



Roma, 05/08/2026

Protocollo: 33/26

Al Segretario Generale
della Banca d'Italia
dott. Massimo Doria

e p.c.

Servizio GEP

Oggetto: **Assistenza sanitaria 2027-2029 - osservazioni sulle ipotesi illustrate il 31 luglio 2026 e richiesta della documentazione tecnica essenziale.**

Egregio Segretario Generale,

in relazione all'incontro del 31 luglio scorso, la FABI-BI ha esaminato le ipotesi illustrate dall'Amministrazione per la progettazione dei piani di assistenza sanitaria relativi al periodo 2027-2029.

Prendiamo atto dell'esigenza di avviare tempestivamente la gara per i piani sanitari 2027-2029 per garantire la continuità della copertura e attirare le compagnie dopo la precedente gara andata deserta.

Riconosciamo inoltre il maggior sforzo economico della Banca (la spesa annua sale da 44,4 a 48,9 milioni di euro, con +4,5 milioni), ma evidenziamo come le modifiche ipotizzate pesino in modo rilevante sugli assistiti attraverso il rincaro delle quote e un forte inasprimento di franchigie e scoperti.

Per questo riteniamo necessario verificare l'istruttoria tecnica e trovare soluzioni che rendano la gara sostenibile, senza però compromettere la reale tutela della salute.

Documentazione necessaria per il confronto

Per poter partecipare al confronto in modo consapevole, già nel novembre 2024 la FABI-BI aveva richiesto un insieme articolato di informazioni, con l'obiettivo di comprendere meglio l'andamento della copertura sanitaria e di partecipare al confronto sulla base di elementi più precisi e approfonditi.



I report periodici in formato Excel continuano a essere trasmessi in attuazione di precedenti accordi e con le modalità già in uso. Indicano le prestazioni rimborsate e gli importi spesi, dati utili, ma che non offrono informazioni cruciali sulla popolazione assistita (età, frequenza d'uso, adesioni, rinunce) né la suddivisione analitica dei contributi per categoria (dipendenti, pensionati, familiari, genitori).

Senza queste informazioni non è possibile stabilire se l'aumento delle richieste dipenda da un maggior numero di persone che utilizzano la copertura oppure da un ricorso più frequente da parte degli stessi assistiti. Non è neppure possibile ricostruire, per ciascun piano e per ciascuna platea, il rapporto tra contributi versati e prestazioni rimborsate, né individuare con precisione dove si produca l'eventuale squilibrio.

I report ordinari permettono quindi di osservare soltanto una parte dell'andamento della copertura. Non consentono di ricostruire il quadro complessivo sul quale il broker ha fondato le proprie valutazioni, né di comprendere come dai dati disponibili si sia arrivati alle modifiche proposte su contributi, franchigie e scoperti.

A oggi non è stata trasmessa alcuna documentazione aggiuntiva che consenta di comprendere compiutamente l'istruttoria posta alla base della gara andata deserta e quella utilizzata per formulare le attuali proposte.

Considerata l'urgenza rappresentata dalla Banca, non intendiamo riproporre in questa fase l'intero elenco delle informazioni richieste nel 2024 e successivamente sollecitate, a più riprese, nel corso del 2025 e del 2026.

Concentriamo pertanto la richiesta sul nucleo documentale minimo indispensabile per comprendere le analisi svolte, verificarne le conclusioni e formulare osservazioni fondate.

Chiediamo quindi di ricevere:

- 1. la relazione tecnica del broker utilizzata per l'impostazione della gara successivamente andata deserta,** o la documentazione istruttoria equivalente, comprensiva delle valutazioni sull'equilibrio dei piani, delle condizioni individuate per la procedura, degli esiti del confronto con il mercato e delle cause attribuite alla mancata presentazione di offerte;



2. **la relazione tecnica predisposta dal broker per la progettazione dei piani 2027-2029**, comprensiva delle analisi effettuate, delle ipotesi adottate, degli scenari esaminati, degli effetti stimati delle modifiche a contributi, franchigie e scoperti e degli esiti del sondaggio preventivo svolto presso il mercato assicurativo;
3. **i dati forniti al broker e utilizzati nelle due analisi**, in forma anonimizzata ed elaborabile, accompagnati da una legenda sufficiente a comprenderne il contenuto, il periodo di riferimento e i criteri di aggregazione.

Nel corso dell'incontro è stato riferito che il broker ha utilizzato un «modello di Data Analytics» per individuare le cause dello squilibrio e formulare le modifiche proposte.

Tale espressione indica genericamente un procedimento di elaborazione e interpretazione dei dati, ma non chiarisce quali informazioni siano state utilizzate, come siano state trattate e attraverso quali passaggi si sia giunti alle conclusioni presentate.

Chiediamo pertanto che la relazione consenta di comprendere:

- quali annualità e quali categorie di assistiti siano state analizzate;
- quali dati siano stati inseriti nel modello;
- come siano stati raggruppati e trattati, comprese le eventuali esclusioni e stime;
- quali indicatori siano stati utilizzati per misurare frequenza, costi ed equilibrio dei piani;
- quali ipotesi siano state formulate sull'andamento futuro delle prestazioni e dei relativi costi;
- quale livello di equilibrio economico sia stato ritenuto necessario per rendere la gara sostenibile;
- quale effetto economico sia stato attribuito a ciascun aumento di contributi, franchigie e scoperti.

Chiediamo pertanto di conoscere i dati di partenza, i criteri utilizzati e i risultati delle elaborazioni. Eventuali strumenti informatici o algoritmi proprietari del broker possono restare riservati.



Le Organizzazioni Sindacali sono state invitate a formulare osservazioni in tempi molto brevi su misure che incidono sensibilmente sul costo e sulla fruibilità della copertura. Proprio l'urgenza rende necessario mettere tempestivamente a disposizione la documentazione essenziale sulla quale tali misure si fondano.

Situazioni tecniche differenti

La presentazione indica, per l'annualità 2024-2025, un rapporto tecnico complessivo tra sinistri e contributi pari al 106%. Tale valore aggrega:

- il piano dipendenti, con un rapporto dell'89,9%;
- il piano pensionati, con un rapporto del 118,1%;
- la medicina preventiva, con un rapporto del 132,6%.

I due piani assicurativi presentano dunque andamenti molto diversi: il piano dipendenti registra un rapporto inferiore al 100%, mentre lo squilibrio riguarda in misura più evidente il piano pensionati. Le misure proposte dovrebbero pertanto essere calibrate sull'andamento effettivo di ciascun piano, evitando interventi generalizzati che trasferiscano indistintamente gli oneri su tutte le persone assistite.

Riteniamo necessario conoscere, separatamente per il piano dipendenti e per il piano pensionati:

- il rapporto tecnico previsto dopo l'aumento dei contributi;
- il beneficio stimato derivante dalle nuove franchigie e dagli scoperti;
- l'effetto economico attribuito a ciascuna delle principali modifiche;
- il rapporto tecnico finale assunto come obiettivo per rendere la gara sostenibile e appetibile per il mercato.

Questi elementi sono indispensabili per valutare la necessità e la proporzionalità degli interventi e verificare che il relativo onere sia distribuito in modo equilibrato.

Medicina preventiva: valutazione autonoma e proposte di modifica

La presentazione include la medicina preventiva nel rapporto tecnico complessivo tra sinistri e contributi per tutte e tre le annualità considerate. Nell'annualità 2024-2025 le attribuisce un



rapporto tra costi e contributi pari al 132,6% e registra una crescita media annua dell'utilizzo dei check-up dell'8%.

Riteniamo che la medicina preventiva debba essere tenuta integralmente separata dai piani assicurativi e non debba concorrere al calcolo della loro sinistrosità o del relativo equilibrio tecnico.

Prima degli ultimi contratti, queste prestazioni erano erogate direttamente dalla Banca, anche attraverso le proprie strutture. La loro finalità è favorire il ricorso periodico ai controlli da parte dell'intera popolazione interessata, così da consentire l'individuazione precoce di eventuali patologie.

In questo ambito, la crescita dell'utilizzo costituisce un risultato coerente con l'obiettivo che si vuole perseguire. Il rapporto tra costi e contributi rileva soltanto l'onere immediato del servizio e non considera i benefici sanitari ed economici che possono derivare dalle diagnosi precoci e dalla riduzione delle conseguenze delle patologie.

Chiediamo pertanto che i rapporti tecnici complessivi relativi a tutte e tre le annualità siano ricalcolati escludendo integralmente la medicina preventiva e considerando soltanto il piano dipendenti e il piano pensionati.

La medicina preventiva dovrà essere rappresentata e valutata autonomamente attraverso indicatori coerenti con la sua funzione, quali:

- il livello di partecipazione;
- la quota della popolazione raggiunta;
- la distribuzione degli accessi per età e tipologia di check-up;
- l'appropriatezza sanitaria dei controlli;
- la capacità del servizio di favorire diagnosi precoci.

La proposta illustrata dalla Banca prevede inoltre:

- l'aumento della quota individuale per ciascun check-up da 21 a 35 euro;
- il passaggio da annuale a triennale dei check-up cardiovascolare e gastroenterologico;
- l'aumento del costo unitario sostenuto dalla Banca da circa 319 a 457 euro.



Le modifiche alla periodicità e alla composizione dei check-up devono essere sostenute anzitutto da valutazioni sanitarie. Una riduzione uniforme della frequenza non tiene conto delle differenze legate all'età, alle condizioni individuali e ai fattori di rischio.

Chiediamo quindi:

- che sia chiarita la composizione del nuovo costo unitario di 457 euro e siano spiegate le ragioni del relativo incremento;
- che siano illustrate le motivazioni sanitarie delle modifiche proposte;
- che la periodicità dei controlli sia differenziata in relazione all'età, alla familiarità e ai fattori di rischio;
- che resti possibile anticipare il check-up in presenza di un'indicazione clinica;
- che l'aumento della quota individuale sia riesaminato nel quadro della funzione preventiva attribuita al servizio;
- che la medicina preventiva continui a essere considerata una componente autonoma del welfare della Banca e un investimento nella salute della popolazione assistita.

In questo modo il capitolo svolge tre funzioni insieme: contesta l'inclusione della prevenzione nel 106%, valuta le modifiche proposte e formula tutte le richieste in un solo punto.

Franchigie sulle prestazioni ordinarie

Per il personale in servizio è stato prospettato, tra l'altro:

- l'aumento da 5 a 40 euro della franchigia per le visite specialistiche in rete;
- l'aumento da 15 a 55 euro per l'alta diagnostica in rete.

Per il personale in pensione:

- le visite specialistiche in rete passerebbero da 25 a 55 euro;
- l'alta diagnostica in rete da 25 a 75 euro.

Gli aumenti sono particolarmente rilevanti e, per alcune prestazioni, possono avvicinare la franchigia al prezzo normalmente richiesto dalla struttura sanitaria, riducendo sensibilmente il vantaggio derivante dall'utilizzo della copertura.

I report ordinariamente trasmessi mostrano che visite, analisi e accertamenti rappresentano una parte molto consistente delle



richieste. L'aumento delle relative franchigie inciderebbe quindi su una platea particolarmente ampia.

Chiediamo pertanto:

- una revisione al ribasso degli importi prospettati;
- il mantenimento di un vantaggio economico chiaro per il ricorso alla rete convenzionata;
- l'applicazione di una sola franchigia alle prestazioni appartenenti al medesimo percorso diagnostico o terapeutico;
- la quantificazione del risparmio attribuito a ciascuna modifica e del relativo effetto sul premio posto a base della gara.

Dovrà inoltre essere garantita una tutela adeguata nei territori nei quali la rete convenzionata risulti assente o insufficiente, evitando che le persone siano penalizzate dal ricorso al fuori rete quando questo dipenda dalla mancata disponibilità di strutture convenzionate.

Ricoveri, scoperti e grandi rischi

Per i ricoveri in rete del personale in servizio è prevista l'introduzione di uno scoperto del 5%, con un minimo di 600 euro e un massimo di 5.000 euro. Per il personale in pensione è prospettato uno scoperto del 20%, con un minimo di 1.000 euro.

In altre fattispecie indicate nelle slide, soprattutto fuori rete, non risulta sempre individuato chiaramente un limite massimo.

Gli scoperti percentuali possono determinare esborsi molto elevati proprio in presenza degli eventi sanitari più gravi. Chiediamo quindi che:

- ogni scoperto percentuale sia accompagnato da un limite massimo certo e sostenibile;
- sia introdotto un tetto annuale complessivo agli importi che possono restare a carico di ciascuna persona e di ogni nucleo familiare;
- siano previste condizioni specifiche per patologie oncologiche, rare, croniche o invalidanti e per terapie ad alto costo;
- sia preservata la funzione essenziale della copertura collettiva, rappresentata dalla protezione dagli eventi difficilmente sostenibili con le risorse individuali.



Nel corso dell'incontro è stata prospettata anche la possibilità di ricorrere alla Fondazione di assistenza e solidarietà nei casi di particolare gravità.

Consideriamo utile approfondire tale possibilità. La tutela essenziale dei grandi rischi deve però essere definita direttamente nel piano sanitario attraverso condizioni certe e conosciute in anticipo. L'intervento della Fondazione dovrebbe rappresentare un livello aggiuntivo, regolato da criteri oggettivi, procedure semplici, risorse adeguate e tempi certi.

Quote a carico di dipendenti e pensionati

La proposta conferma formalmente la ripartizione del contributo nella misura del 94% a carico della Banca e del 6% a carico della persona assistita.

Poiché nelle precedenti proroghe gli aumenti erano stati assorbiti dalla Banca, il ripristino della percentuale del 6% comporterebbe:

- per i dipendenti, il passaggio da 150 a 192,79 euro annui;
- per i pensionati, il passaggio da 183 a 266,31 euro annui.

La crescita delle quote individuali sarebbe quindi consistente, in particolare per il personale in pensione.

Chiediamo che, accanto all'ipotesi illustrata, sia valutato almeno uno scenario alternativo che preveda:

- il mantenimento delle quote attuali oppure un incremento più contenuto;
- l'eventuale applicazione graduale degli adeguamenti;
- la quantificazione del maggiore costo che le diverse soluzioni comporterebbero per la Banca.

Familiari facoltativamente assistibili

Per i familiari facoltativamente assistibili è stato prospettato un aumento del contributo del 15%, interamente a carico delle persone interessate.

Un aumento di tale entità può spingere a rinunciare alla copertura soprattutto i nuclei che prevedono un utilizzo più limitato. La permanenza prevalente delle persone con maggiore fabbisogno sanitario rischierebbe di aggravare ulteriormente l'equilibrio del piano.



Prima di definire il nuovo contributo chiediamo quindi di valutare:

- l'effetto atteso dell'aumento sulle adesioni e sulle rinunce;
- una possibile gradualità dell'incremento;
- un limite complessivo al contributo dovuto dal nucleo;
- condizioni più favorevoli per il secondo e per gli ulteriori familiari assistiti.

Durata della copertura e proroga

La durata biennale della nuova copertura è stata motivata con la prudenza manifestata dal mercato assicurativo. La possibile proroga annuale sarebbe subordinata al consenso della compagnia e potrebbe comportare un incremento del premio fino al 15%.

Chiediamo che il capitolato stabilisca preventivamente:

- i parametri tecnici ed economici ai quali subordinare la proroga;
- le modalità di determinazione dell'eventuale aumento;
- l'obbligo di fornire con congruo anticipo i dati utilizzati per giustificarlo;
- un confronto preventivo con le Organizzazioni Sindacali.

Il limite del 15% deve rappresentare una soglia massima eventuale, evitando qualsiasi automatismo.

Richieste conclusive

La FABI-BI intende contribuire in modo costruttivo alla definizione di una copertura assicurabile, sostenibile e capace di continuare a offrire una tutela concreta a dipendenti, pensionati e familiari.

In vista del prossimo incontro chiediamo pertanto:

1. la trasmissione, con un anticipo sufficiente a consentirne l'esame, delle due relazioni tecniche del broker, dei dati utilizzati e degli elementi metodologici sopra indicati;
2. la quantificazione dell'effetto economico delle principali modifiche proposte, distinguendo l'aumento dei contributi dall'intervento su franchigie e scoperti;
3. la predisposizione di almeno uno scenario alternativo che contempli franchigie più contenute, limiti massimi agli scoperti e un tetto annuale agli importi a carico delle persone assistite;



4. una verifica specifica delle conseguenze delle proposte sui pensionati, sui nuclei familiari e sulle persone interessate da patologie gravi o da terapie ad alto costo;
5. una revisione della proposta relativa alla medicina preventiva, differenziando la periodicità dei controlli in funzione delle effettive condizioni di rischio.

Riteniamo inoltre opportuno avviare, parallelamente alla nuova gara, un approfondimento sulle possibili soluzioni di medio periodo.

La disponibilità manifestata dalla Banca a raccogliere le osservazioni sindacali offre la possibilità di migliorare l'impianto prima dell'avvio della procedura.

Confidiamo quindi che la documentazione richiesta possa essere resa disponibile tempestivamente e che il prossimo incontro consenta un confronto effettivo sulle diverse soluzioni percorribili.

Cordiali saluti.

La Segreteria nazionale

FABI-BI