

Milano, 17 marzo 2021

Egregio Dott.

Claudio Angelo Graziano

Presidente CDA del Fondo Sanitario Integrativo Gruppo ISP

Come Consiglieri elettivi riteniamo di dover porre l'attenzione su alcuni nuovi argomenti e di dover specificare meglio alcune tematiche che sono state affrontate nell'ultimo CDA, aggiungendo anche ulteriori considerazioni e richiedendo maggiori dettagli, al fine di una sempre più profonda conoscenza dei processi in corso e in un'ottica di costante miglioramento degli stessi.

In particolare per quanto riguarda **le convenzioni**, materia ritenuta strategica, sottolineiamo ancora una volta l'importanza del lavoro svolto sino ad oggi riguardo l'analisi dei tariffari e l'ampliamento della rete convenzionata direttamente in capo al Fondo. Nel ricordare come tale attività sia di fatto ripresa, dopo una fase di stasi, dai primi mesi del 2020, riteniamo ora necessario - come già evidenziato nella nostra precedente lettera - normare un vero e proprio processo che partendo dal protocollo delle richieste pervenute preveda quindi un iter procedurale e temporale di gestione delle stesse.

Nel processo di convenzionamento riteniamo che debba essere stabilito un iter procedurale che serva sia per l'inclusione sia l'esclusione dei convenzionati dopo un periodo di non utilizzo della convenzione stessa o nel caso non ci siano i volumi per il suo mantenimento in essere.

Ribadiamo a tal fine la necessità di costituire una commissione ad hoc composta, oltre che dal personale tecnico e auditing, anche dal Presidente e dal Vicepresidente che si riunisca periodicamente e con continuità per analizzare e controllare l'andamento dell'attività del convenzionamento, anche al fine di un riporto di sintesi in seno al CDA.

Riteniamo che particolare attenzione debba essere posta nei casi in cui, su una medesima struttura, siano presenti sia la convenzione FSI che quella PMED. In questo caso chiediamo di avere ulteriori maggiori informazioni sui processi di controllo che garantiscono l'applicazione della "miglior tariffa" (come previsto nel contratto con il Service), ribadendo come, in questi casi, sia necessaria una verifica puntuale e sistematica della suddetta applicazione. A tal proposito riteniamo necessario che tali casistiche, unitamente ai tariffari PMED, siano oggetto di verifica e analisi nella sopra citata commissione. La predisposizione di format standard (informatizzazione del processo) per il convenzionamento delle diverse prestazioni compilabili in formato telematico che pervengano al Fondo tramite posta PEC con firma elettronica da parte della Struttura medica che intenda convenzionarsi con il Fondo potrebbe facilitare sia i vari Enti che vogliono candidarsi ad una fornitura di prestazioni agli aderenti del Fondo sia il lavoro della Commissione di cui sopra oltre a favorire una comparabilità e una verifica in tempo reale delle convenzioni stesse al fine di monitorare in tempo reale la situazione.

Altro tema di estrema importanza riguarda le procedure di **gestione delle anagrafiche e dei conguagli contabili**. Esprimiamo soddisfazione per la grande mole di lavoro sin qui svolta che ha portato, a partire dalla fine del precedente anno, al completamento di un gran numero di posizioni. La lunga durata di tale processo ci impone però di chiedere un ulteriore aggiornamento rispetto a quante siano le pratiche che all'attualità, pur essendo state approvate dall'Ufficio Anagrafe in quanto complete sotto l'aspetto documentale, si trovino ancora in attesa del relativo conguaglio contabile. Per questi casi corre obbligo anche chiedere un tempo certo per il relativo perfezionamento. In assenza di tempistica definita si renderebbe necessario valutare forme anche anticipate di rimborso per le posizioni a credito degli iscritti (salvo successivo conguaglio).

In ultima analisi ci preme sottolineare che ancora troppe posizioni interessate da richieste di esclusione di componenti del nucleo familiare o da pratiche di aggiornamento dei carichi fiscali, si vedano richiedere la presentazione del frontespizio delle dichiarazioni fiscali a decorrere dalla data di costituzione del Fondo, nonostante il processo di semplificazione introdotto a partire da ottobre 2020, che prevede la produzione della documentazione relativa agli ultimi due anni.

Riteniamo che, per le casistiche ove sia previsto il necessario approfondimento, la richiesta di arretrati e documentazione debba limitarsi a un arco temporale di 4 anni (un periodo già previsto per le iscrizioni tardive, o al massimo 5 anni come previsto dall' Agenzia delle Entrate). Tutto questo sia in dare che in avere.

Con riferimento alla **c.d. differita**, occorre trovare una soluzione per rendere strutturale il provvedimento adottato in via straordinaria nel 2020. Per fare questo occorre definire quanta parte del patrimonio deve rimanere bloccata per rispettare il concetto di sostenibilità economica del FSI e quanta parte flessibile per poter fronteggiare anno su anno l'eventualità del pagamento della differita o parte di essa da parte dei soci. Il tema differita dovrebbe essere affrontato in sinergia con una revisione dei contributi degli attivi/esodati focalizzata sulle quote dei familiari a carico e non a carico su attivi e pensionati.

Riteniamo inoltre che sia giunto il momento di risolvere il problema riguardo il **patrimonio delle ex casse sanitarie** (ex Cassa Intesa ed Ex Cassa Spimi) per far rientrare nelle disponibilità del FSI l'ingente patrimonio tutt'ora congelato (più di 40 mln di euro).

Cordialità

Roberto Conte	Vicepresidente (Fisac-Cgil)
Filippo Pinzone	Consigliere (First-Cisl)
Renato Marra	Consigliere (First-Cisl)
Milazzo Giuseppe	Consigliere (Fabi)
Piccolo Lorenza	Consigliere (Fabi)
Cassino Paola	Consigliere (Cub-Sallca)
Malano Roberto	Consigliere (Fisac-Cgil)
Vasta Filippo	Consigliere (Pensionati per il Fondo Sanitario)
Mascetti Mauro	Consigliere (Unisin)