

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO SANITARIE

Il punto di vista della Mutualità Fimiv sulla sanità integrativa

*Assemblea Nazionale Fimiv
Roma 14 Ottobre 2015*

ABC delle Mutue Sanitarie

- | | |
|---|---|
| A Aiuto reciproco
Assistenza per tutta la vita
Autogestione | M Mutualità Volontaria |
| B Bene Comune
Bisogni dei Soci
Benessere | N Non Profit
Non escludere nessuno
No selezioni e rischi |
| C Centralità del Socio
Coesione sociale | O Organizzazione democratica |
| D Detrazione e Deduzione fiscale | P Partecipazione
Previdenza
Prevenzione
Prossimità territoriale |
| E Empatia
Etica comportamentale | Q Qualità |
| F Fondi sanitari
Finalità assistenziale
Fiscalità agevolata
Flessibilità
Fiducia | R Reciprocità
Relazione
Responsabilità Sociale |
| G Garantire | S Salute
Solidarietà |
| H Healthcare
HMO Health Maintenance
Organization | T Trasparenza
Tutta la vita |
| I Insieme
Integrazione | U Uniti siamo più forti |
| L Libertà di scelta | V Valore
Vantaggio
Vicinanza |
| | Z Zero barriere |

Il punto di vista della Mutualità Fimiv sulla sanità integrativa

A cinque anni dalla istituzione dell'Anagrafe sui Fondi Sanitari Integrativi e alla luce delle esperienze maturate nel settore socio assistenziale e socio sanitario, la Fimiv (Federazione Italiana della Mutualità) – sezione Mutue Sanitarie Integrative - espone il proprio punto di vista sullo stato attuale della Sanità integrativa, evidenziando gli elementi positivi, quelli di criticità che vanno migliorati e formulando proposte per il miglioramento complessivo del sistema sanitario del nostro Paese.

La posizione delle Mutue Sanitarie Integrative è stata sempre quella di rappresentare i bisogni e le istanze dei cittadini e dei lavoratori, cercando di svolgere un ruolo sussidiario ed appunto integrativo rispetto al sistema sanitario universalistico pubblico. Non è intenzione delle Mutue mettere in discussione le politiche pubbliche o favorire l'uscita dal sistema di alcune categorie più privilegiate per approdare ad un sistema soltanto privatistico.

Storicamente le Società di mutuo soccorso (SMS) sono state le prime libere organizzazioni che si sono occupate fin dall'Ottocento del welfare socio assistenziale, realizzando su base volontaria forme di tutela dei lavoratori in caso di malattia, vecchiaia e morte (assicurare ai Soci un sussidio nei casi di malattia, impotenza al lavoro o di vecchiaia, venire in aiuto alle famiglie dei soci defunti (art 1, Legge 3818/1886, prima degli emendamenti apportati dal D.L. 18 ottobre 2012 n. 179).

*Con la riforma sanitaria n. 833 del 1978, che ha previsto lo scioglimento delle Mutue pubbliche (Inam, Enpdedp, Inadel) fatte confluire nel nascente SSN (Servizio Sanitario Nazionale) è rimasta in vita la mutualità volontaria, di cui l'art 48 della citata legge ribadisce la libertà (la mutualità volontaria è libera). Molte Società di Mutuo Soccorso, sia quelle costituite agli albori dell'Unità d'Italia, sia quelle nate dopo la seconda guerra mondiale nell'Italia della ricostruzione e rivolte a specifiche categorie (commercianti, liberi professionisti, lavoratori dei trasporti, ecc) si caratterizzano come **Mutue sanitarie integrative del SSN** e negli ultimi dieci anni hanno iniziato a istituire e gestire forme di copertura sanitaria collettiva rivolte a dipendenti di aziende ed enti.*

Quando il sistema universale pubblico mostra segnali di ripiegamento, si incomincia a parlare di riforma della riforma sanitaria: il D.Lgs 502/92 prevede, all'art 9, i Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

Siamo consapevoli delle difficoltà del sistema pubblico e della crescente riduzione della disponibilità delle tutele finanziarie, a fronte di bisogni sempre più ampi da coprire, con particolare riferimento al tema dell'allungamento dell'aspettativa di vita e dei nuovi ritrovati tecnologici della scienza medica.

Il mito dell'immortalità degli uomini non rientra nei nostri obiettivi, né nelle nostre possibilità, ma non ci aggiungiamo al coro di chi grida allo sfascio del sistema pubblico.

Con altrettanto pragmatismo, dobbiamo osservare che l'obiettivo di Mutue o di Fondi rivolti a garantire prestazioni esclusivamente integrative del SSN è stato nella prassi disatteso.

L'auspicata equiparazione del trattamento fiscale tra Fondi aperti alla generalità dei cittadini e quelli di derivazione negoziale, che ci si aspettava dai decreti di riforma Sanitaria Turco e Sacconi, è stata anch'essa annunciata, ma poi inapplicata.

La necessità di spostare una quota della spesa sanitaria privata sulle aree scoperte dalla tutela pubblica, anche allo scopo di evitare inutili duplicazioni di spesa, ci trova sicuramente d' accordo sul piano politico. Tuttavia, se per i Fondi Sanitari di origine negoziale è stata prevista una riserva del 20% sul totale delle erogazioni da destinare a prestazioni socio-assistenziali per la non autosufficienza e per l'odontoiatria, per i Fondi aperti alla generalità dei cittadini (al di fuori di un accordo contrattuale) le prestazioni devono invece essere al 100% integrative del SSN, per poter garantire l'analogo beneficio fiscale della deducibilità dal reddito dei contributi (fino a € 3.615,00).

Riteniamo che resistenze legate a timori di tipo ideologico (premiare fiscalmente gli aderenti a Fondi Integrativi che potenzialmente possono favorire una duplicazione della spesa sanitaria) e ragioni prevalentemente finanziarie (riduzione del gettito fiscale con l'incremento della deducibilità a tutti i Fondi negoziali e aperti) di fatto hanno reso finora impossibile l'equiparazione tra le due tipologie di Fondi.

La risoluzione dell' Agenzia delle Entrate nazionale del dicembre 2014, successiva a quella della Direzione Regionale Piemonte, pur segnalando la necessità di evitare una disparità di trattamento fiscale tra i lavoratori dipendenti aderenti ad un Fondo sanitario di origine negoziale ed i lavoratori autonomi, i pensionati, le casalinghe, ecc., che volessero aderire ad un Fondo aperto, ha ribadito che tale ultima tipologia di Fondo deve essere totalmente integrativo rispetto alle prestazioni del SSN: cioè un Fondo istituito ai sensi dell' art. 9 del D.Lgs 502/92.

L'attuale situazione delle coperture sanitarie integrative:

Tre modalità di copertura	Vantaggio fiscale
<p>Fondi sanitari integrativi del SSN "aperti" (art 9 del DLgs 502/92): Prestazioni erogabili solo integrative al SSN: ALP <i>intramoenia</i>, ticket, cure termali, cure non convenzionali, assistenza socio sanitaria, assistenza odontoiatrica.</p>	<p>I Contributi hanno la deducibilità dal reddito solo se erogano al 100% prestazioni integrative. Riferimento: art 10, lett e-ter) Tuir.</p>
<p>Fondi negoziali (art 51 Tuir): solo per lavoratori dipendenti Prestazioni erogabili: tutte le tipologie, ma devono dedicare almeno il 20% delle prestazioni erogate a due aree integrative (Odontoiatria e Non Autosufficienza).</p>	<p>I Contributi hanno la deducibilità dal reddito se viene raggiunta la soglia del 20% di prestazioni vincolate. Riferimento: art 51, co 2, lett a) Tuir.</p>
<p>Coperture ad adesione volontaria di Società Mutuo Soccorso: in base al principio della "porta aperta" offrono una molteplicità di prestazioni integrative: <i>complementari, supplementari e duplicative</i>, consentendo all'associato piena libertà di scelta, no diritto di recesso e assistenza per tutta la vita.</p>	<p>I Contributi sono detraibili dalle imposte per il 19% fino a € 1.291,14. Riferimento: art 15, co 1, lett i- bis) Tuir.</p>

Flessibilità

Le Mutue Sanitarie Integrative operanti attualmente in Italia e che per la gran parte aderiscono alla Fimiv (Federazione Italiana della Mutualità) sono espressione di diverse categorie sociali. Pur derivanti ciascuna da gruppi di lavoratori dipendenti o autonomi discretamente caratterizzati, almeno nel passato, oggi presentano modelli di copertura sanitaria che pur conformandosi alla filosofia identitaria del Mutuo Soccorso e della reciproca solidarietà, offrono risposte a esigenze molto diversificate di sanità integrativa.



Sono in grado di offrire risposte flessibili sia per le adesioni volontarie dei singoli e dei loro nuclei familiari, sia per collettività di dipendenti aziendali. Anche in questo ambito le coperture spaziano da quelle rivolte a lavoratori di cooperative nei settori sociale, multiservizi, logistica, trasporti sia a dipendenti con profilo impiegatizio di aziende manifatturiere o del terziario e della Pubblica Amministrazione, sia per Quadri o Dirigenti.

Le Mutue Sanitarie Integrative hanno pertanto una visione plurale e non corporativa, ma non hanno perso quel punto di osservazione privilegiato derivante dall'essere "nate dal basso", come espressione della volontà di gruppi di cittadini e di lavoratori di associarsi per usufruire dei vantaggi dello stare insieme e dalla costruzione di una rete di reciproca solidarietà.

Oltre alla dimensione della soddisfazione del singolo c'è quella della collettività associata e sussidiariamente di tutta la società.

La natura **Non Profit** delle organizzazioni mutualistiche consente di privilegiare l'aspetto della efficienza gestionale **non per produrre un lucro** da dividere con gli azionisti, ma nel **fare ottenere ad ogni Socio ed assistito il massimo vantaggio di una tutela sanitaria integrativa di qualità con il costo più contenuto possibile.**

Chi sono gli attori nel mercato della sanità integrativa

Quando si parla di salute, il termine "mercato" può indubbiamente far arricciare il naso, ma non possiamo sottovalutare come, attualmente, tutto sia sottoposto alla legge della domanda e dell'offerta.

Nelle assemblee delle Mutue, le possibili prestazioni sanitarie cui dedicare maggiore attenzione sono oggetto di valutazione da parte dei Soci. Così, oggi, un cittadino che intende compiere la scelta di attivare una copertura sanitaria integrativa deve selezionare le varie offerte che il mercato propone e sceglierà in base al rapporto costo/beneficio, alla fiducia e alla relazione che può avere nei confronti dell'intermediario, in base alle sue conoscenze e capacità di districarsi tra le varie offerte e proposte che gli esperti del marketing e dell'advertising sapranno presentare come la migliore o la più convincente.

Attualmente i principali player della sanità integrativa sono le **Compagnie di Assicurazione**. In particolare, quelle nate negli ultimi anni con una specializzazione specifica nelle polizze sanitarie e che hanno fortemente sviluppato il settore delle coperture collettive aziendali, che godono appunto di una fiscalità fortemente agevolata, pensata per i fondi sanitari di categoria dirigenziali (€ 3.615,00 il tetto) e che si è sviluppata anche grazie al coinvolgimento del Sindacato dei lavoratori. Nella grande maggioranza dei contratti collettivi di lavoro (CCNL) è stata inserita la previsione di una contribuzione a favore di una copertura integrativa sanitaria, spesso prevedendo l'istituzione di un apposito Fondo.

Vi sono poi i **Fondi sanitari di categoria** o le **Casse aziendali**, in molti casi autogestiti, che però sono "chiusi", cioè circoscritti ad una determinata categoria di lavoratori o di dipendenti aziendali.

Ci sono infine le **Mutue Sanitarie**, che svolgono appunto un doppio ruolo: ad esse, infatti, possono aderire volontariamente i singoli cittadini e il loro nucleo familiare e in questo caso adottano il principio della porta aperta. Oppure, se iscritte all' apposita Anagrafe, possono istituire un Fondo Sanitario o essere gestori di Fondi sanitari rivolti ai lavoratori dipendenti ex art 51 TUIR.

Le Mutue, ai sensi dell'art. 9 del D.lgs 502/92, potrebbero anche istituire Fondi Sanitari esclusivamente integrativi, ma di fatto tale tipologia di Fondi non è mai decollata. Infatti i cittadini preferiscono avere un vantaggio fiscale minore, ma poter contare su una pluralità di prestazioni, anche complementari e duplicative del SSN, specie quando il SSN garantisce le prestazioni solo sulla carta, in quanto la fruizione può essere molto dilazionata nel tempo, non garantendo la tempestività della diagnosi o una risposta rapida ad un sospetto di patologia.

La normativa sui Fondi integrativi del SSN ha investito espressamente le Società di mutuo soccorso della funzione di fonte istitutiva o di soggetto gestore dei Fondi Sanitari (o negoziali di cui all' art 51 TUIR o integrativi di cui all' art 9 D.Lgs 502/92).

No a politiche di selezione dei rischi



Con il dibattito e le relazioni accompagnatorie dei decreti di riforma sanitaria, succedutisi dal 1992 al 2009, si è dato avvio alla Sanità integrativa, confermando la scelta che i Fondi sanitari "aperti" restino esclusivamente integrativi (pena la perdita del beneficio fiscale).

Sono state ribadite le varie fonti istitutive: CCNL, accordi aziendali, enti locali, deliberazioni di Società di Mutuo Soccorso (la forma giuridica propria delle Mutue Sanitarie), atti assunti da soggetti pubblici e privati, **a condizione che non adottino politiche di selezione dei rischi o**

discriminazioni nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

In sostanza, in tutte le evoluzioni dell'art. 9 del D.lgs. 502/92 dedicato ai Fondi sanitari integrativi del SSN, si ribadisce il divieto di adottare politiche di selezione dei rischi. Il fenomeno del *cream skimming* è invece normalmente praticato dalle polizze assicurative attraverso il diritto di recesso al verificarsi di un sinistro o la cessazione della copertura al raggiungimento di una certa età, proprio perché ritenuto non conveniente e profittevole assicurare persone malate ed anziane.

Nel corso di vari decenni (e di diversi orientamenti politici), il Legislatore ha sempre valutato le Società di mutuo soccorso quali organizzazioni che, proprio per la loro vocazione sociale di interesse generale nei confronti di tutti i cittadini e dei lavoratori, sono in grado di svolgere al meglio la loro funzione integrativa rispetto ad un bene così eticamente delicato quale è quello della salute che, **non è una merce** (dove è possibile realizzare commerci o profitti), ma un bene costituzionalmente garantito.

Principi mutualistici

- *Distintività del Mutuo Soccorso;*
- *Principio della porta aperta;*
- *Non adozione di politiche di discriminazione dei rischi (cream skimming) nei confronti di determinati soggetti;*
- *Partecipazione e gestione democratica;*
- *Rinuncia al diritto di recesso (neanche per età o eccessiva morbilità);*
- *Possibilità di garantire assistenza per tutta la vita del Socio;*

rappresentano gli elementi caratteristici e distintivi delle Società di mutuo soccorso che hanno fatto meritare l'importante riconoscimento della detrazione dalle imposte dei contributi ad esse versati dai Soci (art 15, lett i bis del Tuir).

Questa disposizione normativa trae la sua origine con il D.Lgs 460/97 relativa al riordino della disciplina fiscale degli enti non commerciali e delle onlus. Accanto alla detrazione fino a 4 milioni di Lire per le erogazioni liberali a favore delle ONLUS, è stata prevista la detrazione fino a 2.500.000 Lire (oggi 1.291,14 €) per i contributi associativi versati dai Soci alle Società di mutuo soccorso che operano esclusivamente nei settori di cui all'art 1 della legge di riferimento del Mutuo Soccorso (Legge 15 aprile 1886, n. 3818).

Coperture collettive per dipendenti aziendali

A parte qualche eccezione di alcuni Fondi categoria che garantiscono solidaristicamente la copertura sanitaria integrativa anche al lavoratore che va in quiescenza, la maggior parte dei Fondi e dei bandi per la copertura sanitaria è rivolta solo ai lavoratori attivi.

In questo caso, in partenza, c'è una sostanziale equiparazione tra la proposta assicurativa e quella mutualistica in quanto la copertura è garantita a tutti i dipendenti senza alcuna discriminazione rispetto alle eventuali patologie degli stessi.

Tuttavia la differenza è evidente al termine del periodo di attività lavorativa, in quanto l'iscritto ad un Fondo affidato in gestione ad una Compagnia assicurativa perde la possibilità di mantenere la copertura del Fondo stesso.



Al contrario, la Società di mutuo soccorso, anche quando il dipendente va in pensione, è in grado di mantenerlo associato e assistito **per tutta la vita**, non espellendolo da un sistema di tutele ed assistenza.

Questa, a nostro avviso, è la cartina di tornasole delle finalità assistenziali di un ente.

Potremmo dire che rappresenta **il valore aggiunto esclusivo delle Mutue Sanitarie**.

Se a parità di copertura sanitaria chiedessimo ad un lavoratore quale dei due sistemi preferirebbe, crediamo non avrebbe dubbi.

Enti con esclusiva finalità assistenziale



La normativa fiscale non è solo un elemento di dettaglio nel rendere più apprezzabile la scelta di una copertura sanitaria. Infatti costituisce generalmente la base dell'attivazione della copertura sanitaria, in quanto rappresenta un vantaggio fiscale decisivo per il datore di lavoro e rende indiscutibilmente preferibile la previsione di un contributo di assistenza sanitaria rispetto alla erogazione di un analogo importo quale aumento retributivo (10% di contributo di solidarietà contro una media del 34% di oneri sociali e fiscali). La normativa, come è noto, restringe il beneficio fiscale solo alla contribuzione a favore di Enti, Casse e Società di mutuo soccorso aventi

fine esclusivamente assistenziale.

Cosa si intende per ente con finalità assistenziale

La fonte normativa fiscale (art 48, ora art 51 del TUIR) fa riferimento alla deducibilità dei contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro e dal lavoratore "ad enti e casse aventi **esclusivamente fine assistenziale**" in conformità di accordi a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale.

L'istituzione di una quota di retribuzione da destinare all'assistenza sanitaria integrativa rientra dunque tra i benefici di welfare aziendale che hanno una funzione sociale collettiva. Caratteristica di queste coperture è infatti l'estensione a tutti i dipendenti, la non discriminazione o esclusione nei confronti di determinati soggetti per condizioni di salute o di età, e svolgono pertanto una funzione di utilità sociale rispetto ai lavoratori dipendenti con possibilità talvolta di estensione al nucleo familiare.

In particolare da ultimo i Decreti ministeriali 31 marzo 2008 (a firma Ministro On. Livia Turco) e 27 ottobre 2009 (a firma On. Maurizio Sacconi) **hanno esplicitamente richiamato Enti, Casse e Società di mutuo soccorso tra gli unici soggetti legittimati alla istituzione di Fondi sanitari integrativi rivolti a dipendenti aziendali (di cui all' art 51 TUIR).**

La previsione esplicita delle Società di Mutuo Soccorso non rappresenta una innovazione, in quanto tali organizzazioni, che sono regolate da una legge speciale e sono registrate presso le Camere di Commercio (CCIAA), da sempre ed in modo inequivoco sono riconosciute quali **Enti con finalità assistenziale**: non perseguono obiettivi di natura commerciale in quanto soggetti non profit ed hanno quale unica finalità quella assistenziale nei confronti dei propri aderenti.

I valori, che sono tipici del mutuo soccorso ad adesione volontaria, sono stati ritenuti fondamentali anche nelle coperture sanitarie integrative rivolte ai lavoratori dipendenti.

Il Legislatore ha previsto infatti una politica premiante sia per il datore di lavoro, sia per il lavoratore, che in conformità di contratto, accordo o regolamento aziendale (quindi con carattere generale o collettivo) versino i contributi di assistenza sanitaria a favore di enti o casse (e quindi Sms) con esclusivo fine assistenziale.

È quindi inequivocabile che sono solo questi gli Enti legittimati a garantire le coperture sanitarie collettive al fine di costruire quel secondo pilastro su cui ormai si regge il welfare sanitario.

Casse assicurative? La differenza tra profit e non profit

Attualmente si assiste al fenomeno per cui le coperture sanitarie integrative di tipo collettivo aziendale siano attivate - o tramite chiamata diretta o bando di gara obbligatorio per le pubbliche amministrazioni - attraverso Casse costituite come Associazioni non riconosciute, regolate dall'art. 36 e seguenti del c.c. senza personalità giuridica. Tali Enti alcune volte sono costituiti come Enti bilaterali, ma spesso sono strettamente collegati a Compagnie di assicurazione.

Le Casse create dalla Compagnia hanno una finalità assistenziale puramente formale, sulla carta, ma non sostanziale. Esse riversano infatti la quasi totalità delle risorse alla Compagnia stessa, che garantisce la copertura sanitaria attraverso una polizza sanitaria.

Invece le risorse versate ad una Cassa o Fondo a **gestione autonoma**, con esclusiva finalità assistenziale, restano a disposizione di future necessità degli assistiti, possono far fronte ad eventuali andamenti tecnici non equilibrati o possono essere utilizzate per migliorare la copertura.

La finalità assistenziale è quella che massimizza le risorse a vantaggio dell'assistito e non si pone in una logica di svolgere una attività di servizio assicurativo che ha una finalità di profitto imprenditoriale.

Non potrà sfuggire che se la Cassa assistenziale o la Società di mutuo soccorso sono costituite strumentalmente da un soggetto imprenditoriale che, se ha finalità di profitto non potrà che riprodurre gli stessi meccanismi.



Le Società di mutuo soccorso si differenziano dalle Compagnie di assicurazione in quanto non hanno finalità commerciale e non esercitano attività imprenditoriale finalizzata al profitto.

Le Società di mutuo soccorso hanno finalità assistenziali e si basano sul regime della ripartizione tra contributi e prestazioni, secondo il principio mutualistico e non esercitano mai diritto di recesso nei confronti dei propri assistiti. L'assenza di scopo di lucro consente di fornire servizi a costi più contenuti rispetto a quelli dei soggetti profit.

Inoltre, le Mutue consentono ai lavoratori di restare assistiti anche quando vanno in pensione e non possono più fruire della copertura collettiva aziendale.

La natura non profit non è solo una scelta etica ispirata ad un paradigma valoriale, che riporta al Mutuo Soccorso e alla cooperazione tra le persone, ma è una modalità organizzativa che si traduce in vantaggi competitivi davvero eccezionali, tra cui spicca **la possibilità di garantire assistenza a vita intera per l'iscritto.**

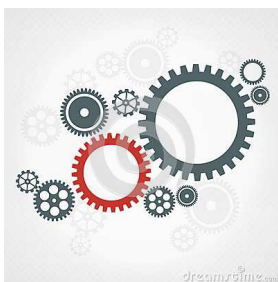
La maggioranza dei soggetti profit, invece, evita l'assistenza alle persone anziane, in quanto la fase della vecchiaia comporta maggiori costi per malattia che erodono e compromettono i margini di profitto che stanno alla base della loro *mission* imprenditoriale.

Un ponte tra Fondi negoziali e Soci delle Mutue

Le Mutue intendono gettare un ponte tra Fondi chiusi negoziali e Fondi aperti alla generalità dei cittadini, per realizzare un processo di integrazione sanitaria che tuteli sufficientemente da un punto di vista sociale, **favorendo la partecipazione responsabile**, la **non esclusione** quando cessa il rapporto di lavoro, l'assenza di lucro, e promuovendo una **solidarietà** intercategoriale e **intergenerazionale** fra gli aderenti alla Mutua.



Con una capacità di astrazione e lungimiranza, dobbiamo pensare che oltre ad essere lavoratori, impiegati, dirigenti, professionisti tutelati da accordi collettivi negoziali e difendere piccoli o grandi privilegi immediati, siamo persone. Tutti nasciamo, cresciamo, otteniamo tutele e sicurezze ma tutti ineluttabilmente invecchiamo e ci ammaliamo. Le Mutue sono in grado di rappresentare un fattore comune tra tutte queste istanze e bisogni, favorendo percorsi virtuosi indirizzati ad una omogeneizzazione della previdenza in ambito socio-sanitario.



Disinteressarsi delle istanze delle persone anziane è come disinteressarsi di noi stessi quando invecchieremo e ci ammaliamo. Costruire al contrario una rete di solidarietà basata sulle relazioni di fiducia e di volontà di aiuto reciproco non soddisfa solo i bisogni individuali dei singoli *hic et nunc*, ma genera processi virtuosi in tutta la compagine societaria e anche all'esterno della Mutua.

Tanti welfare integrativi fanno da volano al grande welfare pubblico che arranca.

I valori del Mutuo Soccorso immessi nel welfare aziendale sono generativi di un miglioramento complessivo del benessere di tutta la comunità.

Garanzia, professionalità, patrimonializzazione

La dicotomia tra profit e non profit

Una vecchia fotografia, ormai ingiallita e fuori fuoco, vedeva solo i soggetti imprenditoriali profit come gli unici dotati di competenze, professionalità e specializzazione, capaci di offrire garanzie e tutele alla platea dei consumatori in quanto sottoposti a vigilanza, al contrario di quelli mutualistici, sorti spontaneamente dal basso senza finalità lucrative, dotati solo di belle intenzioni ma non in grado di soddisfare standard di sicurezza ai propri soci, con gestioni poco trasparenti e assenza di controlli e vigilanza.

Le SMS costituite e registrate ai sensi della Legge 3818/1886 hanno personalità giuridica di diritto e pertanto rispondono delle obbligazioni assunte con il proprio patrimonio sollevando i singoli associati da ogni responsabilità personale.



La Fimiv (Federazione Italia della Mutualità) dopo diversi decenni è riuscita ad ottenere l'aggiornamento della Legge 3818/1886, che tuttora regola l'attività delle SMS, con gli emendamenti contenuti nell'articolo 23 del D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 (convertito dalla legge 221 del 17 dicembre 2012). Ciò ha consentito alle SMS "registrate", in quanto assoggettate alla L. 3818, di poter operare con certezza di diritto.

Il provvedimento, in estrema sintesi:

- "modernizza" le modalità di costituzione della Società di mutuo soccorso;
- accentua gli aspetti della pubblicità legale, prevedendo che le SMS siano iscritte presso il Registro delle imprese delle Camere di commercio (in una apposita sezione speciale all'interno di quella delle Imprese Sociali), con il relativo deposito del rendiconto annuale e della relazione sociale;
- attiva l'iscrizione delle Società di mutuo soccorso in una apposita sezione nell'**Albo nazionale** delle società cooperative istituito presso il Ministero dello Sviluppo economico;
- ha aggiornato gli **ambiti di attività** previsti dagli articoli 1 e 2 della legge 3818, con un importante passaggio che riguarda la possibilità di svolgere le attività previste anche attraverso l'istituzione o la gestione dei fondi sanitari negoziali o integrativi;
- prevede l'istituzione di un sistema di **Vigilanza** effettuato dal Ministero dello Sviluppo Economico o dalle Centrali cooperative di appartenenza.

E' prevista inoltre anche l'attivazione di una ulteriore vigilanza da parte dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi, istituita presso il Ministero della Salute.

Da sempre, quindi, le Mutue Sanitarie aventi la forma giuridica di Società di mutuo soccorso:

- rendono pubblici i loro bilanci (rendiconti economici), che devono essere approvati dall'Assemblea dei Soci;
- sono gestite con i criteri di massima prudenza e diligenza;
- operano da svariate decine di anni (alcune fin dalla fine del 1800) e, non avendo fini di lucro, redistribuiscono gran parte delle risorse raccolte a favore degli associati assistiti, patrimonializzando eventuali avanzi a fondi di riserva indivisibile, a garanzia dei Soci presenti e futuri.

Le ulteriori procedure adottate, infine, garantiscono una totale capacità di verificare la buona gestione e totale affidabilità delle stesse con la possibilità di sanzionare quelle Mutue che non rispettano tali standard o che non si attengono ai principi mutualistici.



Le Società di mutuo soccorso che operano tradizionalmente nell'ambito dell'assistenza sanitaria integrativa, grazie all'esperienza maturata da decenni che ha permesso di accantonare Fondi di riserva, dispongono di Riserve patrimoniali che possono offrire massima garanzia di solvibilità e affidabilità patrimoniale ai committenti e consentono di poter gestire con assoluta sicurezza coperture collettive per Aziende ed Enti di medie dimensioni.

Bandi di gara: libertà di concorrenza

Come evidenziato, le Mutue SMS sono soggetti pienamente legittimati a istituire, gestire e garantire le coperture e le tutele sanitarie integrative.

Appare quindi paradossale, come si evince dal recente *Position Paper* dell'ANIA (Associazione delle Imprese assicurative), che non possano partecipare ai bandi o alle gare e che, nel rispetto della pluralità e della libertà di concorrenza, possano offrire coperture a dipendenti di enti o aziende.

In tal senso si esprime anche una recente sentenza del **Consiglio di Stato**, che ha dichiarato illegittima l'esclusione di una Mutua da un bando di gara, determinata dalla circostanza che non era una Compagnia assicuratrice, dichiarandola al contrario vincitrice in quanto aveva presentato le migliori condizioni. Per contro, appare discutibile che possano partecipare con la dicitura di "Ente con finalità assistenziali" Casse create ad hoc da soggetti profit e, più di recente, anche Società di mutuo soccorso promosse strumentalmente.

Riteniamo necessario difendere il principio della libertà di concorrenza. Saranno le Aziende o le Pubbliche amministrazioni a selezionare il Fondo, la Mutua, o la Cassa che avrà i requisiti più adatti o fornire maggiori garanzie. Spesso i bandi sono indirizzati a soggetti profit e infatti richiedono parametri abnormi nei requisiti, che danno luogo a punteggi slegati dal reale valore della copertura.

Auspichiamo pertanto maggiore trasparenza e obiettività, senza escludere la possibilità per i bandi relativi ad Aziende o PA di maggiori dimensioni, che una Mutua possa partecipare attraverso una sinergia (contratto di avvalimento) con una Compagnia di assicurazione.

Tuttavia, come le Mutue non si permettono di svolgere attività assicurativa, i soggetti profit dovrebbero astenersi di dare vita a Casse o a Società di Mutuo Soccorso strumentali per trasformare l'attività assicurativa in assistenziale e i premi delle polizze in contributi associativi a SMS (fiscalmente detraibili).

La libertà di scelta è stata peraltro sancita dalla Circolare del Ministero Lavoro e Politiche Sociali (Welfare) del 15.12.2010, a firma Ministro Sacconi, in cui si ribadisce la non obbligatorietà di adesione al Fondo Sanitario bilaterale di categoria previsto dai CCNL, ma la possibilità da parte del datore di lavoro di adempiere scegliendo anche un Fondo diverso a condizione che garantisca una copertura analoga e non inferiore ai lavoratori.

Codice Identitario del Mutuo Soccorso e lotta alle Mutue spurie

Il fenomeno delle Mutue irregolari sta crescendo, per cui le Mutue sanitarie Fimiv hanno ritenuto di dover approvare un **Codice Identitario**, distintivo dell'attività delle Società di mutuo soccorso autogestite, prendendo le distanze dalla indebita invasione di campo da parte di Mutue che non possiamo non definire spurie, capaci di distorcere la percezione dei cittadini.

MANIFESTO DELLA "DISTINTIVITÀ SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO"

1. NATURA NON PROFIT

Le Società di mutuo soccorso non perseguono scopo di lucro da dividere tra i soci, né tantomeno tra gli amministratori. Può essere invece previsto un margine mutualistico per far fronte ad eventuali maggiori oneri futuri (prudenza e previdenza gestionale) e per patrimonializzare la Mutua in maniera da consolidare un fondo riserve da tramandare alle generazioni future.

2. PRINCIPIO DELLA PORTA APERTA

Non devono essere attuate politiche di discriminazione delle persone assistite per motivazioni soggettive e individuali. Possono invece essere applicate delle regole generali ed astratte per garantire la sostenibilità della gestione mutualistica (quali ad es. il limite di età di ingresso per la prima iscrizione, l'eventuale esclusione parziale o totale della copertura di patologie preesistenti che possano dare luogo a spese sanitarie particolarmente onerose o favorire adesioni opportunistiche alla SMS).

3. ASSISTENZA PER TUTTA LA VITA

La SMS non può mai esercitare il diritto di recedere dal rapporto associativo o negare l'assistenza ai propri assistiti quando diventano anziani o malati anche in forma cronica o senza possibilità di recupero, o prevedere aumenti contributivi *ad personam* (secondo il principio assicurativo *bonus/malus*) che di fatto rappresentano una forma mascherata di recesso.

La *mission* di una Società di mutuo soccorso è infatti quella di garantire assistenza ai propri assistiti per tutta la durata della loro vita. Le SMS che prevedono un limite di età per usufruire dell'assistenza socio-sanitaria non interpretano lo spirito della mutualità. Ovviamente vanno individuati contrappesi gestionali per garantire la sostenibilità nel tempo.

4. GESTIONE AUTONOMA E NON DELEGATA A SOGGETTO/IMPRESA PROFIT

È indispensabile che la SMS, attraverso i propri Organismi dirigenti (Assemblea dei Soci, Consiglio di Amministrazione), elabori le coperture e le prestazioni socio sanitarie da erogare e la misura dei contributi necessari a garantirle. Analogamente è necessario che mantenga il rapporto diretto con i propri associati/assistiti sia nella raccolta contributiva, sia nell'erogazione delle prestazioni, sia in forma indiretta/rimborsuale, oppure in forma diretta attraverso la rete delle strutture socio-sanitarie convenzionate. L'eventuale ricorso a servizi offerti da soggetti profit (società di servizio, imprese di assicurazione) deve essere solo strumentale e sussidiario alla gestione mutualistica che deve restare una funzione autonoma e sovrana della SMS.



5. MUTUALITÀ MEDIATA SOLO CON ALTRA SMS

Qualora una SMS (di nuova costituzione o comunque non ancora sufficientemente strutturata) non sia in grado di attivare una gestione mutualistica autonoma, può avvalersi dell'istituto della mutualità mediata, da attivarsi con altra SMS. In questo caso, una SMS può diventare socia di una SMS di maggiore dimensione o esperienza e ottenere da questa tanto il know how su coperture e prestazioni socio-sanitarie da offrire ai propri soci, tanto la garanzia delle prestazioni e coperture direttamente ai propri assistiti.

6. PARTECIPAZIONE ASSISTITI

Deve essere prevista la partecipazione dei soci alle scelte strategiche della SMS, anche attraverso il criterio della rappresentanza. Gli iscritti tramite convenzione collettiva aziendale eventualmente inseriti nei fondi sanitari interni alle SMS, le altre SMS e gli altri Fondi che divenuti soci della SMS devono poter partecipare alla vita sociale della Società, attraverso i loro delegati, secondo le regole della mutualità mediata.

7. NO ALLA ETERODIREZIONE E CONTRASTO ALLE MUTUE SPURIE

Al di fuori dell'ipotesi della mutualità mediata con altra SMS, una SMS non deve essere un mero strumento utilizzato o creato da soggetti profit per ottenere benefici fiscali o vantare di perseguire finalità d'interesse generale sulla base del principio costituzionale di sussidiarietà.

Una SMS non deve prestarsi a svolgere in forma mascherata attività commerciale di promozione di prodotti assicurativi.

Conclusioni

- Le Mutue sanitarie Fimiv intendono mantenere la detrazione fiscale dei contributi versati alle vere Società di mutuo soccorso, che perseguono finalità assistenziali e non sono strumenti elusivi eterodiretti da parte di soggetti profit.
- Confermano il ruolo integrativo, sussidiario e collaborativo rispetto al welfare pubblico e sono sempre pronte a dialogare con le politiche sanitarie nazionali.
- Sono per il mantenimento della distinzione tra le due tipologie di Fondi sanitari integrativi: Fondi negoziali ex art. 51 Tuir e Fondi integrativi del SSN ex art. 9, DLgs 502/92. Sugeriscono tuttavia per questi ultimi di ridurre almeno al 50% le prestazioni integrative, comprendendo tra queste anche quelle complementari, al fine di incentivare lo sviluppo di Fondi Sanitari integrativi aperti a tutte le categorie di cittadini.
- Intendono proporsi alla società civile sintonizzandosi con le esigenze dell'universalismo sanitario pubblico e con quelle dei cittadini, che vedono sempre più ostacolata la possibilità di accesso alle cure e sono spinti a ricorrere al mercato privato.
- Il sistema mutualistico vuole proporre il proprio modello virtuoso basato sulla responsabilità, la solidarietà e la relazione di fiducia ad una platea sempre più ampia, realizzando una sinergia tra coperture rivolte a dipendenti aziendali e quelle aperte a tutti cittadini.

***Sempre più e sempre meglio
ci stiamo riuscendo***

