

# DASBI

---

## *Delegazione Autonoma Sinfub Banca d'Italia*

### **Perché la trattativa sulla polizza sanitaria non sta prendendo una buona piega**

L'attuale copertura sanitaria è insoddisfacente anche perché le risorse finanziarie disponibili non sono adeguate. L'avanzo economico che si registra nel segmento dei dipendenti in servizio è controbilanciato dal disavanzo in quello dei dipendenti in quiescenza.

Nella prima fase della trattativa l'Amministrazione ha fatto proposte per ampliare l'ammontare di risorse da dedicare alla polizza sanitaria.

Al contempo, non vi sono state valide proposte per migliorare la qualità della copertura.

Lo sviluppo della trattativa ha peggiorato il quadro. Oggi, non si intravedono miglioramenti qualitativi; è peggiorata la situazione dal punto di vista dell'equità intergenerazionale.

La polizza, infatti, accanto alle prestazioni sanitarie, determina anche effetti redistributivi. Quelli attuali sono però bizzarri: vanno dai più giovani agli anziani, dai bassi redditi a quelli più elevati.

Vi sono i margini per introdurre in tempi brevi almeno alcuni dei miglioramenti attesi. Sono necessarie due condizioni: 1) che l'Amministrazione si renda disponibile a destinare risorse adeguate; 2) che la trattativa cessi di essere sotto il controllo delle rappresentanze unificate dei pensionati.

\* \* \*

Le prestazioni offerte nell'ambito dell'attuale polizza sanitaria sono giudicate in misura poco soddisfacente da moltissimi colleghi. Sono ben note le lungaggini, le contestazioni spesso pretestuose alle richieste di rimborso o la difficoltà di una costruttiva interlocuzione con l'assicurazione. Si tratta di aspetti che solo in minima parte sono colti dai dati ufficiali sui reclami perché a fronte della mancanza di pro attività da parte dell'Amministrazione a sostegno delle istanze dei colleghi (aspetto in se abbastanza surreale), assai di frequente questa non è nemmeno informata dei disservizi.

Alla base di tale insoddisfacente situazione vi sono anche ragioni di natura finanziaria. I dati presentati dall'Amministrazione all'apertura della trattativa evidenziano un marcato disavanzo del segmento collegato ai pensionati (rimborsi superiori ai premi) a fronte di un avanzo per il comparto dei dipendenti in servizio (premi superiori ai rimborsi). La ricerca di un adeguato saggio di profitto, in presenza delle tensioni finanziarie sopra evidenziate, spinge l'assicurazione a erigere quante più barriere procedurali possibili alle richieste di rimborso, in modo da bocciarne alcune e scoraggiarne altre.

Per porre rimedio a questo stato di cose l'Amministrazione ha avviato il confronto proponendo misure in grado di accrescere il flusso di risorse finanziarie destinato alla polizza sanitaria in 3 direttrici:

1. Sul versante dei dipendenti in servizio, **accorpare la versione base della polizza con quella plus** e chiamando quindi 1.587 colleghi (gli attuali non iscritti alla sezione plus) a condividere il costo della copertura complessiva;
2. Sul versante dei dipendenti in quiescenza, prevedendo l'adesione automatica alla polizza e facendo quindi **venir meno la possibilità di monetizzare il contributo sanitario**;
3. In maniera trasversale, facendo confluire il **check-up tra le prestazioni offerte** nella cornice della polizza sanitaria.

**L'intervento sul check-up** (cfr. punto 3) avrebbe contribuito concretamente ad accrescere le risorse disponibili per l'assistenza sanitaria solo se fosse stato riversato sulla polizza l'intero budget allocato dalla Banca a far fronte alle spese per tutti i possibili controlli, effettuati negli ultimi tempi però solo dal 44 per cento degli aventi diritto.

Purtroppo, il confronto tra l'incremento della base d'asta ipotizzata dall'Amministrazione e il costo medio del check-up ha fatto sorgere il dubbio che anziché arricchire davvero la base di risorse disponibili per la polizza, l'intervento fosse destinato a far emergere risparmi per l'Amministrazione (in termini sia di risorse finanziarie, sia di oneri amministrativi) che contestualmente avrebbe trasferito il rischio di un più assiduo accesso ai check-up all'azienda assicuratrice.

Questo è un tipico esempio di **specchietto per le allodole**. Infatti le clausole che consentono di accedere a prestazioni sulla base di una semplice decisione in tal senso da parte dell'assicurato (prestazioni *a rubinetto*) determinano un costo pressoché certo in capo all'assicuratore che o viene appositamente coperto dalla Banca o si traduce in una serie di barriere all'effettivo esercizio del diritto. Così si spiega il *flop* delle **cure dentarie** nella polizza in corso di vigenza: dapprima ci si è fatti pubblicità con l'inserimento della prestazione, poi si è tentato di far quadrare i conti riducendo all'osso i punti di accesso al servizio presenti sul territorio. Le prestazioni sanitarie sono servizi non standardizzati in cui è determinante il rapporto di fiducia col medico: ogni qual volta non vi è la possibilità di scegliere un particolare professionista il grado di soddisfazione dell'assistito non può che ridursi.

Sul versante dei **dipendenti in quiescenza**, come detto, era prevista l'adesione automatica alla polizza, facendo così **venir meno la possibilità di monetizzare** il contributo sanitario (cfr. punto 1). Il contributo sanitario, giova ricordarlo, fu introdotto nei primi anni 2000 per ovviare agli effetti dell'abolizione, ope legis, della c.d. clausola oro, clausola che prevedeva l'indicizzazione delle pensioni alla dinamica delle retribuzioni dei dipendenti in servizio. Già in altre occasioni (cfr. [documento dicembre 2014](#)) abbiamo sottolineato come l'autonomia della Banca sia stata opportunamente utilizzata su questo versante, ma ci tocca al contempo sottolineare come la stessa sensibilità e prontezza di riflessi non sia stata però utilizzata in altre circostanze. Il settore della previdenza dei post'93 è a suo modo una miniera di occasioni perdute, ossia di esempi in cui alle generazioni più giovani è stato riservato un trattamento meno soddisfacente di quanto possibile ed equamente ammissibile. Se quindi la gestione del contributo sanitario rappresenta una tara strutturale del sistema aziendale di rapporti intergenerazionali, gli aspetti positivi dell'iniziale proposta della Banca erano almeno due.

In primo luogo, non consentire di monetizzare il contributo elimina il rischio di **azzardo morale**. L'individuo ha le informazioni migliori per valutare il proprio stato di salute. Quando ritiene minimi i rischi, preferisce monetizzare il contributo. Quando invece i rischi sono stimati al rialzo, ci si assicura, ponendo a carico del gruppo i propri rischi individuali. Si tratta di uno schema bislacco che consente di privatizzare i benefici e socializzare le perdite.

In secondo luogo, la non possibilità di monetizzare il contributo avrebbe accomunato gli **interessi dei vari gruppi** all'interno della trattativa sulla polizza sanitaria. Oggi invece, quando i rappresentanti dei dipendenti in servizio parlano di polizza, pensano a trattamenti sanitari, alla loro qualità, alla facilità di accesso, non pensano al "valore del premio" per loro non monetizzabile. Quando invece di polizza sanitaria parlano i rappresentanti dei dipendenti in quiescenza vi è anche una dimensione economica scollegata dalle prestazioni sanitarie. Questa ambivalenza non favorisce lo sviluppo costruttivo della trattativa. Questo spiega perché l'entità del contributo formalmente a fronte dei dipendenti in servizio (segmento già in avanzo, come sopra ricordato) è stato dalla Banca rivisto al rialzo. Se si fosse invece

rivisto al rialzo il contributo per i colleghi in quiescenza si sarebbe probabilmente sortito, in assenza di un divieto di monetizzazione, un effetto opposto a quello desiderato di aumentare la contribuzione complessiva, inducendo cioè una quota maggiore di beneficiari a monetizzare il contributo anziché aderire alla polizza.

Le tre direttrici d'intervento inizialmente delineate miravano al giusto obiettivo di ampliare le risorse destinate alla polizza, anche se **solo attraverso un maggiore sfruttamento del margine estensivo**. Si sarebbero fatte rientrare sotto l'ombrello della polizza nuovi gruppi (i dipendenti in servizio che non aderivano alla sezione plus e quelli in quiescenza che non aderivano alla polizza) o nuove prestazioni (il check-up). Per non disperdere l'effetto positivo di maggiori risorse a disposizione è poi fondamentale evitare che il confronto tra i partecipanti alla gara abbia luogo principalmente sul prezzo. Questo obiettivo può essere perseguito attribuendo un punteggio preponderante agli aspetti qualitativi rispetto alle condizioni economiche. Aspetto condiviso anche dall'Amministrazione, rispetto al quale però non abbiamo ottenuto indicazioni di maggior dettaglio che consentano di considerarlo acquisito.

**Fin dall'inizio però non si è investito adeguatamente sulla tipologia di prestazioni garantite**, l'unico aspetto rilevante per determinare la soddisfazione degli assicurati. Le migliorie proposte o erano di portata limitata o erano di carattere soltanto nominale, limitandosi a esplicitare delle prestazioni (es.: radiologia odontoiatrica) che pure dovevano essere già ricomprese nelle prestazioni garantite dall'attuale assetto.

Questi **elementi sono sufficienti a tratteggiare un giudizio assai critico** sull'impostazione data alla prima parte di questo round di trattative. Per l'ampia maggioranza dei colleghi in servizio non si delineano miglioramenti significativi nell'assetto della polizza sanitaria. Per una parte di questi (i circa 1.500 colleghi che oggi non aderiscono alla sezione plus), addirittura, si delinea un peggioramento netto che può essere letto o in termini di aggravio dei costi, o in termini di una minore libertà di scelta.

**La trattativa è riuscita a nostro avviso a peggiorare un quadro già inizialmente non roseo**. L'idea di ricomprendere il modulo del check-up è stata la prima ad essere abbandonata. Poco dopo si è riproposta a tutto tondo l'opzione di una monetizzazione del contributo sanitario, con gli effetti discorsivi sopra illustrati.

Nella bozza di accordo che l'Amministrazione ha trasmesso lo scorso 24 aprile alle organizzazioni sindacali è inoltre **venuto meno il contributo di 20 euro per ogni figlio a carico** che era riconosciuto per gli aderenti alla sezione plus. Visto che questa sezione viene ora riassorbita nella versione base, non scorgiamo ragioni affinché questo contributo possa essere cancellato. Vista la chiara e rilevante valenza sociale di questo elemento, ci saremmo invero aspettati un suo rafforzamento.

Tuttavia la valenza di questa componente corre il rischio di essere sottovalutata se non si prendono in considerazione gli elementi strutturali dell'attuale polizza sanitaria. La polizza, infatti, contiene **schemi redistributivi** che oggi come già nel 2011 ci paiono bizzarri (cfr. [documento marzo 2011](#)). Lo schema finora in vigore, e che probabilmente non sarà modificato in misura significativa anche in questa occasione, prevede infatti una redistribuzione di risorse dai più giovani ai più anziani (sulla base dei meccanismi descritti poco sopra) e, in base al premio che non varia al variare del reddito, una sorta di redistribuzione dai redditi più bassi ai redditi più elevati. Anche per ridurre gli effetti distorsivi di questi elementi era stato introdotto il contributo per i figli a carico.

Ci pare quindi evidente che al di là di una trattativa che procede stancamente e a prescindere dai tentativi retorici di evidenziare acquisizioni fantasmagoriche che tali potrebbero apparire solo sotto la lente di un potente microscopio, quello che emerge è una stasi preoccupante sul versante qualitativo e un arretramento su quello dell'equità intergenerazionale.

Non è probabile che la fase di gara faccia emergere riduzioni di prezzo significative. Allo stesso tempo non è sensato sperare in una riduzione del premio per poter tratteggiare un bilancio in qualche misura positivo per la polizza in discussione. Una copertura scadente non vale infatti a giustificare una riduzione di poche decine di euro del premio a carico dei dipendenti.

**Cosa fare per aggiustare la rotta.** – È difficile immaginare che quel che non si è fatto finora nell'arco di numerosi incontri possa essere fatto senza problemi in capo a pochi giorni. Tuttavia è necessario introdurre delle modifiche per non dover ammettere di trovarsi di fronte all'ennesima occasione sciupata.

È necessario a questo punto interrogarsi sul mantenimento di una medesima cornice per l'assicurazione dei dipendenti in servizio e di quelli in quiescenza, rispetto all'obiettivo di un significativo miglioramento della qualità delle prestazioni garantite.

Il contributo per i figli a carico, che abbiamo visto giocare una pluralità di ruoli, va mantenuto e rafforzato nell'entità.

Oltre alla cura del margine estensivo (o di quel che ne resta), va reso concreto e visibile il miglioramento sul novero delle prestazioni e sulla loro qualità, anche in termini di facilità di accesso.

Andrebbe valutata la possibilità di consentire ai dipendenti di scegliere moduli aggiuntivi, anche con una parziale contribuzione a loro carico, per arricchire il complesso delle coperture.

Infine, il contributo individuale andrebbe aggiustato per tener conto della situazione familiare complessiva. Da questo punto di vista potrebbe proficuamente essere utilizzato l'Isee.

Il Consiglio direttivo

Roma, 16 maggio 2017