSO	97.169.545
ASSISTENZA CONVENZIONATA	53.377.192
TOTALE	150.546.737

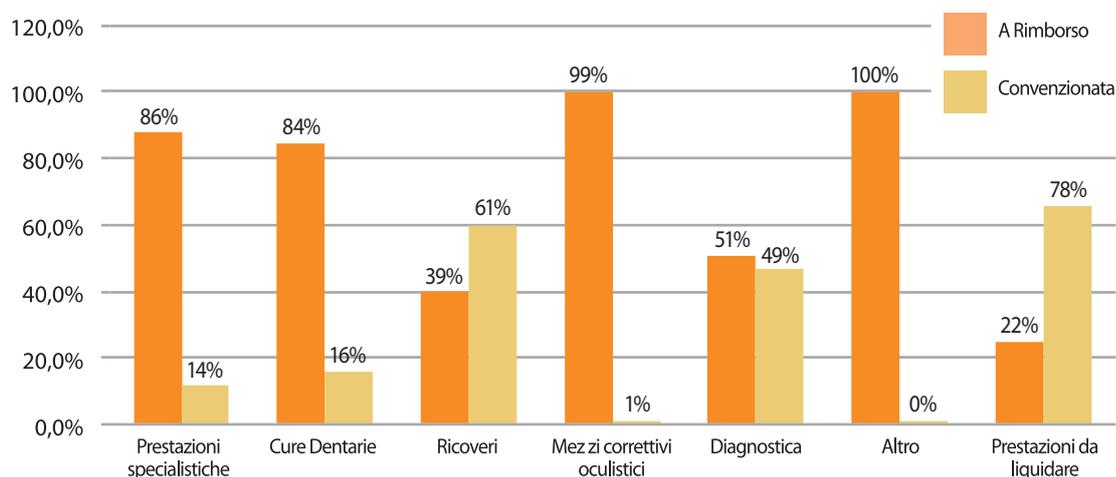


Dettaglio distribuzione delle prestazioni per tipo di assistenza

A seguire si riporta il dettaglio per tipologia di prestazione; relativamente alla spesa in convenzione i ricoveri costituiscono la voce più rilevante (61,4% convenzionata e 38,6% a rimborso).

Sulla spesa a rimborso incidono maggiormente le prestazioni specialistiche (85,8% a rimborso e 14,2% convenzionata) e le cure dentarie (84,3% a rimborso e 15,7% convenzionata).

	A RIMBORSO	INC. %	CONVENZIONATA	INCIDENZA	TOTALE
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	34.958.657	85,8%	5.770.673	14,2%	40.729.330
CURE DENTARIE	25.206.504	84,3%	4.685.978	15,7%	29.892.482
RICOVERI	19.705.421	38,6%	31.404.953	61,4%	51.110.374
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	8.372.852	99,3%	56.645	0,7%	8.429.497
DIAGNOSTICA	6.099.976	50,8%	5.910.121	49,2%	12.010.097
ALTRO	1.277.451	99,9%	648	0,1%	1.278.099
PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	1.548.684	21,8%	5.548.174	78,2%	7.096.858
TOTALE	97.169.545	64,5%	53.377.192	35,5%	150.546.737



PRESTAZIONI A RIMBORSO

Gli oneri per le prestazioni a rimborso ammontano complessivamente a 97,2 milioni di euro.

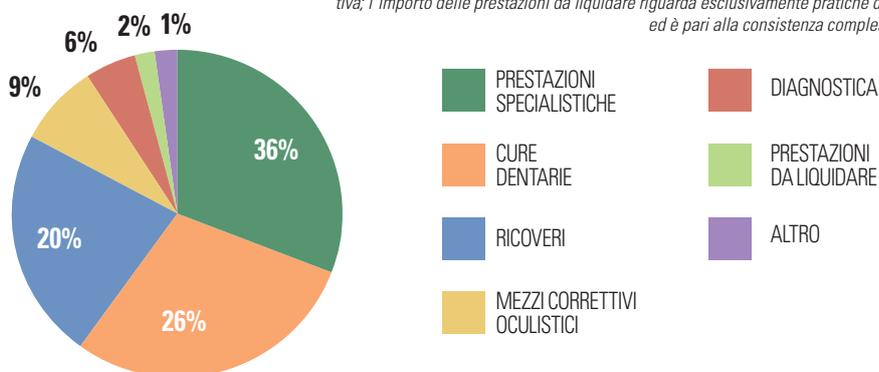
rispettivamente al 36% e al 26% del totale e superano la voce ricoveri che si attesta al 20%.

Le prestazioni specialistiche e le cure dentarie corrispondono

Distribuzione delle prestazioni in assistenza a rimborso

	LIQUIDATO	DIFFERITA	TOTALE	%
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	29.308.085	5.650.572	34.958.657	36,0%
CURE DENTARIE	19.788.659	5.417.845	25.206.504	25,9%
RICOVERI	17.559.819	2.145.602	19.705.421	20,3%
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	6.592.996	1.779.856	8.372.852	8,6%
DIAGNOSTICA	4.813.366	1.286.610	6.099.976	6,3%
ALTRO	954.647	322.804	1.277.451	1,3%
PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	1.108.478	440.206	1.548.684	1,6%
TOTALE	80.126.050	17.043.495	97.169.545	100,0%

Negli importi indicati in tabella non sono considerate le spese sostenute per gli iscritti fruitori di polizza assicurativa; l'importo delle prestazioni da liquidare riguarda esclusivamente pratiche di competenza dell'esercizio in corso ed è pari alla consistenza complessiva del fondo rischi ed oneri 2018.



ASSISTENZA CONVENZIONATA

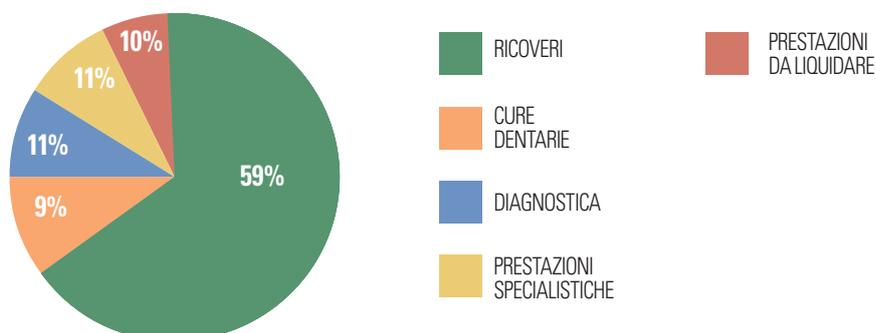
L'assistenza convenzionata registra un ammontare di 53,4 milioni di euro, dei quali 31,4 milioni di euro, pari al 59% del totale sono dovuti ai ricoveri. Prestazioni specialistiche-

che e diagnostica si attestano entrambe all'11% mentre le cure dentarie al 9%.

Distribuzione delle prestazioni in assistenza convenzionata

	LIQUIDATO	DIFFERITA	TOTALE	%
RICOVERI	31.229.178	175.775	31.404.953	58,8%
CURE DENTARIE	4.685.978	-	4.685.978	8,8%
DIAGNOSTICA	5.910.121	-	5.910.121	11,1%
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	5.770.673	-	5.770.673	10,8%
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	56.645	-	56.645	0,1%
ALTRO	648	-	648	0,0%
PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	5.539.678	8.496	5.548.174	10,4%
TOTALE	53.192.921	184.271	53.377.192	100,0%

Negli importi indicati in tabella non sono considerate le spese sostenute per gli iscritti fruitori di polizza assicurativa; l'importo delle prestazioni da liquidare riguarda esclusivamente pratiche di competenza dell'esercizio in corso ed è pari alla consistenza complessiva del fondo rischi ed oneri 2018, al netto di quanto relativo a partite di competenza degli anni precedenti (pari a 2,8 milioni di euro).



FATTI DI RILIEVO SUCCESSIVI ALLA CHIUSURA DELL'ESERCIZIO

Piano di gestione della liquidità per l'esercizio 2019

Il Piano di gestione della liquidità per il 2019 predisposto dalla Struttura del Fondo, con riguardo ai flussi di cassa relativi alle entrate contributive si è basato sugli andamenti registrati nel 2018, rielaborati tenendo conto dell'ingresso dei dipendenti e degli esodati delle ex Banche Venete, nonché dell'adeguamento all'indice Istat del contributo aziendale che è salito da euro 968,53 ad euro 978,22. La previsione ha considerato anche l'incremento dell'1,5% dell'imponibile medio del personale (euro 52.700) conformemente a quanto rilevato dalla stima attuariale.

Con riguardo alle uscite per prestazioni, il Fondo ha stimato per il 2019 un incremento del 3,0% rispetto alla spesa rilevata nel 2018 riconducibile all'inflazione sanitaria, all'innalzamento dell'età media, al numero degli iscritti che beneficeranno delle prestazioni e all'aumento del consumo sanitario dovuto in parte all'incremento generalizzato del ricorso alla sanità integrativa e in parte alla maturità dei Regolamenti delle prestazioni.

L'Advisor finanziario del Fondo, lo scorso mese di gennaio, ha effettuato un sondaggio presso una serie di banche/istituzioni finanziarie per verificare le migliori condizioni di investimento

disponibili sul mercato. Ne è derivata evidenza che, a parità di rating fra le istituzioni finanziarie consultate, l'offerta formulata da Banca Prossima relativa a Buoni di Risparmio, con scadenza a 24 mesi e rendimento pari allo 0,36% lordo senza penale per l'uscita anticipata, è risultata la più competitiva.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo nella seduta del 6 febbraio 2019 ha pertanto autorizzato l'investimento presso Banca Prossima, alle condizioni sopra dettagliate, di 60 milioni di euro rivenienti dalla contribuzione corrisposta, in rata unica anticipata, da Intesa Sanpaolo per i dipendenti in servizio.

Per far fronte alle correnti necessità di gestione saranno dapprima smobilizzati i Buoni di Risparmio già presenti nel portafoglio del Fondo per complessivi 30 milioni di euro, investiti ad ottobre 2018 al tasso lordo dello 0,29%.

Il Consiglio di Amministrazione nella medesima riunione ha deliberato di procedere, nel corso del secondo semestre 2019, con l'effettuazione di una gara ad inviti per l'affidamento del mandato di Gestione Patrimoniale, attualmente svolto da Eurizon Capital senza interruzioni dal 2012. La gara comporterà la definizione di una short list per stabilire le successive audizioni.

La campagna di prevenzione dei tumori 2019

Promossa dal Comitato Scientifico del Fondo, il 15 maggio ha preso avvio la nuova campagna di prevenzione per il 2019, ancora una volta dedicata alla prevenzione oncologica, in continuità con l'iniziativa del 2018 dedicata ai tumori della pelle e intervallata dall'articolo sulla rubrica "La parola all'esperto" a firma di Marco Pecchioli, consulente odontoiatrico del Fondo, dedicato ai tumori del cavo orale.

Il rischio oncologico, anche a seguito dell'allungamento della vita media, è rilevato in costante aumento. In Italia coinvolge milioni di persone di ogni età; diagnosi precoce ed efficacia nei protocolli di cura permettono di trattare con crescente successo queste patologie e di conseguire la sopravvivenza di una percentuale maggiore di popolazione colpita da tumore.

Uno stile di vita appropriato con particolare riferimento all'alimentazione e all'attività fisica, così come l'attenzione

ai rischi ambientali sono fondamentali per ridurre l'insorgenza di queste malattie.

La campagna che ha preso avvio intende focalizzare l'attenzione su tre patologie oncologiche diffuse: il tumore del colon-retto, della cervice uterina e della mammella. Rispetto a questi tumori non sempre vi è un'adeguata consapevolezza del rischio, né la disponibilità ad aderire agli screening previsti dalla sanità pubblica; a questo riguardo, la nuova campagna intende fornire un'informazione puntuale sul valore dei programmi di diagnosi precoce che il SSN mette a disposizione sull'intero territorio nazionale.

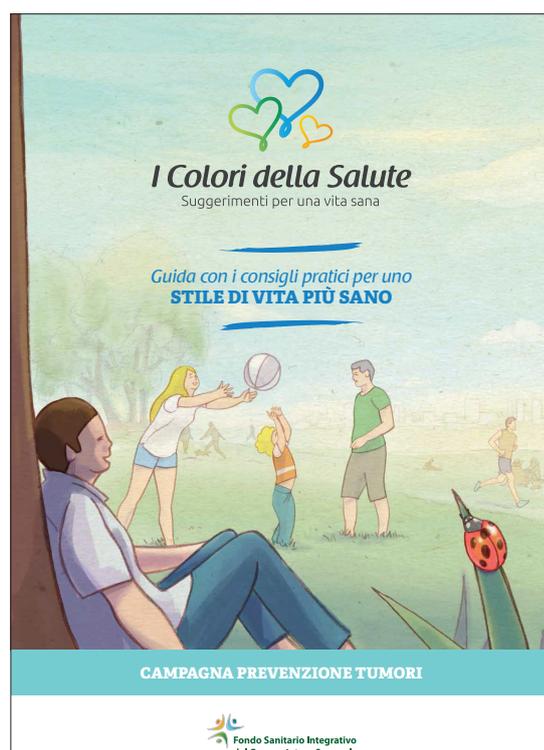
Uno specifico focus viene riservato al rischio derivante da alcol e fumo, fattori che possono causare diversi tipi di tumore.

Il Fondo per quest'iniziativa si è avvalso anche della collaborazione di KnowandBe.live, una società specializzata nella comunicazione medico-scientifica relativamente alle patologie oncologiche, che ha messo a punto appositi video-supporti e il questionario conoscitivo, disponibile online dal sito del Fondo, nella sezione riservata alla prevenzione.

Per fornire indicazioni sui corretti stili di vita, con l'avvio della campagna di prevenzione è stata pubblicata una guida divulgativa, predisposta dal Comitato Scientifico del Fondo, consultabile sul sito internet. Un articolo a firma del Presidente del Comitato Scientifico, in apertura di campagna, è stato pubblicato sulla rubrica "La parola all'esperto" e la web tv di Intesa Sanpaolo ospiterà alcune interviste ad autorevoli specialisti in campo oncologico scadenziate nel corso del periodo di durata della campagna in concomitanza con i relativi approfondimenti:

- giugno – luglio, tumore del colon-retto;
- settembre – ottobre, rischi oncologici derivanti da alcol e fumo;
- novembre, tumore della cervice uterina;
- dicembre, tumore della mammella.

La campagna è promossa in collaborazione con la Funzione Welfare di Intesa Sanpaolo ed è integrata dalle iniziative di sensibilizzazione "Prevenzione giocando!" presso le principali sedi italiane del Gruppo e le mense aziendali.



Conferimento a gestione patrimoniale dei contributi di ingresso

Anno di
versamento soci

La tabella sottostante riporta il dettaglio annuale dei contributi di ingresso versati al Fondo nel triennio 2016-2018 da parte degli iscritti alla gestione attivi coperti da poliz-

za, passati alle prestazioni a Regolamento a far data dal 1° gennaio 2019.

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
2016	41.331	0	41.331
2017	45.861	0	45.861
2018	43.132	0	43.132
TOTALE	130.324	0	130.324

Ripianamento del disavanzo della gestione quiescenti e liquidazione parziale della quota differita

Il ripianamento del disavanzo che residua a carico della gestione quiescenti per il 2018, in applicazione della nor-

mativa statutaria, viene effettuato come di seguito specificato.

RISULTATO COMPLESSIVO DELLA GESTIONE	-6.701.334
CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ (ESCLUSA CONTRIBUZIONE ISCRITTI POLIZZE)	2.237.148
RISULTATO DI GESTIONE	-4.464.186
QUOTA PATRIMONIO UTILIZZABILE A COPERTURA DEL DISAVANZO NEL LIMITE MASSIMO DEL 10%	2.232.093
AMMONTARE QUOTA DIFFERITA PARI AL PATRIMONIO UTILIZZATO A COPERTURA DEL DISAVANZO	2.232.093

A copertura di disavanzo in primo luogo interviene il riversamento da parte della gestione attivi del contributo di solidarietà che stante il risultato complessivo della gestione attivi si è ridotto dal 6% al 2% per un importo pari a 2,2 milioni di euro.

Al netto dell'utilizzo del suddetto riversamento di solidarietà residua un disavanzo che ammonta a 4,5 milioni di euro.

Come previsto dal comma 7 dell'art. 25 dello Statuto, il ripianamento del disavanzo si effettua utilizzando la quota di patrimonio attribuita alla gestione nel limite massimo del 10% e, in egual misura, trattenendo parte della quota differita che per l'esercizio 2018 ammonta a 4,7 milioni di euro.

Viene pertanto utilizzata la quota di patrimonio attribuita alla gestione quiescenti per un ammontare di 2,2 milioni di euro con riporto a nuovo del disavanzo che per la restante parte

viene ripianato utilizzando parzialmente, per l'ammontare di 2,2 milioni di euro, la quota differita della gestione quiescenti. A valle delle predette operazioni residua una disponibilità della quota differita da rimborsare di 2,5 milioni di euro che pertanto viene restituita agli iscritti quiescenti nella misura del 52,52%.

Va precisato che il Regolamento delle prestazioni, nel caso di liquidazione parziale della quota differita, prevede la priorità di rimborso ai portatori di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3, della Legge 5/2/1992, n. 104 che pertanto fruiranno di una liquidazione al 100% dei rimborsi differiti di loro spettanza.

La percentuale di rimborso differito che verrà restituito agli iscritti quiescenti non rientranti nella tutela sopra richiamata, risulterà pertanto di poco inferiore al suddetto 52,52%.

ATTRIBUZIONE DEL RISULTATO DI GESTIONE

Impatti sul patrimonio

Il Consiglio di Amministrazione propone all'Assemblea dei Delegati di approvare il bilancio al 31 dicembre 2018 del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo che chiude con un risultato di gestione di -4,5 milioni di euro, costituito dal disavanzo di pari importo registrato dalla gestione quiescenti, da imputare:

- per 2,2 milioni di euro differendo l'utilizzo della quota del patrimonio della gestione quiescenti, secondo le previsioni statutarie, con il rinvio a nuovo per il medesimo importo;
- per 2,2 milioni di euro alla quota di rimborso differito della gestione quiescenti.

Ad avvenuta approvazione del bilancio da parte dell'Assemblea dei Delegati il patrimonio al 31 dicembre 2018, risulta pari a 123,8 milioni di euro.

Il patrimonio della gestione attivi al 31 dicembre 2018 ammonta a 94,5 milioni di euro.

Il patrimonio della gestione quiescenti al 31 dicembre 2018 ammonta a 31 milioni di euro.

Il disavanzo generato dall'accantonamento operato nel bilancio 2013 al fondo attività ex art 18, comma 2, alinea 18 dello Statuto ammonta a - 1,7 milioni di euro. A seguito della parziale imputazione al fondo patrimoniale della gestione attivi per 525 mila euro, corrispondenti ai costi sostenuti nel 2018

per le campagne cardiovascolare, osteoporosi e tumori della pelle, il fondo patrimoniale ex art. 18, comma 2, alinea 18 si ridurrà del medesimo importo.

Ad avvenuto trasferimento dalla gestione attivi alla gestione quiescenti a seguito della conferma dell'iscrizione post pensionamento, al 1° gennaio 2019 il patrimonio della gestione quiescenti registra un incremento pari a 1,9 milioni di euro, mentre il patrimonio degli attivi registra un decremento di pari importo.

Al netto dell'importo per il ripianamento del disavanzo 2018, il patrimonio della gestione quiescenti ammonterà a 35,2 milioni di euro.



SCHEMI DI BILANCIO

Stato Patrimoniale

ATTIVO	2018	2017
A) CONTRIBUTI DA VERSARE		
1) Iscritti	561.956	282.854
- alla gestione attivi	333.034	173.475
- alla gestione quiescenti	228.922	109.379
Totale contributi ancora da versare (A)	561.956	282.854
B) IMMOBILIZZAZIONI		
I - Immobilizzazioni finanziarie:		
1) titoli	0	0
Totale	0	0
Totale immobilizzazioni (B)	0	0
C) ATTIVO CIRCOLANTE		
I - Crediti		
1) verso aziende del Gruppo	0	0
- contributi gestione attivi	1.062.233	39.637
2) verso iscritti		
- gestione attivi	214.225	278.675
- gestione quiescenti	58.680	89.124
3) verso altri	150.350	113.496
Totale	1.485.488	520.932
II - Attività finanziarie non immobilizzate		
1) titoli	0	0
2) crediti per pronti contro termine	0	0
3) gestione patrimoniale	133.055.609	137.207.676
4) depositi bancari vincolati	30.350.000	32.350.000
Totale	163.405.609	169.557.676
III - Disponibilità liquide		
1) depositi bancari	19.011.300	14.455.576
2) denaro e valori in cassa	2.938	4.617
Totale	19.014.238	14.460.193
Totale attivo circolante (C)	183.905.335	184.538.801
D) RATEI E RISCONTI		
1) Ratei attivi	17.851	84.246
2) Risconti attivi	5.083	10.928
Totale ratei e risconti (D)	22.934	95.174
TOTALE ATTIVO	184.490.225	184.916.829

Stato Patrimoniale

PASSIVO	2018	2017
A) PATRIMONIO NETTO		
Attribuito agli iscritti gestione attivi	94.488.223	96.730.479
a) fondo patrimoniale	94.488.223	92.318.747
b) avanzo di gestione dell'esercizio	0	4.411.732
c) avanzo / disavanzo di gestione esercizi precedenti	0	0
Attribuito agli iscritti gestione quiescenti	31.068.206	33.437.001
a) fondo patrimoniale	34.324.363	29.317.375
b) contributo di ingresso	1.208.029	1.208.029
c) avanzo / disavanzo di gestione dell'esercizio	-4.464.186	2.911.597
d) avanzo / disavanzo di gestione esercizi precedenti	0	0
Attribuito alle attività ex. art. 18, comma 2, alinea 18 dello Statuto	-1.716.081	-1.875.574
a) disavanzo di gestione dell'esercizio	-1.716.081	-1.875.574
Totale patrimonio netto (A)	123.840.348	128.291.906
B) FONDO PER RISCHI ED ONERI		
Fondi per rischi e oneri	9.858.958	8.399.780
Fondo attività ex. art. 18, comma 2, alinea 18 dello Statuto	1.190.871	1.716.081
Totale fondi per rischi e oneri (B)	11.049.829	10.115.861
C) DEBITI		
1) debiti per assistenza a rimborso v/ - iscritti alla gestione attivi	20.510.459	18.540.996
- iscritti alla gestione quiescenti	15.248.188	13.640.918
- iscritti alla gestione quiescenti	5.262.271	4.900.078
2) debiti per assistenza convenzionata v/ - iscritti alla gestione attivi	11.318.730	10.673.751
- iscritti alla gestione quiescenti	7.485.255	7.172.564
- iscritti alla gestione quiescenti	3.833.475	3.501.187
3) debiti per prestazioni differito v/ - iscritti alla gestione attivi	16.897.101	16.563.383
- iscritti alla gestione quiescenti	12.151.627	11.974.152
- iscritti alla gestione quiescenti	4.745.474	4.589.231
4) debiti per contributi da rifondere v/ - iscritti alla gestione attivi	136.470	70.271
- iscritti alla gestione quiescenti	77.215	12.695
- iscritti alla gestione quiescenti	59.255	57.576
5) debiti v/altri	467.293	446.490
6) debiti v/fornitori	83.214	114.351
Totale Debiti (C)	49.413.267	46.409.242
D) ALTRE PASSIVITA'		
1) contributi di ingresso destinati al patrimonio della gestione attivi	186.781	99.820
Totale Altre Passività (D)	186.781	99.820
TOTALE PASSIVO	184.490.225	184.916.829

Rendiconto di gestione

GESTIONE ATTIVI		2018	2017
CONTRIBUTI E PROVENTI			
1)	Contributi alla gestione versati dagli iscritti	112.427.089	113.094.539
	versati dalle aziende	50.327.400	50.504.786
		62.099.689	62.589.753
COSTI DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI			
1)	Oneri per assistenza diretta prestazioni rimborsate	-34.151.227	-32.990.335
	quota differita	-31.213.038	-30.430.255
	accantonamento per prestazioni da liquidare	-112.383	-111.490
		-2.825.806	-2.448.590
2)	Oneri per assistenza indiretta prestazioni rimborsate	-72.753.891	-72.162.109
	quota differita	-60.049.323	-60.015.516
	accantonamento per prestazioni da liquidare	-11.965.308	-11.846.668
		-739.260	-299.925
	Totale prestazioni assistenziali	-106.905.118	-105.152.444
COSTI DELLE POLIZZE ASSICURATIVE			
1)	Costo delle polizze assicurative	-798.205	-100.350
	RISULTATO DELLA GESTIONE ASSISTENZIALE	4.723.766	7.841.745
PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
1)	Interessi attivi e altri proventi finanziari	103.432	2.635.592
2)	Interessi passivi e altri oneri finanziari	-3.018.659	0
	Totale proventi e oneri finanziari	-2.915.227	2.635.592
ALTRI PROVENTI E ONERI			
1)	Accantonamento per svalutazione crediti	-9.336	-16.185
	Totale altri proventi e oneri finanziari	-9.336	-16.185
PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI			
1)	Proventi straordinari	651.473	848.549
2)	Oneri straordinari	-213.528	-118.318
	Totale proventi e oneri straordinari	437.945	730.231
	RISULTATO COMPLESSIVO DELLA GESTIONE	2.237.148	11.191.383
	(-)Riversamento 6% (ex. 4%) ex art. 25 Statuto a favore gestione quiescenti	-2.237.148	-6.779.651
	AVANZO / DISAVANZO DELLA GESTIONE ATTIVI	0	4.411.732

Rendiconto di gestione

GESTIONE QUIESCENTI		2018	2017
CONTRIBUTI E PROVENTI			
1)	Contributi alla gestione versati dagli iscritti	36.681.345	35.031.413
	versati dalle aziende	35.702.980	34.079.035
		978.365	952.378
COSTI DELLE PRESTAZIONI ASSISTENZIALI			
1)	Oneri per assistenza diretta prestazioni rimborsate	-18.187.084	-16.360.512
	quota differita	-16.440.204	-15.049.053
	accantonamento per prestazioni da liquidare	-63.393	-123.288
		-1.683.487	-1.188.171
2)	Oneri per assistenza indiretta prestazioni rimborsate	-24.169.575	-23.528.119
	quota differita	-18.968.249	-18.602.229
	accantonamento per prestazioni da liquidare	-4.637.981	-4.455.137
		-563.345	-470.753
Totale prestazioni assistenziali		-42.356.659	-39.888.631
COSTI DELLE POLIZZE ASSICURATIVE			
1)	Costo delle polizze assicurative	0	0
RISULTATO DELLA GESTIONE ASSISTENZIALE		-5.675.314	-4.857.218
PROVENTI E ONERI FINANZIARI			
1)	Interessi attivi e altri proventi finanziari	37.705	878.355
2)	Interessi passivi e altri oneri finanziari	-1.133.408	0
Totale proventi e oneri finanziari		-1.095.703	878.355
ALTRI PROVENTI E ONERI			
1)	Accantonamento per svalutazione crediti	-123.365	-95.436
Totale altri proventi e oneri finanziari		-123.365	-95.436
PROVENTI ED ONERI STRAORDINARI			
1)	Proventi straordinari	269.916	318.676
2)	Oneri straordinari	-76.868	-112.431
Totale proventi e oneri straordinari		193.048	206.245
RISULTATO COMPLESSIVO DELLA GESTIONE		-6.701.334	-3.868.054
Riversamento 6% (ex. 4%) ex art. 25 Statuto dalla gestione attivi		2.237.148	6.779.651
AVANZO / DISAVANZO DELLA GESTIONE QUIESCENTI		-4.464.186	2.911.597

Rendiconto di gestione

RENDICONTO COMPLESSIVO	2018	2017
AVANZO / DISAVANZO DELLA GESTIONE ATTIVI	0	4.411.732
AVANZO / DISAVANZO DELLA GESTIONE QUIESCENTI	-4.464.186	2.911.597
1) Proventi rivenienti dalla rifusione degli oneri per attività di supporto generale	488.697	446.892
2) Oneri per attività di supporto generali	-488.697	-446.892
AVANZO DI GESTIONE CARATTERISTICA	-4.464.186	7.323.329
AVANZO DI GESTIONE COMPLESSIVO	-4.464.186	7.323.329



NOTA
INTEGRATIVA

ATTIVITÀ DEL FONDO

Il Fondo è stato costituito il 25 novembre 2010 come associazione senza fini di lucro, ha scopo esclusivamente assistenziale e fa leva sui principi di solidarietà, mutualità e sostenibilità.

Sul versante operativo, il Fondo è attivo dal 1° gennaio 2011 ed eroga le prestazioni agli iscritti avvalendosi di un service amministrativo al quale sono affidate le attività di centrale operativa, autorizzazione delle prestazioni e liquidazione dei rimborsi.

La missione del Fondo è quella di erogare agli iscritti, dipendenti

in servizio, personale in esodo e quiescenti, nonché ai rispettivi familiari, prestazioni integrative di quelle erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e previste da appositi regolamenti.

La fruizione delle prestazioni avviene in forma diretta accedendo alle strutture convenzionate, ovvero in forma indiretta presentando a rimborso le spese sostenute direttamente dagli iscritti. Per una componente minoritaria degli iscritti la copertura sanitaria avviene tramite polizza assicurativa.

FORMA E CONTENUTO DEL BILANCIO

Il bilancio dell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2018, si compone dello Stato Patrimoniale, del Rendiconto di Gestione, della Nota Integrativa ed è corredato dalla Relazione sulla Gestione.

Il bilancio è stato redatto adottando schemi idonei ad un'adeguata rappresentazione della realtà operativa del Fondo, tenendo conto, ove applicabile nello specifico contesto, di quanto disciplinato in materia dal Codice Civile e dai principi

contabili emanati dall'Organismo Italiano di Contabilità.

Il bilancio corrisponde alle risultanze delle scritture contabili regolarmente tenute e rappresenta la situazione patrimoniale, finanziaria ed il risultato di gestione (avanzo / disavanzo) del Fondo nel rispetto dei principi di chiarezza, veridicità e correttezza, di cui all'art. 2423, comma 2, del Codice Civile.

Gli importi riportati negli Schemi di Bilancio e nelle tabelle della Nota Integrativa sono espressi in unità di euro.

CRITERI DI VALUTAZIONE E PRINCIPI CONTABILI

I criteri di valutazione adottati nella redazione del bilancio 2018 sono stati determinati nel rispetto del principio della prudenza, ciò con particolare riferimento agli accantonamenti per le spese presunte relative a pratiche pervenute, ma non ancora liquidate. Tali criteri non sono stati modificati rispetto al precedente esercizio.

Di seguito vengono illustrati i principi ed i criteri che sono stati adottati per la redazione del bilancio.

Disponibilità liquide

La voce accoglie i depositi bancari, iscritti al valore nominale e le giacenze di cassa.

Titoli

I titoli di proprietà, conferiti in una Gestione Patrimoniale, sono contabilizzati nell'attivo dello Stato Patrimoniale al valore rilevato dall'estratto conto di chiusura dell'esercizio sociale.

Questo criterio generale non è utilizzato per i titoli classificati fra le immobilizzazioni finanziarie che vengono contabilizzati al valore di carico, al netto di eventuali perdite permanenti di valore.

Crediti

I crediti sono iscritti al loro presumibile valore di realizzo.

Debiti

I debiti sono iscritti al loro valore nominale. Le quote di rimborso differito di competenza dell'esercizio 2018, di

pertinenza degli iscritti in servizio e degli iscritti in quiescenza, sono ricomprese in questa voce.

Fondo per rischi ed oneri

Il fondo rischi ed oneri comprende gli accantonamenti per costi futuri di natura determinata, di esistenza certa o probabile, il cui ammontare o la cui data di sopravvenienza siano, alla chiusura dell'esercizio, indeterminati o subordinati al verificarsi di eventi futuri.

Per quanto riguarda l'assistenza diretta, detti accantonamenti sono stimati valorizzando le "prese in carico" emesse nell'esercizio 2018 e nei due anni precedenti e tuttora non pagate.

La stima degli accantonamenti inerenti l'assistenza indiretta è

quantificata valorizzando le pratiche di competenza dell'esercizio 2018, pervenute al Fondo entro il 31 marzo 2019 e non ancora liquidate alla data del 19 aprile 2019, considerando il costo medio registrato per le prestazioni rimborsate nel corso dell'esercizio, proprio di ciascuna gestione.

L'accantonamento tiene conto altresì delle pratiche di rimborso respinte che possono essere ripresentate, come da regolamento, entro il 30 giugno 2019.

Ratei e risconti

I ratei e risconti sono determinati secondo il criterio della competenza temporale.

Contributi, proventi e oneri

I contributi e gli oneri sono contabilizzati secondo il principio della competenza, tenendo anche conto di eventuali rischi e perdite conosciuti dopo la chiusura dell'esercizio, ma prima

della stesura del bilancio.

I rendimenti degli investimenti finanziari vengono contabilizzati al netto degli oneri fiscali.

INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE

Contributi da versare

I crediti per contributi vantati nei confronti degli iscritti ammontano a 562 mila euro e riguardano:

- per 557 mila euro contributi già incassati nei primi mesi del 2019 o rateizzati;
- per 9 mila euro contributi da incassare per posizioni in

corso di regolarizzazione che, prudenzialmente, vengono svalutati al 50%;

- per 122 mila euro contributi da incassare per posizioni di iscritti cessati o che hanno revocato l'autorizzazione all'addebito che vengono svalutati al 100%.

2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CONTRIBUTI GIÀ INCASSATI	259.465	88.922	348.387
CONTRIBUTI RATEIZZATI E DA INCASSARE NEL CORSO DEL 2019	73.569	135.678	209.247
CONTRIBUTI PER POSIZIONI DA REGOLARIZZARE SOCI ISCRITTI	0	8.643	8.643
SVALUTAZIONI 50%	0	-4.321	-4.321
CONTRIBUTI PER POSIZIONI DA INCASSARE SU SOCI CESSATI	3.501	118.546	122.047
SVALUTAZIONI 100%	-3.501	-118.546	-122.047
TOTALE	333.034	228.922	561.956

2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CONTRIBUTI GIÀ INCASSATI	165.267	83.061	248.328
CONTRIBUTI RATEIZZATI E DA INCASSARE NEL CORSO DEL 2018	7.316	23.659	30.975
CONTRIBUTI PER POSIZIONI DA REGOLARIZZARE SOCI ISCRITTI	1.783	5.318	7.101
SVALUTAZIONI 50%	-891	-2.659	-3.550
CONTRIBUTI PER POSIZIONI DA INCASSARE SU SOCI CESSATI	10.488	86.926	97.414
SVALUTAZIONI 100%	-10.488	-86.926	-97.414
TOTALE	173.475	109.379	282.854

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CONTRIBUTI GIÀ INCASSATI	94.198	5.861	100.059
CONTRIBUTI RATEIZZATI E DA INCASSARE	66.253	112.019	178.272
CONTRIBUTI PER POSIZIONI DA REGOLARIZZARE SOCI ISCRITTI	-1.783	3.325	1.542
SVALUTAZIONI 50%	891	-1.662	-771
CONTRIBUTI PER POSIZIONI DA INCASSARE SU SOCI CESSATI	-6.987	31.620	24.633
SVALUTAZIONI 100%	6.987	-31.620	-24.633
TOTALE	159.559	119.543	279.102

Dalla tabella sopra riportata si evidenzia un aumento della voce "Contributi da versare" di 279 mila euro rispetto al 2017. Le variazioni più rilevanti sono relative alla voce "Contributi già incassati" che rilevano un complessivo aumento di 100 mila euro ed alla voce "Contributi rateizzati e da incassare" per un aumento complessivo di 178 mila euro.

Tali aumenti per entrambe le gestioni sono da ricondursi

all'attività relativa alla contabilizzazione dei crediti derivanti dall'andamento delle variazioni anagrafiche ed al recupero dei relativi impatti economici in termini di contributi.

Si riscontra nel complesso anche un leggero aumento della voce "Contributi per posizioni da incassare su soci cessati", relativa ai soci morosi, per i quali è già cessata l'iscrizione e la cui contribuzione viene svalutata al 100%.

Crediti verso aziende del Gruppo

Crediti verso iscritti per prestazioni

Per l'anno 2018 la voce "Crediti verso aziende del Gruppo" per contributi da versare ammonta a 1.062 mila euro ed è relativa a contributi azienda di competenza 2018 già incassati nei primi

mesi del 2019; la voce nel 2017 era pari a 40 mila euro. L'importo della variazione è imputabile per 977 mila euro ai contributi versati dalle aziende a favore del personale in quiescenza.

La voce raccoglie:

- crediti per prestazioni non dovute nei confronti di iscritti attivi;

- crediti per prestazioni non dovute nei confronti di iscritti cessati di difficile incasso che prudenzialmente sono stati interamente svalutati.

2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CREDITI PER PRESTAZIONI NON DOVUTE	214.225	58.680	272.905
CREDITI PER PRESTAZIONI NON DOVUTE VERSO ISCRITTI MOROSI E CESSATI	5.835	498	6.333
SVALUTAZIONE 100%	-5.835	-498	-6.333
TOTALE	214.225	58.680	272.905

2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CREDITI PER PRESTAZIONI NON DOVUTE	278.675	89.124	367.799
CREDITI PER PRESTAZIONI NON DOVUTE VERSO ISCRITTI MOROSI E CESSATI	4.806	5.851	10.657
SVALUTAZIONE 100%	-4.806	-5.851	-10.657
TOTALE	278.675	89.124	367.799

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CREDITI PER PRESTAZIONI NON DOVUTE	-64.450	-30.444	-94.894
CREDITI PER PRESTAZIONI NON DOVUTE VERSO ISCRITTI MOROSI E CESSATI	1.029	-5.353	-4.324
SVALUTAZIONE 100%	-1.029	5.353	4.324
TOTALE	-64.450	-30.444	-94.894

La voce "Crediti per prestazioni non dovute" è riferita a recuperi di prestazioni fruite ma non dovute. La diminuzione del credito è imputabile agli effetti dell'andamento delle variazioni anagrafiche relative alla regolarizzazione delle posizioni dei familiari che avendo perso il diritto

all'iscrizione al Fondo non possono più beneficiare delle prestazioni.

La voce "Crediti per prestazioni non dovute verso iscritti morosi e cessati" è riferita a recuperi di prestazioni di soci cessati ed è interamente svalutata.

Crediti verso altri

La voce esposta in bilancio per un totale di 150 mila euro è riferita principalmente a crediti vantati nei confronti di Intesa Sanpaolo a titolo di rifusione delle spese generali di gestione e di ordinaria amministrazione del Fondo, come

previsto dall'art. 31, comma 3, dello Statuto. Tale credito in massima parte è stato già incassato nel primo trimestre del 2019.

Per l'anno 2017 la stessa voce era pari a 113 mila euro.

Gestione patrimoniale

Il mandato di gestione patrimoniale è affidato a Eurizon Capital S.p.A..

Di seguito si riporta il dettaglio dei titoli detenuti in portafoglio al 31 dicembre 2018, ordinati per Reddito fisso Italia, Reddito fisso estero e Fondi comuni d'investimento:

TIPO	DESCRIZIONE TITOLO	DIVISA	PREZZO	DATA QUOTAZIONE	QUANTITÀ	CONTROVALORE (*)	% (**)
reddito fisso Italia	BTP 04/02.20 4.5%	EUR	106,34	31/12/18	5.840.000	6.210.063	4,70%
reddito fisso Italia	BTP 10/03.21 3.75%	EUR	107,79	31/12/18	1.235.000	1.331.200	1,01%
reddito fisso Italia	BTP 12/11.22 5.5%	EUR	115,66	31/12/18	1.215.000	1.405.240	1,06%
reddito fisso Italia	ATLANTIA 12/03.20 4.375%	EUR	106,53	31/12/18	300.000	319.587	0,24%
reddito fisso Italia	BTP 13/05.23 4.5%	EUR	112,75	31/12/18	574.000	647.173	0,49%
reddito fisso Italia	MONTE DEI PASCHI 14/04.1	EUR	103,16	31/12/18	800.000	825.290	0,62%
reddito fisso Italia	BTP 14/12.21 2.15%	EUR	103,40	31/12/18	1.222.000	1.263.579	0,96%
reddito fisso Italia	BTP 14/08.19 1.5%	EUR	101,33	31/12/18	297.000	300.952	0,23%
reddito fisso Italia	GENERALI FINANCE 14/11.49	EUR	97,70	31/12/18	200.000	195.397	0,15%
reddito fisso Italia	BTP 14/12.19 1.05%	EUR	100,73	31/12/18	2.707.000	2.726.722	2,06%
reddito fisso Italia	BTP 15/04.22 1.35%	EUR	100,64	31/12/18	866.000	871.582	0,66%
reddito fisso Italia	ISPIM 15/03.20 2.75%	EUR	104,55	31/12/18	400.000	418.215	0,32%
reddito fisso Italia	BTP 15/05.20 0.7%	EUR	100,58	31/12/18	3.193.000	3.211.616	2,43%
reddito fisso Italia	BANCO POPOLARE 15/07.20 2	EUR	102,25	31/12/18	400.000	408.992	0,31%
reddito fisso Italia	BTP 15/09.22 1.45%	EUR	100,63	31/12/18	1.194.000	1.201.481	0,91%
reddito fisso Italia	ASSGEN 15/10.47 5.5%	EUR	105,14	31/12/18	700.000	735.969	0,56%
reddito fisso Italia	BTP 15/11.20 0.65%	EUR	100,38	31/12/18	2.508.000	2.517.624	1,91%
reddito fisso Italia	BTPS 16/06.21 0.45%	EUR	99,34	31/12/18	568.000	564.274	0,43%
reddito fisso Italia	BTPS 16/10.23 0.65%	EUR	95,50	31/12/18	1.504.000	1.436.312	1,09%
reddito fisso Italia	BTPS 16/11.21 0.35%	EUR	98,46	31/12/18	1.506.000	1.482.778	1,12%
reddito fisso Italia	BTPS 16/10.19 0.05%	EUR	99,80	31/12/18	5.503.000	5.492.026	4,16%
reddito fisso Italia	BTP 17/08.22 0.9%	EUR	98,78	31/12/18	664.000	655.897	0,50%
reddito fisso Italia	BTPS 17/10.20 0.2%	EUR	99,56	31/12/18	3.065.000	3.051.554	2,31%
reddito fisso Italia	BNSIM 18/02.28 2.375%	EUR	100,24	31/12/18	600.000	601.429	0,46%
reddito fisso Italia	BTPS 18/03.23 0.95%	EUR	97,86	31/12/18	1.009.000	987.372	0,75%
reddito fisso Italia	BOTS 18/06.19 ZC	EUR	99,92	31/12/18	169.000	168.865	0,13%
reddito fisso Italia	BOTS 18/07.19 ZC	EUR	99,91	31/12/18	8.442.000	8.434.233	6,39%
reddito fisso Italia	BOTS 18/08.19 ZC	EUR	99,88	31/12/18	201.000	200.765	0,15%
reddito fisso Italia	BOTS 18/09.19 ZC	EUR	99,84	31/12/18	357.000	356.440	0,27%
reddito fisso Italia	BOTS 18/10.19 ZC	EUR	99,77	31/12/18	778.000	776.187	0,59%
reddito fisso Italia	BOTS 18/04.19 ZC	EUR	99,99	31/12/18	1.000.000	999.940	0,76%
reddito fisso Italia	BOTS 18/11.19 ZC	EUR	99,75	31/12/18	374.000	373.058	0,28%
reddito fisso Italia	BOTS 18/12.19 ZC	EUR	99,73	31/12/18	1.471.000	1.467.058	1,11%
reddito fisso estero	GE CAP EUR FUND 09.01/20	EUR	109,98	31/12/18	400.000	439.905	0,33%
reddito fisso estero	FRTR 10/10.21 3.25%	EUR	110,98	31/12/18	697.000	773.549	0,59%
reddito fisso estero	FRANCE OAT12/04.22 3%	EUR	113,21	31/12/18	1.801.000	2.038.872	1,54%
reddito fisso estero	FRANCE OAT12/10.22 2.25%	EUR	109,97	31/12/18	711.000	781.880	0,59%
reddito fisso estero	BELGIUM 13/06.23 2.25%	EUR	111,99	31/12/18	900.000	1.007.915	0,76%
reddito fisso estero	FRANCE OAT 13/05.23 1.75%	EUR	109,47	31/12/18	1.217.000	1.332.211	1,01%
reddito fisso estero	GE 15/01.20 FR	EUR	98,96	31/12/18	400.000	395.841	0,30%
reddito fisso estero	GE 15/05.20 FR	EUR	98,03	31/12/18	200.000	196.064	0,15%
reddito fisso estero	FRTR 15/05.21 0%	EUR	101,09	31/12/18	659.000	666.157	0,50%
reddito fisso estero	BGB 16/10.23 0.2%	EUR	101,17	31/12/18	996.000	1.007.607	0,76%
reddito fisso estero	PRE 16/09.26 1.25%	EUR	96,04	31/12/18	200.000	192.089	0,15%
reddito fisso estero	MWDP 16/04.23 1%	EUR	98,51	31/12/18	300.000	295.529	0,22%

TIPO	DESCRIZIONE TITOLO	DIVISA	PREZZO	DATA QUOTAZIONE	QUANTITÀ	CONTROVALORE (*)	% (**)
reddito fisso estero	MRLSM 16/11.26 1.875%	EUR	95,65	31/12/18	200.000	191.306	0,14%
reddito fisso estero	GWOCN 16/12.26 1.75%	EUR	100,21	31/12/18	400.000	400.856	0,30%
reddito fisso estero	SPGB 17/04.22 0.4%	EUR	101,64	31/12/18	417.000	423.858	0,32%
reddito fisso estero	DVB 17/02.20 FR	EUR	100,33	31/12/18	400.000	401.334	0,30%
reddito fisso estero	AVY 17/03.25 1.25%	EUR	98,48	31/12/18	200.000	196.965	0,15%
reddito fisso estero	ENEASA 17/03.27 2.125%	EUR	100,77	31/12/18	100.000	100.766	0,08%
reddito fisso estero	NOKIA 17/03.24 2%	EUR	103,13	31/12/18	200.000	206.267	0,16%
reddito fisso estero	LBKSM 17/03.27 FR	EUR	109,14	31/12/18	600.000	654.846	0,50%
reddito fisso estero	KERFP 17/04.27 1.5%	EUR	102,90	31/12/18	100.000	102.904	0,08%
reddito fisso estero	BKTSM 17/04.27 2.5%	EUR	100,13	31/12/18	400.000	400.538	0,30%
reddito fisso estero	CTZ 17/05.19 ZC	EUR	99,95	31/12/18	408.000	407.776	0,31%
reddito fisso estero	AQUASM 17/06.27 2.629%	EUR	100,32	31/12/18	400.000	401.271	0,30%
reddito fisso estero	SANTAN 17/05.24 FR	EUR	97,74	31/12/18	400.000	390.972	0,30%
reddito fisso estero	CABKSM 17/07.28 FR	EUR	99,51	31/12/18	600.000	597.035	0,45%
reddito fisso estero	ADJGR 17/07.24 1.5%	EUR	94,53	31/12/18	200.000	189.059	0,14%
reddito fisso estero	NORGAS 17/09.27 2.065	EUR	97,54	31/12/18	200.000	195.088	0,15%
reddito fisso estero	FRTR 17/03.23 0%	EUR	100,61	31/12/18	2.025.000	2.037.374	1,54%
reddito fisso estero	SPGB 17/10.22 0.45%	EUR	101,42	31/12/18	2.070.000	2.099.378	1,59%
reddito fisso estero	SCBGER 17/10.22 0.75%	EUR	99,15	31/12/18	200.000	198.296	0,15%
reddito fisso estero	VOWIBA 17/10.27 FR	EUR	96,78	31/12/18	300.000	290.328	0,22%
reddito fisso estero	ETEGA 17/10.20 2.75%	EUR	102,49	31/12/18	700.000	717.413	0,54%
reddito fisso estero	IRISH 17/10.22 0%	EUR	100,36	31/12/18	670.000	672.392	0,51%
reddito fisso estero	CCBGBB 17/10.24 1%	EUR	97,71	31/12/18	200.000	195.414	0,15%
reddito fisso estero	EUROB 17/11.20 2.75%	EUR	102,07	31/12/18	800.000	816.572	0,62%
reddito fisso estero	ICTZ 17/10.19 ZC	EUR	99,80	31/12/18	341.000	340.321	0,26%
reddito fisso estero	MTNA 17/01.23 0.95%	EUR	98,08	31/12/18	200.000	196.161	0,15%
reddito fisso estero	ETHIAS SA 15/01.26 5%	EUR	110,83	31/12/18	300.000	332.479	0,25%
reddito fisso estero	EXOIM 18/01.28 1.75%	EUR	96,51	31/12/18	150.000	144.760	0,11%
reddito fisso estero	UQA 13/07.43 FR	EUR	115,39	31/12/18	100.000	115.387	0,09%
reddito fisso estero	ACAFP 18/01.48 FR	EUR	89,29	31/12/18	400.000	357.166	0,27%
reddito fisso estero	DVB 17/04.22 1%	EUR	100,39	31/12/18	300.000	301.173	0,23%
reddito fisso estero	ALPHAB 18/02.23 2.5%	EUR	103,31	31/12/18	400.000	413.242	0,31%
reddito fisso estero	SCBNOR 18/03.23 0.75%	EUR	99,91	31/12/18	200.000	199.813	0,15%
reddito fisso estero	ACAFP 18/03.23 FR	EUR	97,15	31/12/18	200.000	194.309	0,15%
reddito fisso estero	SOCGEN 18/03.23 FR	EUR	96,31	31/12/18	300.000	288.931	0,22%
reddito fisso estero	PEUGEOT 18/03.25 2%	EUR	99,08	31/12/18	300.000	297.246	0,23%
reddito fisso estero	BPCEGP 18/03.26 1.375%	EUR	98,94	31/12/18	200.000	197.882	0,15%
reddito fisso estero	SANFP 18/03.26 1%	EUR	102,19	31/12/18	300.000	306.557	0,23%
reddito fisso estero	BNFP 18/03.25 1%	EUR	101,23	31/12/18	300.000	303.681	0,23%
reddito fisso estero	CTZ 18/03.20 ZC	EUR	99,59	31/12/18	6.065.000	6.040.376	4,57%
reddito fisso estero	BTPS 18/04.21 0.05%	EUR	98,53	31/12/18	2.045.000	2.014.991	1,53%
reddito fisso estero	PSABFR 18/04.23 0.75%	EUR	97,80	31/12/18	200.000	195.592	0,15%
reddito fisso estero	NIBCAP 18/04.23 1.125%	EUR	99,13	31/12/18	300.000	297.396	0,23%
reddito fisso estero	BAC 18/04.24 FR	EUR	97,30	31/12/18	300.000	291.889	0,22%
reddito fisso estero	NOSPL 18/05.23 1.125%	EUR	100,40	31/12/18	300.000	301.197	0,23%

TIPO	DESCRIZIONE TITOLO	DIVISA	PREZZO	DATA QUOTAZIONE	QUANTITÀ	CONTROVALORE (*)	% (**)
reddito fisso estero	TVOYFH 18/05.24 2%	EUR	101,29	31/12/18	200.000	202.587	0,15%
reddito fisso estero	AMT 18/05.26 1.95%	EUR	101,18	31/12/18	200.000	202.357	0,15%
reddito fisso estero	MS 18/05.21 FR	EUR	99,34	31/12/18	500.000	496.687	0,38%
reddito fisso estero	SPGB 18/07.23 0.35%	EUR	100,23	31/12/18	3.070.000	3.077.112	2,33%
reddito fisso estero	RBS 18/06.23 1.125%	EUR	97,77	31/12/18	200.000	195.535	0,15%
reddito fisso estero	JABHOL 18/06.26 1.75%	EUR	100,99	31/12/18	200.000	201.970	0,15%
reddito fisso estero	CXGD 18/06.28 5.75%	EUR	104,63	31/12/18	600.000	627.757	0,48%
reddito fisso estero	RCFFP 18/07.25 1.875%	EUR	100,39	31/12/18	200.000	200.786	0,15%
reddito fisso estero	AREITF 18/07.25 2.875%	EUR	94,36	31/12/18	200.000	188.718	0,14%
reddito fisso estero	AIB 18/07.25 2.25%	EUR	98,53	31/12/18	300.000	295.583	0,22%
reddito fisso estero	ODGR 18/07.25 1.75%	EUR	101,29	31/12/18	200.000	202.586	0,15%
reddito fisso estero	OTE 18/07.22 2.375%	EUR	103,10	31/12/18	600.000	618.595	0,47%
reddito fisso estero	C 18/07.26 1.5%	EUR	99,56	31/12/18	200.000	199.113	0,15%
reddito fisso estero	BKIR 18/08.23 1.375%	EUR	97,23	31/12/18	200.000	194.456	0,15%
reddito fisso estero	RABOBK 18/08.23 0.75%	EUR	100,04	31/12/18	300.000	300.116	0,23%
reddito fisso estero	BZWPW 18/09.21 0.75%	EUR	99,83	31/12/18	300.000	299.501	0,23%
reddito fisso estero	SGOFP 18/09.23 0.875%	EUR	100,02	31/12/18	300.000	300.066	0,23%
reddito fisso estero	CNHI 18/01.26 1.875%	EUR	98,38	31/12/18	400.000	393.532	0,30%
reddito fisso estero	FCABNK 18/02.22 1%	EUR	98,99	31/12/18	300.000	296.969	0,22%
reddito fisso estero	CCAMA 18/09.28 3.375%	EUR	93,04	31/12/18	500.000	465.221	0,35%
reddito fisso estero	SANSCF 18/10.23 1.125%	EUR	99,90	31/12/18	600.000	599.429	0,45%
reddito fisso estero	MUFG 18/10.23 0.98%	EUR	100,25	31/12/18	300.000	300.759	0,23%
reddito fisso estero	MIZUHO 18/10.23 1.02%	EUR	100,93	31/12/18	200.000	201.869	0,15%
reddito fisso estero	EDPPL 18/10.25 1.875%	EUR	100,84	31/12/18	500.000	504.215	0,38%
reddito fisso estero	CABKSM 18/10.23 1.75%	EUR	99,74	31/12/18	300.000	299.229	0,23%
reddito fisso estero	TACHEM 18/11.22 1.125%	EUR	100,68	31/12/18	500.000	503.381	0,38%
fondi comuni d'investimento	EF EQUITY OCEANIA-Z	EUR	275,63	28/12/18	1.705	469.849	0,36%
fondi comuni d'investimento	EF EQ NORTH AMERICA-Z	EUR	146,04	28/12/18	27.652	4.038.290	3,06%
fondi comuni d'investimento	EF EQUITY JAPAN-Z	EUR	92,95	28/12/18	29.071	2.702.106	2,05%
fondi comuni d'investimento	EF EQUITY EURO Z	EUR	119,46	28/12/18	65.554	7.831.138	5,93%
fondi comuni d'investimento	EF EQUITY EMERGING MKT-Z	EUR	237,86	28/12/18	11.727	2.789.283	2,11%
fondi comuni d'investimento	EF-SECUR BD FD	EUR	99,74	28/12/18	13.114	1.308.022	0,99%
fondi comuni d'investimento	EF EQUITY USA-X	EUR	99,64	28/12/18	72.840	7.257.770	5,49%
fondi comuni d'investimento	EF-TOP EURO RESEAR-X	EUR	79,53	28/12/18	31.027	2.467.598	1,87%
fondi comuni d'investimento	EU ALT SICAV-SIF CL B	EUR	983,42	21/12/18	4.082	4.014.188	3,04%
fondi comuni d'investimento	EF EQUITY USA CL XH	EUR	88,61	28/12/18	18.701	1.657.071	1,25%
TOTALE TITOLI						132.088.488	100%
LIQUIDITÀ						990.626	
ONERI DA ADDEBITARE DI COMPETENZA						-23.505	
TOT PATRIMONIO						133.055.609	

(*) Il Controvalore è comprensivo dei ratei dei titoli obbligazionari.

(**) Il Peso % titolo è calcolato rapportando il controvalore dei singoli titoli al patrimonio gestito.

Di seguito si riporta la movimentazione relativa alla gestione patrimoniale.

VALORE INIZIALE DELLA GESTIONE AL 01/01/18	137.207.676
	137.207.676
RISULTATO NETTO DELLA GESTIONE PER L'ANNO 2018	-4.152.067
VALORE FINALE DELLA GESTIONE AL 31/12/2018	133.055.609

VALORE INIZIALE DELLA GESTIONE AL 01/01/12	34.240.037
C/C LEGATO ALLA GESTIONE AL 31.12.2011	415.813
RATEI LEGATI ALLA GESTIONE AL 31.12.2011	411.139
	35.066.989
CONFERIMENTI 2012	12.578.660
RISULTATO NETTO DELLA GESTIONE PER L'ANNO 2012	2.210.522
VALORE FINALE DELLA GESTIONE AL 31/12/2012	49.856.171

VALORE INIZIALE DELLA GESTIONE AL 01/01/13	49.856.171
	49.856.171
CONFERIMENTI 2013	20.114.416
RISULTATO NETTO DELLA GESTIONE PER L'ANNO 2013	2.368.636
VALORE FINALE DELLA GESTIONE AL 31/12/2013	72.339.223

VALORE INIZIALE DELLA GESTIONE AL 01/01/14	72.339.223
	72.339.223
CONFERIMENTI 2014	17.947.625
RISULTATO NETTO DELLA GESTIONE PER L'ANNO 2014	3.968.347
VALORE FINALE DELLA GESTIONE AL 31/12/2014	94.255.195

VALORE INIZIALE DELLA GESTIONE AL 01/01/15	94.255.195
	94.255.195
CONFERIMENTI 2015	18.901.842
RISULTATO NETTO DELLA GESTIONE PER L'ANNO 2015	2.224.184
VALORE FINALE DELLA GESTIONE AL 31/12/2015	115.381.221

VALORE INIZIALE DELLA GESTIONE AL 01/01/16	115.381.221
	115.381.221
CONFERIMENTI 2016	14.810.643
RISULTATO NETTO DELLA GESTIONE PER L'ANNO 2016	3.700.673
VALORE FINALE DELLA GESTIONE AL 31/12/2016	133.892.537

VALORE INIZIALE DELLA GESTIONE AL 01/01/17	133.892.537
	133.892.537
CONFERIMENTI 2017	0
RISULTATO NETTO DELLA GESTIONE PER L'ANNO 2017	3.315.139
VALORE FINALE DELLA GESTIONE AL 31/12/2017	137.207.676

VALORE INIZIALE DELLA GESTIONE AL 01/01/18	137.207.676
	137.207.676
CONFERIMENTI 2018	0
RISULTATO NETTO DELLA GESTIONE PER L'ANNO 2018	-4.152.067
VALORE FINALE DELLA GESTIONE AL 31/12/2018	133.055.609

Riepilogo complessivo

VALORE INIZIALE DELLA GESTIONE AL 01/01/12	35.066.989
	35.066.989
CONFERIMENTI 2012-2018	84.353.186
RISULTATO NETTO DELLA GESTIONE 2012- 2018	13.635.434
VALORE FINALE DELLA GESTIONE AL 31/12/2018	133.055.609

Depositi bancari vincolati

Ammontano a 30.350 mila euro e raccolgono impieghi temporanei di liquidità investiti in buoni di risparmio così ripartiti:

BUONI DI RISPARMIO 30.350.000			
IMPORTO VINCOLATO	DECORRENZA VINCOLO	SCADENZA VINCOLO	TASSO NOMINALE LORDO
30.000.000	28/09/18	02/10/20	0,29%
350.000	29/06/17	03/07/19	0,33%

Al 31 dicembre 2017 erano pari a 32.350 mila euro.

Disponibilità liquide

Le disponibilità liquide ammontano a 19.014 mila euro e sono ripartite tra fondi liquidi in cassa per 3 mila euro e depositi bancari per 19.011 mila euro.

L'ammontare dei depositi bancari è relativo al saldo dei rapporti di conto corrente accessi presso Banca Prossima che rac-

colgono tutta la movimentazione inerente al funzionamento contabile ed amministrativo del Fondo.

Al 31 dicembre 2017 le disponibilità liquide ammontavano a 14.460 mila euro.

Ratei attivi

Ammontano a 18 mila euro e rappresentano la quota degli interessi attivi di competenza dell'esercizio maturati sui buoni

di risparmio alla data del 31 dicembre 2018.

Al 31 dicembre 2017 ammontavano a 84 mila euro.

Risconti attivi

Ammontano a 5 mila euro e rappresentano la quota di risconti relativa a costi per servizi di competenza 2018.

Al 31 dicembre 2017 ammontavano a 11 mila euro.

Patrimonio

2017

COMPOSIZIONE DEL PATRIMONIO	Consistenza al 31/12/2016	Trasferimento tra le gestioni (art. 25 co. 5 Statuto)	Consistenza 01/01/2017	variazione per imputazione del risultato di periodo del 2016	utilizzo quota differita per ripianamento perdite	Contributo d'ingresso e ripianamento degli iscritti	Ripianamento patrimonio ex art.18	Avanzo (disavanzo) di gestione dell'esercizio	Consistenza al 31/12/2017
ATTRIBUITO AGLI ISCRITTI DELLA GESTIONE ATTIVI									
A) FONDO PATRIMONIALE	87.015.468	-1.224.760	85.790.708	5.987.955	0	566.813	-26.729	0	92.318.747
B) AVANZO DI GESTIONE DELL'ESERCIZIO	5.987.955	0	5.987.955	-5.987.955	0	0	0	4.411.732	4.411.732
C) AVANZO (DISAVANZO) DI GESTIONE ESERCIZI PRECEDENTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE ATTRIBUITO AGLI ISCRITTI DELLA GESTIONE ATTIVI	93.003.423	-1.224.760	91.778.663	0	0	566.813	-26.729	4.411.732	96.730.479
ATTRIBUITO AGLI ISCRITTI DELLA GESTIONE QUIESCENTI									
A) FONDO PATRIMONIALE	24.774.777	1.224.760	25.999.537	4.525.867	0	0	0	0	30.525.404
B) AVANZO DI GESTIONE DELL'ESERCIZIO	4.525.867	0	4.525.867	-4.525.867	0	0	0	2.911.597	2.911.597
C) AVANZO (DISAVANZO) DI GESTIONE ESERCIZI PRECEDENTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE ATTRIBUITO AGLI ISCRITTI DELLA GESTIONE QUIESCENTI	29.300.644	1.224.760	30.525.404	0	0	0	0	2.911.597	33.437.001
A) DISAVANZO ATTIVITÀ EX. ART. 18, COMMA 2. ALINEA 18 DELLO STATUTO	-1.902.303	0	-1.902.303	0	0	0	26.729	0	-1.875.574
TOTALE ATTIVITÀ EX. ART. 18, COMMA 2. ALINEA 18 DELLO STATUTO	-1.902.303	0	-1.902.303	0	0	0	26.729	0	-1.875.574
TOTALE	120.401.764	0	120.401.764	0	0	566.813	0	7.323.329	128.291.906

2018

COMPOSIZIONE DEL PATRIMONIO	Consistenza al 31/12/2017	Trasferimento tra le gestioni (art. 25 co. 5 Statuto)	Consistenza 01/01/2018	variazione per imputazione del risultato di periodo del 2017	utilizzo quota differita per ripianamento perdite	Contributo d'ingresso e ripianamento degli iscritti	Ripianamento patrimonio ex art.18	Avanzo (disavanzo) di gestione dell'esercizio	Consistenza al 31/12/2018
ATTRIBUITO AGLI ISCRITTI DELLA GESTIONE ATTIVI									
A) FONDO PATRIMONIALE	92.318.747	-2.095.391	90.223.356	4.411.732	0	12.628	-159.493	0	94.488.223
B) AVANZO (DISAVANZO) DI GESTIONE DELL'ESERCIZIO	4.411.732	0	4.411.732	-4.411.732	0	0	0	0	0
C) AVANZO (DISAVANZO) DI GESTIONE ESERCIZI PRECEDENTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE ATTRIBUITO AGLI ISCRITTI DELLA GESTIONE ATTIVI	96.730.479	-2.095.391	94.635.088	0	0	12.628	-159.493	0	94.488.223
ATTRIBUITO AGLI ISCRITTI DELLA GESTIONE QUIESCENTI									
A) FONDO PATRIMONIALE	30.525.404	2.095.391	32.620.795	2.911.597	0	0	0	0	35.532.392
B) AVANZO (DISAVANZO) DI GESTIONE DELL'ESERCIZIO	2.911.597	0	2.911.597	-2.911.597	0	0	0	-4.464.186	-4.464.186
C) AVANZO (DISAVANZO) DI GESTIONE ESERCIZI PRECEDENTI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE ATTRIBUITO AGLI ISCRITTI DELLA GESTIONE QUIESCENTI	33.437.001	2.095.391	35.532.392	0	0	0	0	-4.464.186	31.068.206
A) DISAVANZO ATTIVITÀ EX. ART. 18, COMMA 2. ALINEA 18 DELLO STATUTO	-1.875.574	0	-1.875.574	0	0	0	159.493	0	-1.716.081
TOTALE ATTIVITÀ EX. ART. 18, COMMA 2. ALINEA 18 DELLO STATUTO	-1.875.574	0	-1.875.574	0	0	0	159.493	0	-1.716.081
TOTALE	128.291.906	0	128.291.906	0	0	12.628	0	-4.464.186	123.840.348

La ripartizione della consistenza iniziale, al 31 dicembre 2017, è variata, come previsto dalla normativa statutaria, con il trasferimento dalla gestione attivi alla gestione quiescenti dell'importo di 2.095 mila euro corrispondente alla

quota del patrimonio riferibile agli iscritti della gestione attivi che, a seguito del pensionamento intervenuto nel corso del 2017, hanno confermato l'iscrizione alla gestione quiescenti.

Lo schema sottostante riporta i dati di dettaglio.

	Patrimonio attivi al 31.12.2017	N.iscritti attivi al 31.12.2017	Patrimonio unitario	Conferme alla gestione quiescenti all'1.1.2018	Trasferimento tra le gestioni (art.25 co.5 Statuto)
CALCOLO PER IL TRASFERIMENTO TRA LE GESTIONI	96.730.479	64.675	1.496	1.401	2.095.391

Il risultato di gestione dell'esercizio 2018, a seguito del riversamento del contributo di solidarietà, rileva un pareggio per la gestione attivi ed un disavanzo di 4.464 mila euro per la

gestione quiescenti.

La consistenza finale del patrimonio del Fondo al 31 dicembre 2018 è pari a 123.840 mila euro.

Nella tabella che segue sono rappresentate le operazioni che hanno movimentato il patrimonio attribuito alle due gestioni

dalla costituzione del Fondo.

Patrimonio

	ATTIVI	QUIESCENTI
CONSISTENZA AL 1° GENNAIO 2011	50.311.038	13.523.286

Avanzo / disavanzo d'esercizio

	ATTIVI	QUIESCENTI
2011	12.504.415	-1.398.501
2012	11.633.867	-99.874
2013	14.871.227	-1.624.303
2014	11.886.810	7.015.032
2015	8.919.925	5.889.080
2016	5.987.955	4.525.867
2017	4.411.732	2.911.597
2018	0	-4.464.186
TOTALE	70.215.931	12.754.712

Contributo ingresso

	ATTIVI	QUIESCENTI
2011	0	461.724
2012	15.952	656.408
2013	7.366.705	87.654
2014	2.988.744	0
2015	0	469
2016	1.170	1.774
2017	566.813	0
2018	12.628	0
TOTALE	10.952.012	1.208.029

Trasferimento tra le gestioni

	ATTIVI	QUIESCENTI
2012	-1.238.641	1.238.641
2013	-1.773.688	1.773.688
2014	-1.381.754	1.381.754
2015	-957.580	957.580
2016	-1.927.816	1.927.816
2017	-1.224.760	1.224.760
2018	-2.095.391	2.095.391
TOTALE	-10.599.630	10.599.630

Trasferimento patrimonio immobilizzato a Cassa Sanitaria Intesa

	ATTIVI	QUIESCENTI
2014	-26.107.209	-7.017.451

Ripianamento patrimonio ex art. 18

	ATTIVI	QUIESCENTI
2016	-97.697	0
2017	-26.729	0
2018	-159.493	0
TOTALE	-283.919	0

Patrimonio

	ATTIVI	QUIESCENTI
CONSISTENZA AL 31 DICEMBRE 2018	94.488.223	31.068.206

Il patrimonio di competenza della gestione attivi è passato dalla consistenza iniziale rilevata nel 2011 di 50.311 mila euro alla consistenza finale al 31 dicembre 2018 di 94.488 mila euro.

Nello stesso periodo, quello di competenza della gestione quiescenti è aumentato da 13.523 mila euro a 31.068 mila euro.

Per entrambe le gestioni i dati complessivi riferiti al 31 dicembre 2018 sono esposti al netto del trasferimento a Cassa Sanitaria Intesa del patrimonio già conferito al Fondo nel settembre 2011; i suddetti dati non considerano inoltre l'accantonamento relativo alle iniziative di prevenzione.

Nel prospetto sottostante è sintetizzata la proposta di imputazione del risultato d'esercizio da sottoporre all'Assemblea

dei Delegati per l'approvazione prevista dallo Statuto.

Risultato delle gestioni 2017

	RISULTATO DELLE GESTIONI 2017	IMPUTAZIONE		
		FONDO PATRIMONIALE	AVANZO / DISAVANZO ESERCIZI PRECEDENTI	QUOTA DIFFERITA NON EROGATA
AVANZO DELLA GESTIONE ATTIVI	4.411.732	4.411.732	0	0
AVANZO DELLA GESTIONE QUIESCENTI	2.911.597	2.911.597	0	0
TOTALE	7.323.329	7.323.329	0	0

Risultato delle gestioni 2018

	RISULTATO DELLE GESTIONI 2018	IMPUTAZIONE		
		FONDO PATRIMONIALE	AVANZO / DISAVANZO ESERCIZI PRECEDENTI	QUOTA DIFFERITA NON EROGATA
AVANZO DELLA GESTIONE ATTIVI	0	0	0	0
AVANZO DELLA GESTIONE QUIESCENTI	-4.464.186	0	-2.232.093	-2.232.093
TOTALE	-4.464.186	0	-2.232.093	-2.232.093

Al netto dell'utilizzo del riversamento di solidarietà il disavanzo 2018 della gestione quiescenti risulta pari a 4.464 mila euro.

Come previsto dal comma 7 dell'art. 25 dello Statuto, la quota patrimoniale attribuita alla gestione, utilizzabile nel limite massimo del 10%, interviene a copertura del disavanzo in egual misura rispetto all'ammontare della quota differita che allo scopo viene trattenuta.

Ne consegue che per ripianare la perdita viene utilizzata la quota di patrimonio attribuita alla gestione quiescenti per un ammontare di 2,2 milioni di euro e riportata a nuovo. In egual misura, per un importo di 2,2 milioni di euro, si ricorre alla quota differita della gestione quiescenti prevista dal Regolamento delle prestazioni al capitolo rimborsi.

Al netto dei due importi sopraindicati il disavanzo è ripianato.

Fondi per rischi ed oneri

La voce "Fondi per rischi ed oneri" è costituita dagli accantonamenti operati a fronte dei debiti stimati relativi a:

- prestazioni relative all'assistenza convenzionata effettuate dagli assistiti nel 2018 per le quali al 15 aprile 2019 non erano pervenute le relative fatture da parte dell'ente e prestazioni inerenti a documenti di spesa pervenuti in attesa di lavorazione;
- prestazioni relative all'assistenza convenzionata effettuate nel 2016 e nel 2017 per le quali al 15 aprile 2019 non erano pervenute le relative fatture da parte dell'ente e prestazioni inerenti a documenti di spesa pervenuti in

attesa di lavorazione;

- domande di rimborso degli iscritti relative all'esercizio 2018, pervenute entro il termine del 31 marzo 2019 che, al 15 aprile 2019, risultavano da lavorare da parte dell'outsourcer;
- domande di rimborso degli iscritti respinte per carenza documentale che potrebbero essere ripresentate entro il 30 giugno 2019.

Eventuali accantonamenti residui relativi ad anni precedenti vengono interamente liberati.

Le consistenze del fondo sono riepilogate nella seguente tabella.

2018

	GESTIONE ATTIVI	GESTIONE QUIESCENTI	TOTALE
DIRETTE (*)	5.604.125	2.706.148	8.310.273
INDIRETTE (**)	916.778	631.907	1.548.685
TOTALE	6.520.903	3.338.055	9.858.958
DI CUI DIFFERITA:			
DIRETTE	10.166	2.736	12.902
INDIRETTE	264.453	175.752	440.205
TOTALE	274.619	178.488	453.107

(*) La quota dell'accantonamento per l'assistenza diretta è composta da:

- Gestione Attivi anni precedenti 1.948 mila euro ed anno in corso 3.656 mila euro;
- Gestione Quiescenti anni precedenti 814 mila euro ed anno in corso 1.892 mila euro.

(**) La quota dell'accantonamento per l'assistenza indiretta è relativa unicamente all'anno in corso.

La tabella sottostante riporta la consistenza del fondo nel 2017.

2017

	GESTIONE ATTIVI	GESTIONE QUIESCENTI	TOTALE
DIRETTE	4.874.191	2.102.191	6.976.382
INDIRETTE	864.195	559.203	1.423.398
TOTALE	5.738.386	2.661.394	8.399.780
DI CUI DIFFERITA:			
DIRETTE	10.983	28.408	39.391
INDIRETTE	139.311	107.615	246.926
TOTALE	150.294	136.023	286.317

La capienza del fondo, rispetto al 2017, aumenta complessivamente di 1.459 mila euro principalmente a causa del maggior accantonamento relativo all'assistenza diretta di competenza 2018, riconducibile prevalentemente all'aumento del numero di pratiche non lavorate.

Il fondo relativo alla gestione degli attivi si incrementa di 783 mila euro, mentre quello relativo alla gestione quiescenti cresce di 677 mila euro.

L'importo accantonato nell'esercizio 2018 per tutte le prestazioni (di competenza 2018, 2017, 2016) non ancora liquidate alla data del 19 aprile 2019 è stato valorizzato come di seguito specificato:

1. accantonamenti a fronte di prestazioni relative a domande di rimborso non ancora liquidate (stato pratica in attesa di liquidazione o sospesa):

- 1.1. richieste caricate dall'iscritto o pervenute in cartaceo, per

le quali sia già stato inserito a sistema l'importo richiesto: l'ammontare dell'accantonamento è stato determinato considerando, per ciascuna tipologia di prestazione e per ciascuna gestione, l'incidenza percentuale media del rimborso liquidato rispetto al richiesto, registrata nel 2018 applicando i parametri indicati nella tabella sotto riportata;

- 1.2. richieste pervenute in cartaceo per le quali non sia stato inserito a sistema l'importo richiesto: l'ammontare dell'accantonamento è stato stimato sulla scorta del numero delle stesse moltiplicato per l'importo medio richiesto e per la percentuale media registrata nel 2018, per ciascuna gestione, del rimborso liquidato rispetto al richiesto applicando i parametri indicati nella tabella sotto riportata;

2. accantonamenti a fronte di prestazioni autorizzate in forma convenzionata e non ancora liquidate alla struttura

sanitaria: l'ammontare è stato determinato sulla base delle tariffe in convenzione e delle regole liquidative correlate alle autorizzazioni rilasciate;

3. accantonamenti a fronte di richieste di rimborso che potrebbero essere ripresentate entro il 30 giugno 2019. Il relativo ammontare è stato determinato, per ciascuna tipologia di prestazione e per ciascuna gestione, multi-

plicando l'importo richiesto delle domande di rimborso respinte per carenza documentale nel periodo febbraio - marzo 2019 per l'incidenza percentuale media del rimborso liquidato rispetto al richiesto, registrata nel 2018 applicando i parametri riportati nella tabella seguente. Al valore risultante, come per gli anni precedenti, è stato applicato un tasso di ripresentazione stimato nel 75%.

Parametri
utilizzati
(assistenza
a rimborso)
2018

GESTIONI	TIPOLOGIA PRESTAZIONI	IMPORTO MEDIO RICHIESTO PER PRESTAZIONE	INCIDENZA LIQUIDATO/RICHIESTO	DIFFERIMENTO MEDIO ASSISTENZA A RIMBORSO
QUIESCENTI	ALTRE PRESTAZIONI	563,58	41,4%	29,0%
	DENTISTICHE	362,62	26,0%	29,9%
	OCCHIALI	296,34	30,1%	30,0%
	RICOVERI	1.056,56	73,2%	11,2%
	TERAPIE	63,37	41,1%	26,1%
	VISITE/ACCERTAMENTI	77,44	54,4%	18,5%
TOTALE QUIESCENTI		151,78	47,9%	19,6%
ATTIVI	ALTRE PRESTAZIONI	161,46	58,2%	19,6%
	DENTISTICHE	267,18	51,9%	19,9%
	OCCHIALI	236,81	50,2%	20,0%
	RICOVERI	835,67	80,7%	10,7%
	TERAPIE	72,23	49,6%	19,1%
	VISITE/ACCERTAMENTI	81,51	62,9%	14,5%
TOTALE ATTIVI		136,95	58,5%	16,6%
TOTALE COMPLESSIVO		140,78	55,5%	17,4%

Nella tabella seguente è rappresentata la movimentazione del fondo e l'accantonamento operato per adeguarlo ai debiti stimati al 31 dicembre 2018.

Movimentazione fondo 2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
ESITENZE INIZIALI			
DIRETTE	4.874.191	2.102.191	6.976.382
INDIRETTE	864.195	559.203	1.423.398
TOTALE FONDO AL 1.1.2018	5.738.386	2.661.394	8.399.780
UTILIZZI			
DIRETTE	2.095.872	1.079.530	3.175.402
INDIRETTE	686.677	490.641	1.177.318
TOTALE UTILIZZI	2.782.549	1.570.171	4.352.720
ACCANTONAMENTI 2018			
DIRETTE	2.825.806	1.683.487	4.509.293
INDIRETTE	739.260	563.345	1.302.605
TOTALE ACCANTONAMENTI 2018 (*)	3.565.066	2.246.832	5.811.898
TOTALE ESISTENZE FINALI			
DIRETTE	5.604.125	2.706.148	8.310.273
INDIRETTE	916.778	631.907	1.548.685
TOTALE FONDO 2018	6.520.903	3.338.055	9.858.958

(*) al netto delle risorse liberate a consuntivo rispetto alle stime prudenziali relative agli anni precedenti pari a 1.007 mila euro per gli attivi e pari a 277 mila euro per i quiescenti.

Si segnala che nel 2012 nei confronti del Fondo Sanitario è stata aperta una causa promossa da un iscritto per 11 mila euro avente ad oggetto il riconoscimento di indennità. Lo Studio Legale che ha in carico la tutela del Fondo ha evidenziato limitate probabilità di soccombenza e

per tanto non si è ritenuto opportuno effettuare alcun accantonamento. L'udienza di precisazione delle conclusioni, già prevista per il 5 luglio 2016, è stata rinviata dapprima al 14 febbraio 2017, poi al 15 giugno 2018 e, successivamente, al 2 luglio 2019 per gli stessi incombenti.

Fondo attività ex art. 18, comma 2, alinea 18 dello Statuto

Il "Fondo attività ex art. 18, comma 2, alinea 18 dello Statuto", costituito nel 2014 con un accantonamento di 2.000 mila euro per far fronte alle iniziative di prevenzione, già utilizzato nel 2015 per 98 mila euro, nel 2016 per 27 mila euro, nel 2017 per 159 mila euro, nel

corso del 2018 è stato ulteriormente utilizzato per 525 mila euro. Tale fondo, indiviso ed utilizzato per ambedue le gestioni, è stato movimentato come da tabella sotto riportata ed al 31 dicembre 2018 presenta un saldo di 1.191 mila euro.

2018

	2018
ESITENZE INIZIALI 1.1.2018	1.716.081
UTILIZZI	-525.210
ACCANTONAMENTI	0
ESISTENZE FINALI 31.12.2018	1.190.871

L'utilizzo per l'anno 2018 è così ripartito:

Utilizzo

	2018
PACCHETTI CAMPAGNA CARDIOVASCOLARE	70
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI CAMPAGNA OSTEOPOROSI	3.390
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI CAMPAGNA TUMORI DELLA PELLE	470.632
COSTI ACCESSORI	51.118
TOTALE UTILIZZI 2018	525.210

Debiti

I debiti relativi all'assistenza sanitaria a rimborso e convenzionata considerano l'ammontare del costo delle prestazioni, usufruite dagli assistiti nel 2018, liquidate nel periodo 1° gennaio 2019 - 19 aprile 2019.

2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
ASSISTENZA A RIMBORSO	15.248.188	5.262.271	20.510.459
ASSISTENZA CONVENZIONATA	7.485.255	3.833.475	11.318.730
QUOTA DIFFERITA	12.151.627	4.745.474	16.897.101
CONTRIBUTI DA RIFONDERE	77.215	59.255	136.470
TOTALE	34.962.285	13.900.475	48.862.760

2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
ASSISTENZA A RIMBORSO	13.640.918	4.900.078	18.540.996
ASSISTENZA CONVENZIONATA	7.172.564	3.501.187	10.673.751
QUOTA DIFFERITA	11.974.152	4.589.231	16.563.383
CONTRIBUTI DA RIFONDERE	12.695	57.576	70.271
TOTALE	32.800.329	13.048.072	45.848.401

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
ASSISTENZA A RIMBORSO	1.607.270	362.193	1.969.463
ASSISTENZA CONVENZIONATA	312.691	332.288	644.979
QUOTA DIFFERITA	177.475	156.243	333.718
CONTRIBUTI DA RIFONDERE	64.520	1.679	66.199
TOTALE	2.161.956	852.403	3.014.359

Rispetto al 2017 la voce debiti aumenta complessivamente di 3.014 mila euro.

In particolare, la voce "Assistenza a rimborso" presenta un aumento di 1.969 mila euro rispetto all'esercizio precedente dovuto principalmente alla liquidazione di un numero maggiore di pratiche nei primi mesi dell'anno.

La voce "Assistenza convenzionata" presenta un aumento di 645 mila euro rispetto all'esercizio precedente dovuto sia all'incremento del numero di prese in carico emesse nell'anno 2018, sia all'incremento dell'attività liquidativa nel primo quadrimestre 2019.

La voce "Quota differita" riporta i debiti verso gli iscritti per la quota di rimborso delle prestazioni che verrà ero-

gata nel 2019; la variazione di detta voce rispetto al 2017 risulta in linea con l'andamento della prestazioni.

La voce "Contributi da rifondere" riporta l'ammontare dei contributi non dovuti, versati al Fondo dagli iscritti nei mesi successivi alla data di cessazione dell'iscrizione.

All'ammontare complessivo dei debiti concorrono anche i "Debiti verso altri" per 467 mila euro e "Debiti verso fornitori" per 83 mila euro. Tali voci nell'esercizio precedente erano valorizzate rispettivamente per 446 mila euro e 114 mila euro. I "Debiti verso altri" riguardano il residuo "Accantonamento efficacia differita ex SPIMI" per 375 mila euro e "Altri debiti" per 92 mila euro.

Altre passività

Vi si annovera il versamento a titolo di contributo d'ingresso effettuato dagli iscritti della gestione attivi che fruiscono delle prestazioni di cui all'appendice 2 dello Statuto, pari a 187 mila euro che, ai sensi della normativa statutaria, con-

fluirà nel patrimonio della relativa gestione a far data dal 1° gennaio successivo alla scadenza del periodo transitorio di polizza.

Al 31 dicembre 2017 tale voce era pari a 100 mila euro.

INFORMAZIONI SUL RENDICONTO DI GESTIONE

Contributi

Nella tabella esposta viene riportato il dettaglio delle contribuzioni ripartito per singola gestione.

2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
AZIENDA	62.099.689	978.365	63.078.054
ISCRITTI	32.933.052	27.247.821	60.180.873
FAMILIARI	17.394.348	8.455.159	25.849.507
TOTALE	112.427.089	36.681.345	149.108.434

2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
AZIENDA	62.589.753	952.378	63.542.131
ISCRITTI	33.138.296	25.977.765	59.116.061
FAMILIARI	17.366.490	8.101.270	25.467.760
TOTALE	113.094.539	35.031.413	148.125.952

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
AZIENDA	-490.064	25.987	-464.077
ISCRITTI	-205.244	1.270.056	1.064.812
FAMILIARI	27.858	353.889	381.747
TOTALE	-667.450	1.649.932	982.482

Rispetto al 2017, i contributi complessivi sono aumentati complessivamente di 982 mila euro; tale importo è conseguente alle motivazioni sotto riportate.

La gestione attivi ha riscontrato una contribuzione di 112.427 mila euro con un decremento rispetto al 2017 di 667 mila euro derivante da:

- un minor contributo azienda per 490 mila euro dovuto alla diminuzione del numero degli iscritti alla gestione attivi;
- un decremento dell'ammontare della contribuzione dei titolari, pari a 205 mila euro, dovuto alla contrazione del numero degli assistiti compensata parzialmente dall'impatto positivo riconducibile all'incremento degli imponibili;
- un aumento di 28 mila euro relativo ai contributi versati a

favore dei familiari.

La gestione quiescenti ha riscontrato una contribuzione di 36.681 mila euro con un incremento di 1.650 mila euro rispetto al 2017 riconducibile a:

- un maggior contributo azienda, in virtù di sussistenti accordi integrativi aziendali, per 26 mila euro;
- un aumento del monte contributivo dei titolari pari a 1.270 mila euro, correlato principalmente alla conferma dell'iscrizione da parte degli iscritti in servizio che hanno maturato i requisiti pensionistici nel 2017;
- un incremento di 354 mila euro dovuto principalmente ai recuperi contributivi connessi alla variazione dei carichi fiscali dei familiari.

Oneri per assistenza diretta (ovvero in convenzione)

Nella tabella che segue è esposto il dettaglio degli oneri per assistenza diretta sostenuti per le distinte gestioni.

2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CURE DENTARIE	3.999.590	686.388	4.685.978
DIAGNOSTICA	3.806.382	2.103.739	5.910.121
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	52.994	3.651	56.645
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	3.792.919	1.977.754	5.770.673
RICOVERI	19.673.013	11.731.940	31.404.953
ALTRO	523	125	648
ACCANTONAMENTO PER PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	2.825.806	1.683.487	4.509.293
TOTALE	34.151.227	18.187.084	52.338.311
DI CUI A RIMBORSO DIFFERITO CONTABILIZZATO	112.383	63.393	175.776

2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CURE DENTARIE	4.556.245	706.579	5.262.824
DIAGNOSTICA	3.555.073	1.828.886	5.383.959
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	35.168	1.353	36.521
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	3.609.260	1.628.606	5.237.866
RICOVERI	18.783.034	11.005.651	29.788.685
ALTRO	2.965	1.266	4.231
ACCANTONAMENTO PER PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	2.448.590	1.188.171	3.636.761
TOTALE	32.990.335	16.360.512	49.350.847
DI CUI A RIMBORSO DIFFERITO CONTABILIZZATO	111.490	123.288	234.778

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CURE DENTARIE	-556.655	-20.191	-576.846
DIAGNOSTICA	251.309	274.853	526.162
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	17.826	2.298	20.124
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	183.659	349.148	532.807
RICOVERI	889.979	726.289	1.616.268
ALTRO	-2.442	-1.141	-3.583
ACCANTONAMENTO PER PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	377.216	495.316	872.532
TOTALE	1.160.892	1.826.572	2.987.464

Rispetto al 2017, gli oneri complessivi per le prestazioni erogate in assistenza convenzionata crescono complessivamente di 2.987 mila euro (+6,05%) anche per effetto del maggior ricorso a questa forma di assistenza.

In particolare, l'incremento della spesa per prestazioni erogate agli iscritti della gestione attivi in forma convenzionata è pari a 1.161 mila euro (+3,52% rispetto al 2017). Nel complesso, sul totale della spesa relativa alla gestione attivi, l'incidenza dell'assistenza convenzionata cresce del 0,6% rispetto al 2017.

L'incremento della spesa per prestazioni erogate per la gestione quiescenti, pari a 1.827 mila euro (+11,16% rispetto al 2017) è attribuibile sia al maggior ricorso percentuale all'assistenza convenzionata, sia all'incremento della spesa pro-capite. Nel complesso l'incidenza dell'assistenza convenzionata sul totale della spesa relativa alla gestione quiescenti

cresce del 1,9% rispetto al 2017.

La tipologia di prestazioni che registra in termini assoluti il maggior incremento di spesa è quella dei ricoveri (+ 1.616 mila euro, di cui 890 mila euro per la gestione attivi e 726 mila euro per la gestione quiescenti).

Seguono le prestazioni specialistiche (+ 533 mila euro, di cui: 184 mila euro per la gestione attivi e 349 mila euro per la gestione quiescenti), le spese per la diagnostica (+ 526 mila euro, di cui: 251 mila euro per la gestione attivi e 275 mila euro per la gestione quiescenti) mentre registrano un decremento di spesa in termini assoluti le spese per le cure dentarie (-577 mila euro, di cui: 557 mila euro per la gestione attivi e 20 mila euro per la gestione quiescenti).

Gli accantonamenti per prestazioni da liquidare registrano un aumento di 873 mila euro (+ 377 mila euro per la gestione attivi e + 496 mila euro per la gestione quiescenti).

Oneri per assistenza indiretta (ovvero a rimborso)

Nella tabella che segue è esposto il dettaglio degli oneri per assistenza indiretta sostenuti per le distinte gestioni.

2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CURE DENTARIE	21.272.193	3.934.311	25.206.504
DIAGNOSTICA	4.630.296	1.469.680	6.099.976
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	7.309.848	1.063.004	8.372.852
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	26.115.761	8.842.896	34.958.657
RICOVERI	12.157.515	7.547.906	19.705.421
ALTRO	529.018	748.433	1.277.451
ACCANTONAMENTO PER PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	739.260	563.345	1.302.605
TOTALE	72.753.891	24.169.575	96.923.466
DI CUI A RIMBORSO DIFFERITO CONTABILIZZATO	11.965.308	4.637.981	16.603.289

2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CURE DENTARIE	21.642.343	3.845.397	25.487.740
DIAGNOSTICA	4.251.967	1.264.561	5.516.528
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	7.286.010	1.011.057	8.297.067
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	25.962.762	8.370.795	34.333.557
RICOVERI	12.152.677	7.722.554	19.875.231
ALTRO	566.425	843.002	1.409.427
ACCANTONAMENTO PER PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	299.925	470.753	770.678
TOTALE	72.162.109	23.528.119	95.690.228
DI CUI A RIMBORSO DIFFERITO CONTABILIZZATO	11.846.668	4.455.137	16.301.805

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CURE DENTARIE	-370.150	88.914	-281.236
DIAGNOSTICA	378.329	205.119	583.448
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	23.838	51.947	75.785
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	152.999	472.101	625.100
RICOVERI	4.838	-174.648	-169.810
ALTRO	-37.407	-94.569	-131.976
ACCANTONAMENTO PER PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	439.335	92.592	531.927
TOTALE	591.782	641.456	1.233.238

Rispetto al 2017, gli oneri complessivi per le prestazioni erogate in assistenza a rimborso aumentano di 1.233 mila euro (+1,29%).

In particolare, aumentano le prestazioni erogate agli iscritti alla gestione attivi di 592 mila euro (+0,82% rispetto al 2017) e aumentano le prestazioni erogate agli iscritti alla gestione quiescenti di 641 mila euro (+2,73% rispetto al 2017).

Le prestazioni che registrano una diminuzione della spesa sono le cure dentarie, scese di 281 mila euro (- 370 mila euro per la gestione attivi e + 89 mila euro per la gestione quiescenti); i ricoveri, calati di 170 mila euro (+ 5 mila euro per la gestione attivi e - 175 mila euro per la gestione quiescenti);

la voce altro scende di 132 mila euro (- 37 mila euro per la gestione attivi e - 95 mila euro per la gestione quiescenti).

Aumentano invece: le prestazioni specialistiche (+ 625 mila euro, di cui: 153 mila euro per la gestione attivi e 472 mila euro per la gestione quiescenti), la diagnostica (+ 583 mila euro, di cui: 378 mila euro per la gestione attivi e 205 mila euro per la gestione quiescenti) e i mezzi correttivi oculistici (+ 76 mila euro, di cui: 24 mila euro per la gestione attivi e 52 mila euro per la gestione quiescenti).

Gli accantonamenti per prestazioni da liquidare registrano un aumento di 532 mila euro (+ 439 mila euro per la gestione attivi e + 93 mila euro per la gestione quiescenti).

Totale delle prestazioni erogate

Il complesso delle prestazioni erogate dal Fondo, ricondotto alle voci sotto indicate, e distinto per le due gestioni, è riportato nella tabella sottostante.

2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CURE DENTARIE	25.271.783	4.620.699	29.892.482
DIAGNOSTICA	8.436.678	3.573.419	12.010.097
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	7.362.842	1.066.655	8.429.497
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	29.908.680	10.820.650	40.729.330
RICOVERI	31.830.528	19.279.846	51.110.374
ALTRO	529.541	748.558	1.278.099
ACCANTONAMENTO PER PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	3.565.066	2.246.832	5.811.898
TOTALE	106.905.118	42.356.659	149.261.777
DI CUI A RIMBORSO DIFFERITO CONTABILIZZATO	12.077.691	4.701.374	16.779.065

2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CURE DENTARIE	26.198.588	4.551.976	30.750.564
DIAGNOSTICA	7.807.040	3.093.447	10.900.487
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	7.321.178	1.012.411	8.333.589
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	29.572.022	9.999.401	39.571.423
RICOVERI	30.935.711	18.728.205	49.663.916
ALTRO	569.390	844.267	1.413.657
ACCANTONAMENTO PER PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	2.748.515	1.658.924	4.407.439
TOTALE	105.152.444	39.888.631	145.041.075
DI CUI A RIMBORSO DIFFERITO CONTABILIZZATO	11.958.158	4.578.425	16.536.583

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
CURE DENTARIE	-926.805	68.723	-858.082
DIAGNOSTICA	629.638	479.972	1.109.610
MEZZI CORRETTIVI OCULISTICI	41.664	54.244	95.908
PRESTAZIONI SPECIALISTICHE	336.658	821.249	1.157.907
RICOVERI	894.817	551.641	1.446.458
ALTRO	-39.849	-95.709	-135.558
ACCANTONAMENTO PER PRESTAZIONI DA LIQUIDARE	816.551	587.908	1.404.459
TOTALE	1.752.674	2.468.028	4.220.702

Rispetto al 2017, gli oneri complessivi per le prestazioni erogate nel 2018 aumentano di 4.221 mila euro. In termini generali, l'aumento della spesa può essere ricondot-

to all'aumento della spesa pro-capite, all'inflazione sanitaria, alla maturità dei Regolamenti del Fondo e all'innalzamento dell'età media di iscritti e beneficiari.

Costo delle polizze assicurative

La tabella riporta i costi sostenuti dal Fondo per la copertura tramite polizze assicurative.

2018	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
UNISALUTE	798.205	0	798.205
ALTRE	0	0	0
TOTALE	798.205	0	798.205

2017	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
UNISALUTE	100.350	0	100.350
ALTRE	0	0	0
TOTALE	100.350	0	100.350

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
UNISALUTE	697.855	0	697.855
ALTRE	0	0	0
TOTALE	697.855	0	697.855

Nel complesso la voce aumenta di 698 mila euro. La variazione rispetto al 2017 è da ricondurre alla copertura tramite polizza assicurativa degli iscritti di Banca 5 e Banca Apulia.

Proventi e oneri finanziari

Nella voce sono registrati i proventi rivenienti dall'attività finanziaria, attribuiti alle gestioni attivi e quiescenti come descritto nella tabella sotto riportata.

Il saldo dei proventi ed oneri finanziari è negativo per 4.011 mila euro suddivisi tra:

- proventi netti derivanti dall'impiego della liquidità per 141 mila euro;
- oneri derivanti dalla perdita sulla gestione patrimoniale per - 4.152 mila euro.

2018	PROVENTI FINANZIARI CON RIPARTIZIONE IN BASE AL NUMERO DEGLI ISCRITTI ALLE RISPETTIVE GESTIONI			141.137
		ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
	N. ISCRITTI AL 01/01/2018	63.274	23.066	86.340
	PROVENTI ATTRIBUITI ALLE GESTIONI	103.432	37.705	141.137
2018	PROVENTI FINANZIARI CON RIPARTIZIONE IN BASE ALLA CONSISTENZA DEL PATRIMONIO DELLE RISPETTIVE GESTIONI			-4.152.067
		ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
	PATRIMONIO AL 01/01/2018	94.635.088	35.532.392	130.167.480
	PROVENTI ATTRIBUITI ALLE GESTIONI	-3.018.659	-1.133.408	-4.152.067
2018	TOTALE PROVENTI FINANZIARI			-4.010.930
		ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
	PROVENTI ATTRIBUITI ALLE GESTIONI	-2.915.227	-1.095.703	-4.010.930
2017	TOTALE PROVENTI FINANZIARI			3.513.947
		ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
	PROVENTI ATTRIBUITI ALLE GESTIONI	2.635.592	878.355	3.513.947
Variazioni 2018 su 2017		ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
	PROVENTI FINANZIARI ATTRIBUITI ALLE GESTIONI	-5.550.819	-1.974.058	-7.524.877

I proventi finanziari nel 2018 sono diminuiti complessivamente rispetto al 2017 di 7.525 mila euro.

Con riguardo alla gestione patrimoniale, la discesa dei rendimenti

è riconducibile all'andamento negativo dei mercati finanziari.

Rispetto al 2017, si sono registrati minori introiti finanziari (- 58 mila euro) anche per quanto concerne l'impiego della liquidità.

Altri proventi ed oneri

Nella voce sono rappresentati gli accantonamenti per svalutazione crediti; le svalutazioni si riferiscono ai crediti esposti nei paragrafi 4.1 e 4.3.

Per i crediti relativi al recupero di prestazioni e di contributi si è proceduto a svalutare interamente le posizioni relative ai soci cessati ed ai soci attivi che hanno revocato l'autorizzazione all'addebito.

2018	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
SVALUTAZIONE CREDITI AL 100 % PER RECUPERO PRESTAZIONI	5.835	498	6.333
SVALUTAZIONE CREDITI PER CONTRIBUTI SU POSIZIONI DA REGOLARIZZARE	3.501	122.867	126.368
TOTALE	9.336	123.365	132.701

2017	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
SVALUTAZIONE CREDITI AL 100 % PER RECUPERO PRESTAZIONI	4.806	5.851	10.657
SVALUTAZIONE CREDITI PER CONTRIBUTI SU POSIZIONI DA REGOLARIZZARE	11.379	89.585	100.964
TOTALE	16.185	95.436	111.621

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
SVALUTAZIONE CREDITI AL 100 % PER RECUPERO PRESTAZIONI	1.029	-5.353	-4.324
SVALUTAZIONE CREDITI PER CONTRIBUTI SU POSIZIONI DA REGOLARIZZARE	-7.878	33.282	25.404
TOTALE	-6.849	27.929	21.080

Proventi straordinari

Nella voce sono stati registrati i valori dei proventi straordinari realizzati per effetto del recupero di prestazioni fruitive, ma non spettanti e di contributi arretrati per un totale di 921 mila euro. Tale voce nell'esercizio precedente era valorizzata per 1.167 mila euro.

Il decremento complessivo di 246 mila euro (- 197 mila euro per gli attivi e - 49 mila euro per i quiescenti) è dovuto principalmente all'andamento delle variazioni anagrafiche e al recupero dei relativi impatti economici in termini di contributi e prestazioni.

2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
PRESTAZIONI	61.464	30.594	92.058
CONTRIBUTI	578.537	237.520	816.057
ALTRI	11.472	1.802	13.274
TOTALE	651.473	269.916	921.389

2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
PRESTAZIONI	209.692	45.324	255.016
CONTRIBUTI	618.309	273.352	891.661
ALTRI	20.548	0	20.548
TOTALE	848.549	318.676	1.167.225

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
PRESTAZIONI	-148.228	-14.730	-162.958
CONTRIBUTI	-39.772	-35.832	-75.604
ALTRI	-9.076	1.802	-7.274
TOTALE	-197.076	-48.760	-245.836

Oneri straordinari

Nel 2018 sono state contabilizzate perdite conseguenti a revisioni di prestazioni e a rifusioni di contributi non dovuti di competenza di anni precedenti per un totale di 290 mila euro.

L'aumento di 60 mila euro (+ 95 mila euro per gli attivi e - 35 mila euro per i quiescenti) è riferibile a quanto indicato nel paragrafo 5.8.1.

2018

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
PRESTAZIONI	73.928	16.058	89.986
CONTRIBUTI	139.600	60.810	200.410
ALTRI	0	0	0
TOTALE	213.528	76.868	290.396

2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
PRESTAZIONI	26.629	30.526	57.155
CONTRIBUTI	91.689	81.905	173.594
ALTRI	0	0	0
TOTALE	118.318	112.431	230.749

Variazioni 2018 su 2017

	ATTIVI	QUIESCENTI	TOTALE
PRESTAZIONI	47.299	-14.468	32.831
CONTRIBUTI	47.911	-21.095	26.816
ALTRI	0	0	0
TOTALE	95.210	-35.563	59.647

Oneri per attività di supporto

Di seguito si elencano le spese di gestione e di ordinaria amministrazione del Fondo che non rilevano nella determinazione del risultato complessivo, ricadendo il relativo onere, per Statuto, in capo a Intesa Sanpaolo.

	2018	2017	VARIAZIONI
SPESE TELEFONICHE (LINEE DATI)	78.859	72.527	6.332
CONSULENZA SANITARIA / ODONTOIATRICA	52.228	38.790	13.438
ASSOCIAZIONI / CENTRI DI RICERCA	20.300	43.793	-23.493
SOFTWARE CONTABILITÀ	3.047	3.016	31
CANCELLERIA	3.962	5.224	-1.262
SPESE LEGALI / NOTARILI	36.339	2.496	33.843
SPESE POSTALI	4.893	8.327	-3.434
SPESE VARIE	5.614	9.985	-4.371
SPESE ASSICURATIVE	25.913	25.913	0
SPESE PER SERVIZI BANCARI	123.731	121.696	2.035
CONSULENZA FINANZIARIA	24.400	24.400	0
CONSULENZA ORGANIZZATIVA	6.969	0	6.969
COMPENSO COLLEGIO DEI SINDACI	39.464	41.780	-2.316
REVISIONE VOLONTARIA E SUPPORTO AL COLLEGIO SINDACALE	49.506	48.945	561
SPESE ELEZIONI	13.472	0	13.472
TOTALE	488.697	446.892	41.805

Nella voce "Costo Personale" non sono ricompresi gli oneri sostenuti direttamente da Intesa Sanpaolo per il personale in

distacco al Fondo ammontanti a circa 2.200 mila euro e rimasti direttamente a carico della Banca.

Il Direttore
Mario Bernardinelli

Il Presidente
Roberto Conte

RELAZIONE DEL COLLEGIO DEI SINDACI SUL BILANCIO D'ESERCIZIO CHIUSO AL 31 DICEMBRE 2018

ai sensi degli artt. 14, comma 1, lett.
a), del D.Lgs. n. 39 del 2010
e 2429, comma 2 del Codice Civile

FUNZIONI DI CONTROLLO LEGALE

Signori Delegati del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo (di seguito anche "Fondo"), con la presente Relazione il Collegio dei sindaci dà atto di aver svolto nel corso dell'esercizio le funzioni di controllo legale previste dall'art. 2409-bis del codice civile e l'attività di vigilanza prevista dall'art. 2403 e seguenti del codice civile

Abbiamo svolto la revisione contabile del bilancio d'esercizio del Fondo, costituito dallo stato patrimoniale al 31 dicembre 2018, dal conto economico (denominato "Rendiconto di gestione") per l'esercizio chiuso a tale data e dalla nota integrativa.

A nostro giudizio, il bilancio d'esercizio fornisce una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria del Fondo al 31 dicembre 2018 e del rendiconto complessivo della gestione per l'esercizio chiuso a tale data, in conformità alle norme italiane che ne disciplinano i criteri di redazione.

Gli Amministratori sono responsabili per la redazione del bilancio d'esercizio che fornisca una rappresentazione veritiera e corretta in conformità alle norme che ne disciplinano i criteri di redazione.

E' nostra la responsabilità di esprimere un giudizio sul bilancio d'esercizio sulla base della revisione contabile. Nell'ambito della stessa svolta in conformità ai principi di revisione internazionali (ISA Italia) con l'ausilio della società di revisione PricewaterhouseCoopers, con la quale sono state concordate specifiche procedure di verifiche, abbiamo esercitato il giudizio professionale e abbiamo mantenuto lo scetticismo professionale per tutta la durata della revisione contabile. Tali principi richiedono il rispetto di principi etici, nonché la pianificazione e lo svolgimento della revisione contabile al fine di acquisire una ragionevole sicurezza che il bilancio d'esercizio non contenga errori significativi. Abbiamo comunicato ai responsabili delle attività di Governance, identificati ad un livello appropriato come richiesto dagli ISA Italia, tra gli altri aspetti, la portata e la tempistica pianificate per la revisione contabile e i risultati significativi emersi, incluse le eventuali carenze significative del controllo interno identificate nel corso delle attività svolte.

La revisione contabile comprende altresì la valutazione dell'appropriatezza dei principi contabili adottati, della ragionevolezza delle stime contabili effettuate dagli Amministratori, nonché la valutazione della presentazione del bilancio d'esercizio nel suo complesso.

Nello svolgimento di tale attività, riteniamo di aver acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il nostro giudizio.

Abbiamo svolto le procedure indicate nel principio di revisione (SA Italia) n. 720B al fine di esprimere, come richiesto dalle norme di legge, un giudizio sulla coerenza della relazione di gestione, la cui responsabilità compete agli Amministratori del Fondo, con il bilancio d'esercizio del Fondo al 31 dicembre 2018 e sulla conformità della stessa alle norme italiane che ne disciplinano i criteri di redazione, nonché di rilasciare una dichiarazione su eventuali errori significativi. A nostro giudizio la relazione di gestione è coerente con il bilancio d'esercizio del Fondo al 31 dicembre 2018 ed è redatta in conformità alle norme italiane che ne disciplinano i criteri di redazione.

Il Consiglio di Amministrazione nella propria relazione informa che *il Tribunale di Milano ha emesso il 27 giugno 2014 sentenza con cui ha confermato la valutazione di illegittimità della () delibera del Consiglio di amministrazione della Cassa Sanitaria Intesa assunta in data 18 ottobre 2010 di devoluzione al Fondo delle risorse residue dell'ente risultanti alla chiusura del bilancio al 31 dicembre 2010 e ha previsto il ripristino in capo a Cassa Sanitaria Intesa della titolarità del patrimonio a suo tempo trasferito al Fondo (). Per effetto della citata sentenza le attività risultanti dalla gestione dei titoli conferiti al Fondo dalla Cassa il 6 settembre 2011 sono state ritrasferite alla Cassa l'8 ottobre 2014, con la raccomandazione all'ente conferitario che, in continuità con quanto praticato dal Fondo, le stesse siano conservate ed investite da Cassa Sanitaria Intesa con particolare prudenza, evitandosi ogni diversa utilizzazione rispetto a quella prevista dalle Fonti istitutive con l'accordo del 2 ottobre 2010.*

Tale sentenza è stata in seguito impugnata con relativo ricorso sia dal Fondo che dalla Cassa.

Dopo una serie di ulteriori udienze la Corte di Appello di Milano con sentenza n. 3030/2017 del 29 giugno 2017 ha confermato la decisione del giudice di 1° grado.

Attualmente la causa risulta pendente avanti alla Corte di Cassazione.

Nella Relazione sulla Gestione, il Consiglio di Amministrazione riporta altresì in sintesi, i risultati delle proiezioni a 10 anni dell'analisi attuariale sui dati di bilancio al 31 dicembre 2017 *dai quali risulta che la gestione attiva presenterà un risultato in equilibrio fino al 2023 (...) e la gestione quiescente, invece, evidenzia risultati economici negativi a partire già dal 2018 ma che i relativi prelievi dal patrimonio e dai differimenti non saranno di entità tale da mettere in pericolo la stabilità del fondo nel*

breve periodo ed informa che le Fonti istitutive hanno preso atto dei risultati evidenziati dall'analisi attuariale e hanno stabilito di completare gli approfondimenti a valle dei risultati di bilancio al 31 dicembre 2018 allo scopo di definire gli interventi che si renderanno necessari per assicurare la piena sostenibilità del Fondo nel medio lungo termine.

Con riferimento alla dichiarazione di cui all'art. 14, comma 2, lettera e), del D. Lgs. 27 gennaio 2010, n. 39, rilasciata sulla base delle conoscenze e della comprensione dell'Ente e del relativo contesto acquisite nel corso dell'attività di revisione, non abbiamo nulla da riportare.

FUNZIONI DI VIGILANZA SULL'AMMINI- STRAZIONE

Nel corso dell'esercizio chiuso il 31 dicembre 2018, l'attività del Collegio dei sindaci è stata conforme ai contenuti delle Norme di Comportamento del Collegio Sindacale raccomandate dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili. Nello svolgimento dei compiti istituzionali a noi attribuiti, abbiamo vigilato sull'osservanza della Legge e dello Statuto.

Del nostro operato, diamo atto di quanto segue:

- Abbiamo partecipato ai Consigli di Amministrazione ed abbiamo ottenuto dagli Amministratori informazioni sul generale andamento della gestione e sulla sua prevedibile evoluzione, nonché sulle operazioni di maggiore rilievo, per loro dimensioni o caratteristiche, effettuate dal Fondo e possiamo assicurare che le azioni poste in essere sono conformi alla Legge ed allo Statuto e non sono manifestamente imprudenti, azzardate, in potenziale conflitto di interesse o tali da compromettere l'integrità del patrimonio del Fondo.
- Nel suo complesso l'attività concretamente svolta dal Fondo risulta coerente con le previsioni di Statuto. Nel corso dell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2018 il Fondo ha concretamente operato in tale ambito essendo l'attività stata rivolta esclusivamente al perseguimento degli scopi statutari.
- Abbiamo verificato, con l'ausilio della società di revisione PriceWaterhouseCoopers, su base campionaria, la regolare tenuta della contabilità e la corretta rilevazione nelle scritture contabili dei fatti di gestione anche mediante l'ottenimento di informazioni dai responsabili delle diverse funzioni. Per l'esercizio dei suddetti obblighi di vigilanza e di controllo legale il Collegio dei Sindaci si è riunito periodicamente così come previsto dall'art. 2404 del Codice Civile.

Dall'attività di vigilanza e controllo non sono emersi fatti significativi suscettibili di osservazione nella presente relazione.

- Abbiamo acquisito conoscenza e vigilato sull'adeguatezza dell'assetto organizzativo ed amministrativo-contabile del Fondo valutandone la capacità di garantire l'efficienza delle operazioni aziendali, l'affidabilità dell'informazione finanziaria, il rispetto di leggi e regolamenti, il rispetto delle linee di indirizzo dettate dall'Organo Amministrativo del Fondo. L'esito delle verifiche poste in essere è da ritenersi positivo e l'attuale assetto organizzativo ed amministrativo risulta adeguato all'attuale realtà aziendale del Fondo.

In particolare, diamo atto che i criteri di valutazione e di classificazione del Bilancio sono quelli previsti dagli artt. 2423 e segg. c.c., interpretate e integrate dai principi contabili enunciati dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili, tenendo altresì conto delle specificità del Fondo.

Signori Delegati,

considerando anche le risultanze dell'attività svolta in adempimento della funzione di controllo legale proponiamo di approvare il bilancio d'esercizio chiuso al 31 dicembre 2018, così come redatto dall'Organo Amministrativo in data 4 giugno 2019.

Milano, 12 giugno 2019

Il Collegio dei Sindaci

Angela Tucci

Giuseppe Fontana

Pierluigi Mazzotta



Relazione della società di revisione indipendente

Al Consiglio di Amministrazione del
Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo

Relazione sulla revisione contabile del bilancio d'esercizio al 31 dicembre 2018

Giudizio

Abbiamo svolto la revisione contabile del bilancio d'esercizio del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo (il "Fondo"), costituito dallo stato patrimoniale al 31 dicembre 2018, dal conto economico per l'esercizio chiuso a tale data e dalla nota integrativa che include anche la sintesi dei più significativi principi contabili applicati.

A nostro giudizio, il bilancio d'esercizio del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo è redatto, in tutti gli aspetti significativi, in conformità ai principi contabili descritti nella nota integrativa.

Elementi alla base del giudizio

Abbiamo svolto la revisione contabile in conformità ai principi di revisione internazionali (ISA Italia). Le nostre responsabilità ai sensi di tali principi sono ulteriormente descritte nella sezione *Responsabilità della società di revisione per la revisione contabile del bilancio d'esercizio* della presente relazione. Siamo indipendenti rispetto al Fondo in conformità alle norme e ai principi in materia di etica e di indipendenza applicabili nell'ordinamento italiano alla revisione contabile del bilancio. Riteniamo di aver acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il nostro giudizio.

Richiamo d'informativa

Senza modificare il nostro giudizio, portiamo alla Vostra attenzione che, come descritto nella Relazione sulla Gestione, il Tribunale di Milano ha emesso il 27 giugno 2014 la sentenza con cui ha confermato la valutazione di illegittimità della delibera consiliare della Cassa per l'Assistenza sanitaria per il personale del Gruppo Intesa (di seguito "Cassa") assunta in data 18 ottobre 2010, che prevedeva, in

PricewaterhouseCoopers SpA

Sede legale e amministrativa: Milano 20149 Via Monte Rosa 91 Tel. 0277851 Fax 027785240 Cap. Soc. Euro 6.890.000,00 i.v., C.F. e P.IVA e Reg. Imp. Milano 12979880155 Iscritta al n° 119644 del Registro dei Revisori Legali - Altri Uffici: **Ancona** 60131 Via Sandro Totti 1 Tel. 0712132311 - **Bari** 70122 Via Abate Gimma 72 Tel. 0805640211 - **Bologna** 40126 Via Angelo Finelli 8 Tel. 0516186211 - **Brescia** 25123 Via Borgo Pietro Wuhrer 23 Tel. 0303697501 - **Catania** 95129 Corso Italia 302 Tel. 0957532311 - **Firenze** 50121 Viale Gramsci 15 Tel. 0552482811 - **Genova** 16121 Piazza Piccapietra 9 Tel. 01029041 - **Napoli** 80121 Via dei Mille 16 Tel. 08136181 - **Padova** 35138 Via Vicenza 4 Tel. 049873481 - **Palermo** 90141 Via Marchese Ugo 60 Tel. 091349737 - **Parma** 43121 Viale Tanara 20/A Tel. 0521275911 - **Pescara** 65127 Piazza Ettore Troilo 8 Tel. 0854545711 - **Roma** 00154 Largo Fochetti 29 Tel. 06570251 - **Torino** 10122 Corso Palestro 10 Tel. 011556771 - **Trento** 38122 Viale della Costituzione 33 Tel. 0461237004 - **Treviso** 31100 Viale Felissent 90 Tel. 0422696911 - **Trieste** 34125 Via Cesare Battisti 18 Tel. 0403480781 - **Udine** 33100 Via Poscolle 43 Tel. 043225789 - **Varese** 21100 Via Albuzzi 43 Tel. 0332285039 - **Verona** 37135 Via Francia 21/C Tel. 0458263001 - **Vicenza** 36100 Piazza Pontelandolfo 9 Tel. 0444393311



relazione a quanto convenuto tra le Fonti Istitutive con l'accordo del 2 ottobre 2010, la devoluzione al Fondo delle risorse residue della Cassa risultanti alla chiusura del bilancio al 31 dicembre 2010.

Per effetto di tale sentenza le attività risultanti dalla gestione dei titoli conferiti in data 6 settembre 2011 dalla Cassa al Fondo sono state ritrasferite alla Cassa l'8 ottobre 2014, con la raccomandazione all'ente conferitario che, in continuità con quanto praticato dal Fondo, le stesse siano conservate ed investite dalla Cassa con particolare prudenza, evitandocene ogni diversa utilizzazione rispetto a quella prevista dalle Fonti Istitutive con l'accordo del 2 ottobre 2010. Tale sentenza è stata in seguito impugnata con relativo ricorso sia dal Fondo che dalla Cassa.

Alla prima udienza del 26 maggio 2015 la Corte di Appello di Milano, dopo aver riunito i giudizi, rilevando la circostanza che gli appellati già associati alla Cassa risultano anche iscritti al Fondo, ha invitato le parti a discutere in ordine alla persistenza dell'interesse ad agire ex articolo 100 c.p.c. in capo a quest'ultimi fissando la comparizione personale delle parti al fine di tentare la conciliazione. Dopo una serie di ulteriori udienze la Corte di Appello di Milano con sentenza n° 3030/2017 del 29 giugno 2017 ha confermato la decisione del giudice di 1° grado.

Attualmente la causa risulta pendente avanti alla Corte di Cassazione, come da delibera al punto 3 dell'ordine del giorno del Consiglio di Amministrazione del Fondo Sanitario Integrativo Intesa Sanpaolo, tenutosi in data 11 dicembre 2017.

Il ricorso in cassazione per il Fondo è stato notificato in data 26 gennaio 2018.

A sua volta la controparte ha notificato in data 7 marzo 2018 due ricorsi incidentali a due enti assistenziali per contestare l'ammontare delle spese liquidate dalla Corte di Appello.

In seguito a tali atti il Fondo ha fatto opposizione notificando un controricorso in data 12 aprile 2018.

Il contenzioso è tuttora pendente presso la Suprema Corte di Cassazione.

Altri Aspetti

La presente relazione non è emessa ai sensi di legge, stante il fatto che, nell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2018, la revisione contabile richiesta dall'articolo 14 del DLgs 27 gennaio 2010, n° 39 è stata svolta dal Collegio dei Sindaci del Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo, ai sensi di quanto previsto dallo statuto del Fondo stesso.

Limitazione alla distribuzione ed all'utilizzo

La presente relazione è destinata e indirizzata esclusivamente al Consiglio di Amministrazione del Fondo. Pertanto, la relazione non può essere messa a disposizione di, esibita, consegnata o anche solo menzionata a terzi, diversi dai componenti dell'organo amministrativo del Vostro Fondo e solo successivamente all'emissione della relazione da parte del soggetto incaricato della revisione contabile, a questo ultimo. Inoltre essa non può essere depositata presso il competente Registro delle Imprese in quanto trattasi di documento non soggetto a pubblicità e non può essere allegata e riprodotta, in tutto o in parte, né citata in qualsiasi documento relativo al Vostro Fondo, senza il nostro preventivo consenso scritto.



Responsabilità degli Amministratori e del Collegio dei Sindaci per il bilancio d'esercizio

Gli Amministratori sono responsabili per la redazione del bilancio d'esercizio in conformità ai principi contabili descritti nella nota integrativa e, nei termini previsti dalla legge, per quella parte del controllo interno dagli stessi ritenuta necessaria per consentire la redazione di un bilancio che non contenga errori significativi dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali.

Gli Amministratori sono responsabili per la valutazione della capacità del Fondo di continuare ad operare come un'entità in funzionamento e, nella redazione del bilancio d'esercizio, per l'appropriatezza dell'utilizzo del presupposto della continuità aziendale, nonché per una adeguata informativa in materia. Gli Amministratori utilizzano il presupposto della continuità aziendale nella redazione del bilancio d'esercizio a meno che abbiano valutato che sussistono le condizioni per la liquidazione del Fondo o per l'interruzione dell'attività o non abbiano alternative realistiche a tali scelte.

Il Collegio dei Sindaci ha la responsabilità della vigilanza, nei termini previsti dalla legge, sul processo di predisposizione dell'informativa finanziaria del Fondo.

Responsabilità della società di revisione per la revisione contabile del bilancio d'esercizio

I nostri obiettivi sono l'acquisizione di una ragionevole sicurezza che il bilancio d'esercizio nel suo complesso non contenga errori significativi, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali, e l'emissione di una relazione di revisione che includa il nostro giudizio. Per ragionevole sicurezza si intende un livello elevato di sicurezza che tuttavia non fornisce la garanzia che una revisione contabile svolta in conformità ai principi di revisione internazionali (ISA Italia) individui sempre un errore significativo, qualora esistente. Gli errori possono derivare da frodi o da comportamenti o eventi non intenzionali e sono considerati significativi qualora ci si possa ragionevolmente attendere che essi, singolarmente o nel loro insieme, siano in grado di influenzare le decisioni economiche prese dagli utilizzatori sulla base del bilancio d'esercizio.

Nell'ambito della revisione contabile svolta in conformità ai principi di revisione internazionali (ISA Italia), abbiamo esercitato il giudizio professionale e abbiamo mantenuto lo scetticismo professionale per tutta la durata della revisione contabile. Inoltre:

- abbiamo identificato e valutato i rischi di errori significativi nel bilancio d'esercizio, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali; abbiamo definito e svolto procedure di revisione in risposta a tali rischi; abbiamo acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il nostro giudizio. Il rischio di non individuare un errore significativo dovuto a frodi è più elevato rispetto al rischio di non individuare un errore significativo derivante da comportamenti od eventi non intenzionali, poiché la frode può implicare



- l'esistenza di collusioni, falsificazioni, omissioni intenzionali, rappresentazioni fuorvianti o forzature del controllo interno;
- abbiamo acquisito una comprensione del controllo interno rilevante ai fini della revisione contabile allo scopo di definire procedure di revisione appropriate nelle circostanze, e non per esprimere un giudizio sull'efficacia del controllo interno del Fondo;
 - abbiamo valutato l'appropriatezza dei principi contabili utilizzati nonché la ragionevolezza delle stime contabili effettuate dagli Amministratori e della relativa informativa;
 - siamo giunti ad una conclusione sull'appropriatezza dell'utilizzo da parte degli Amministratori del presupposto della continuità aziendale e, in base agli elementi probativi acquisiti, sull'eventuale esistenza di una incertezza significativa riguardo a eventi o circostanze che possono far sorgere dubbi significativi sulla capacità del Fondo di continuare ad operare come un'entità in funzionamento. In presenza di un'incertezza significativa, siamo tenuti a richiamare l'attenzione nella relazione di revisione sulla relativa informativa di bilancio ovvero, qualora tale informativa sia inadeguata, a riflettere tale circostanza nella formulazione del nostro giudizio. Le nostre conclusioni sono basate sugli elementi probativi acquisiti fino alla data della presente relazione. Tuttavia, eventi o circostanze successivi possono comportare che il Fondo cessi di operare come un'entità in funzionamento.

Abbiamo comunicato ai responsabili delle attività di governance, identificati ad un livello appropriato come richiesto dagli ISA Italia, tra gli altri aspetti, la portata e la tempistica pianificate per la revisione contabile e i risultati significativi emersi, incluse le eventuali carenze significative nel controllo interno identificate nel corso della revisione contabile.

Milano, 12 giugno 2019

PricewaterhouseCoopers SpA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alberto Buscaglia', written over a light blue horizontal line.

Alberto Buscaglia
(Revisore legale)