

QUADERNO ANSI
n° 3/2021

PRESENTAZIONE INDAGINE QUALITA' 2019-2021
SUL SERVIZIO DEGLI ENTI ISCRITTI IN ANSI

A cura Dr. Massimiliano Alfieri
Ufficio Studi ANSI

RIFERIMENTI LEGISLATIVI

- EX ART. 9, D.LGS. N. 502 DEL 1992 (ANCHE DETTI "FIS" O "FONDI DOC");
- ART. 3-SEPTIES DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502;
- ART. 26 DELLA LEGGE 8 NOVEMBRE 2000, N. 328;
- DECRETO DEL MINISTRO DELLA SALUTE 31 MARZO 2008;
- ART. 9, COMMA 9, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502.



Le forme di sanità integrativa costituiscono il cd. “secondo pilastro” e svolgono la funzione di affiancare e sostenere il Servizio Sanitario Nazionale (di seguito solo SSN) e sono operate mediante Fondi Sanitari, Casse di Assistenza Sanitaria e Società di Mutuo Soccorso.

All'interno di tale fattispecie, possono distinguersi due diverse categorie: “Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale”, ex art. 9, d.lgs. n. 502 del 1992 (anche detti “FIS” o “Fondi doc”) e enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale (anche detti “Fondi non doc”).

I “Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale”, ex art. 9, d.lgs. n. 502 del 1992 sono finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza (anche detti LEA), definiti dal Piano Sanitario Nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

Comprendono le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione definite nei commi 4 e 5 del medesimo art. 9. Gli ambiti di intervento comprendono inoltre: a) prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché le prestazioni di cui all'art. 26 della legge 8 novembre 2000, n. 328 in quanto non ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e quelle finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio per la parte non garantita dalla normativa vigente; b) prestazioni di assistenza odontoiatrica non comprese nei livelli essenziali di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche.

Parliamo quindi di **prestazioni Sanitarie a rilevanza sociale** e di **prestazioni Sociali a rilevanza sanitaria**. Gli enti e casse aventi esclusivamente fine assistenziale, invece, effettuano anche prestazioni di carattere sostitutivo al SSN rientranti nei LEA, e comprendono il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, nonché i costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del servizio sanitario nazionale e gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria. Sono poi tenuti a destinare annualmente il 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse all'erogazione di prestazioni non incluse nei LEA, tendenzialmente coincidenti con quelle erogate dai Fondi sanitari integrativi al SSN.

In particolare, si tratta dell'erogazione di prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, stabilita dal decreto del Ministro della salute 31 marzo 2008, come modificato dall'art. 1 del presente decreto. Le prestazioni sono da intendersi:

- 1) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;
- 2) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;

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

4) prestazioni di assistenza.

Al proposito è stata istituita presso il Ministero della salute, ai sensi dell'art. 9, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, l'“Anagrafe dei Fondi Sanitari”, ove per essere qualificato come “Fondo integrativo al SSN”, il fondo deve erogare le prestazioni allo stesso riservate e deve essere iscritto all'Anagrafe dei Fondi, tra i “Fondi di tipo A” quando invece i Fondi Sanitari, le Casse di Assistenza e le Società di Mutuo Soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali devono rispettare le condizioni dettate dalla normativa di riferimento e devono essere iscritti all'Anagrafe dei Fondi, nella sezione B.

L'inquadramento giuridico in premessa risulta indispensabile per rappresentare il risultato di un'analisi condotta da A.N.S.I., utile a contestualizzare la qualità del servizio erogato dagli Enti di Sanità Integrativa.

UN DATO DI FATTO OGGETTIVO

La popolazione invecchia, viviamo tutti più a lungo, la scienza medica si amplia, avremo sempre più cure, la tecnologia sanitaria si sviluppa, realizzeremo costantemente sempre nuovi strumenti di diagnosi, peraltro, più precisi e innovativi.

Quindi, in questo contesto, se uno Stato qualsiasi volesse garantire a tutti i propri cittadini tutta l'assistenza sanitaria possibile, probabilmente dovrebbe usare quasi tutto il bilancio dello Stato per finanziarla.

Se questo non è evidentemente economicamente sostenibile, quindi, bisogna consentire ai cittadini di auto-associarsi tra loro in quelle che sono chiamate forme integrative, che gli permettano di proteggere la salute loro e dei loro cari.

I MOTIVI DI UNA INDAGINE DI QUALITÀ

Nel 2014 in seguito ad una audizione alla XII Commissione Affari Sociali è stato definito da A.N.S.I. su indicazione del proprio consiglio direttivo, di avviare uno studio sulla qualità dei servizi degli enti iscritti.

Le Società di Mutuo Soccorso ci hanno impiegato molto tempo a riscontrare le richieste, anche perché le priorità sono state perimetrare all'adeguamento del dlgs 179/2012, che ancora oggi vede molte SMS in corso di allineamento, ma sicuramente i dati già lasciavano comprendere che si trattasse di un servizio di qualità contraddistinto da poca litigiosità.

Nel 2019, proprio quando l'ANSI partecipò, invitata ancora una volta dalla XII Commissioni Affari Sociali, in merito ad una indagine sui Fondi Sanitari, ci si è resi conto che venivano evidenziati crescenti disservizi e reclami dagli iscritti ai Fondi Sanitari.

La cosa che ha destato particolare interesse è stato certamente il fatto che a rappresentare la situazione dei reclami era stato chiamato un ente di controllo di uno specifico settore merceologico privato, cioè l'IVASS (Istituto per la Vigilanza Assicurativa), che non rappresenta alcun riferimento per gli Enti di Sanità Integrativa.

Infatti, il Segretario Generale dell'IVASS Stefano De Polis riportava (testo stenografico della Camera):

“L'IVASS non ha una competenza generale in materia di fondi integrativi sanitari, ma dispone – questo vorremmo mettere a vostra disposizione – di un osservatorio privilegiato sulle problematiche di tutela che devono affrontare i consumatori.

Quest'osservatorio è rappresentato dai reclami che riceviamo, circa 20.000 ogni anno, e dalle telefonate che raggiungono quotidianamente il nostro contact center consumatori, circa 30.000 ogni anno.

Con riferimento allo specifico settore in esame, la prima problematica che riscontriamo è che i consumatori non hanno chiaro chi è il soggetto responsabile della prestazione sanitaria che viene loro erogata, e quindi dall'eventuale disservizio.

Perché diciamo questo?

I reclami e le segnalazioni che l'IVASS si riceve sono riferiti, infatti, in maniera indifferenziata a imprese di assicurazione, fondi sanitari, società di mutuo soccorso, questi ultimi non assoggettati a una vigilanza generale dell'IVASS, e financo ai provider di servizi sanitari, ossia quelle imprese che svolgono meri servizi a favore dei fondi sanitari.

Nel rispetto delle competenze affidateci dalle norme, l'IVASS si fa carico delle questioni legate alle imprese di assicurazioni coinvolte direttamente o nella qualità di gestori della garanzia per la realizzazione dei piani di offerta sanitaria dei fondi.

Molti fondi sanitari assicurano, infatti, le prestazioni dei propri iscritti assicurandosi a loro volta con una compagnia di assicurazione.

È evidente che negli altri casi, cioè nei casi in cui non si tratti appunto di compagnie di assicurazione, ma di lamentele che riguardano l'offerta di fondi sanitari e casse sanitarie o società di mutuo soccorso, l'Istituto è costretto a spiegare al consumatore che non può intervenire nei confronti del soggetto sul cui operato il consumatore stesso esprime insoddisfazione.

Riteniamo, quindi, che fare chiarezza sui limiti dell'oggetto sociale di alcuni fondi sanitari e società di mutuo soccorso, eliminando ogni aspetto di confusione rispetto alla natura dell'attività svolta dalle imprese di assicurazioni, rappresenti un elemento di grande importanza.

Nel merito, ad esempio, diverse sono le problematiche oggetto di segnalazione all'Istituto: la tardiva presa in carico di prestazioni richieste, particolarmente rilevante in caso di prestazioni urgenti; contestazioni dopo l'erogazione della prestazione già autorizzata dai fondi; il diniego della prestazione in caso di pazienti complessi, spesso anziani o affetti da patologie plurime che richiedono delle prestazioni non ordinarie, non standard; i mancati rimborsi di prestazioni prescritte dai medici curanti, ma giudicate «inutili» dal fondo o dalla compagnia.”

Alla fine di questa audizione, non avendo questa percezione, A.N.S.I. ha ulteriormente richiesto alle Società di Mutuo Soccorso iscritte all'associazione stessa, di avviare una indagine approfondita con le seguenti caratteristiche:

- Numero delle pratiche lavorate (dirette e indirette)
- Numero dei reclami arrivati (tutti e con ogni canale)
- Numero dei contenziosi
- Evidenza in cui il socio tiene in copia l'IVASS

Tab. 1 Riassunto dell'Indagine. Dati arrotondati all'origine dalle mutue partecipanti

	assistiti ANSI	N° pratiche	reclami	% reclami	contenziosi	% contenziosi	reclami Ivass	% reclami Ivass
2019	600.000	190.000	798	0,42%	53	0,027%	31	0,016%
2020	620.000	173.000	775	0,44%	44	0,025%	25	0,014%
2021	645.000	170.200	652	0,38%	44	0,025%	15	0,008%

Quanto emerge dallo studio è ben diverso da quanto dichiarato dall'IVASS e rappresenta come residuali i reclami che giungono all'Istituto da parte degli associati agli Enti di Sanità Integrativa, ove anche questa percentuale residuale trova spiegazione nella poca conoscenza della disciplina vigente in campo mutualistico e sanitario da parte di buona parte dei professionisti a cui si rivolge il socio dell'ente mutualistico per far valere la propria posizione, ove invece, il socio stesso sarebbe sicuramente e perfettamente a conoscenza che la Società di Mutuo Soccorso è un ente non profit e che la sua vigilanza è deputata al Ministero dello Sviluppo Economico.

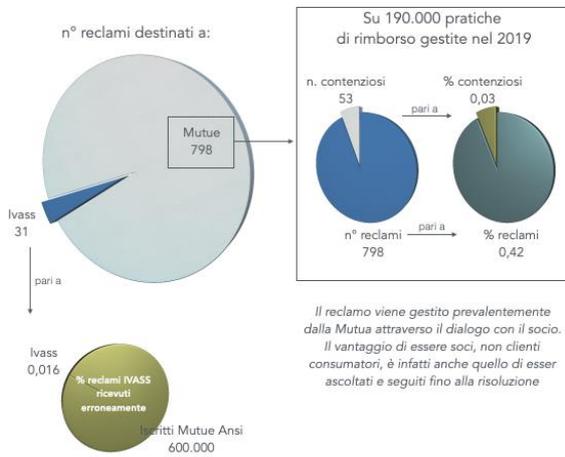
Il dato molto basso del contenzioso, solo **44 casi nel 2021 quale ultimo anno dell'analisi effettuata**, è da attribuire al rapporto associativo di trasparenza e dialogo tra il socio e la propria Società di Mutuo Soccorso di riferimento, che rende il dato meno soggetto alla litigiosità rispetto a un normale rapporto cliente-società.

Interessante anche il dato contenitivo del 2020, anno dove ha impattato fortemente la Pandemia Covid-19 e dove è salito in ogni settore il tasso di "litigiosità" anche se le Corti di Giustizia poco operavano, che dimostra comunque come anche in un contesto difficile le Società di Mutuo Soccorso sono state un punto di riferimento per i propri associati intrattenendo con loro un costante dialogo costruttivo.

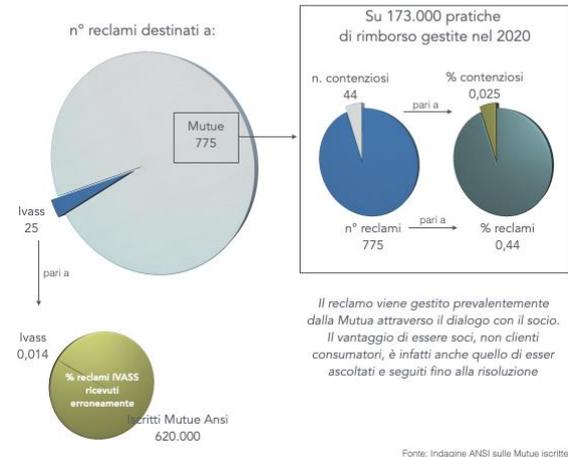
I risultati dell'analisi realizzata dall'A.N.S.I. dimostrano come il rapporto tra gli Enti Mutualistici ed i propri associati consenta di ridurre le contestazioni, i costi legali, le pratiche fraudolente e la conflittualità, valorizzando il servizio mutualistico fondato sulla solidarietà, la trasparenza e la correttezza etica ed è anche per questo motivo che dal **2018 l'Istituto Tedesco per la Qualità** premia ai vertici della classifica nazionale, per indice di soddisfazione del servizio erogato, 2 Società di Mutuo Soccorso, che con soddisfazione possiamo dichiarare sono iscritte all'ANSI.

ALCUNE TABELLE RIEPILOGATIVE DELL'INDAGINE A.N.S.I.

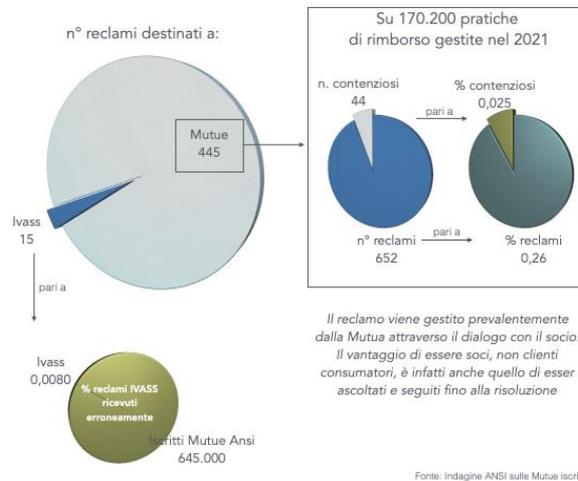
Tab. 2 Situazione qualità 2019
 Indagine conoscitiva per la Qualità 2019



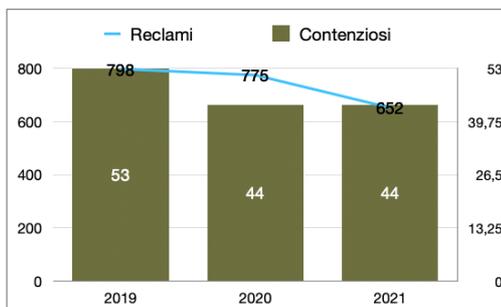
Tab. 3 Situazione qualità 2020
 Indagine conoscitiva per la Qualità 2020



Tab. 4 Situazione qualità 2021
 Indagine conoscitiva per la Qualità 2021



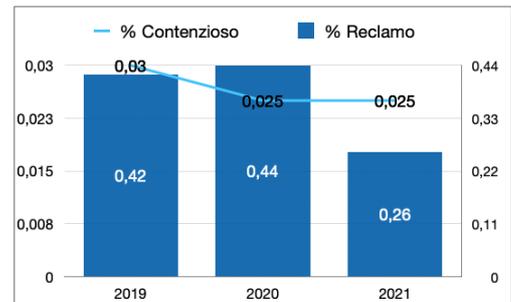
Tab. 5 Rapporto Reclami Contenziosi



Diminuiscono il numero dei reclami, si mantiene costante il numero dei contenziosi in una epoca in cui per quasi 12 mesi sono slittate le attività di relazione con i pubblici uffici per le definizioni/udienze

Fonte: Indagine ANSI sulle Mutue iscritte

Tab. 6 Percentuale sulle pratiche gestite



Diminuiscono il numero dei reclami, si mantiene costante il numero dei contenziosi in una epoca in cui per quasi 12 mesi sono slittate le attività di relazione con i pubblici uffici per le definizioni/udienze

Fonte: Indagine ANSI sulle Mutue iscritte