



Roma, 14/09/2026

Protocollo: 36/26

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

e p.c.

Al Servizio GEP

**Oggetto: Assistenza sanitaria 2027-2029 - osservazioni e richieste FABI-BI sulla proposta dell'11 settembre 2026.**

Egregio Segretario Generale,

facciamo seguito all'incontro dell'11 settembre 2026 e alla nuova proposta illustrata per i Piani di assistenza sanitaria 2027-2029. Come richiesto, inviamo le nostre riflessioni e richieste di modifica.

Accogliamo positivamente alcuni miglioramenti rispetto alle condizioni del 31 luglio, in particolare la riduzione di diverse franchigie e dei limiti sugli scoperti.

Prendiamo altresì atto del significativo aumento delle risorse che la Banca intende destinare all'assistenza sanitaria. Riteniamo tuttavia che la proposta comporti comunque un rilevante aggravio della compartecipazione richiesta a dipendenti e pensionati e che vi siano pertanto ulteriori margini di miglioramento.

Non riteniamo inoltre del tutto condivisibile l'impostazione che ha escluso, in questa fase, un'analisi più ampia della struttura della copertura, mantenendo sostanzialmente inalterato l'impianto assicurativo. Le condizioni della prossima gara dovrebbero invece essere valutate tenendo insieme risorse, massimali, garanzie, compartecipazioni e composizione della platea assicurata.

Riteniamo infine necessario che, accanto alla definizione delle condizioni della prossima gara, venga avviato un confronto strutturato e basato sui dati, che consenta di monitorare



l'andamento della nuova copertura e di progettare per tempo il modello successivo.

## **1. Risorse, massimali e adeguatezza complessiva della copertura**

### **1.1. Risorse della Banca**

Valutiamo positivamente il consistente aumento delle risorse già previsto dalla Banca.

Riteniamo tuttavia che debba restare aperta la possibilità di un ulteriore incremento del contributo della Banca qualora ciò sia necessario per assicurare livelli di tutela adeguati e per recepire le richieste formulate nei punti successivi.

È infatti evidente che interventi quali l'innalzamento dei massimali, la riduzione di franchigie e scoperti o il rafforzamento di alcune garanzie possono riflettersi sul premio assicurativo. Se tali interventi risultano necessari per mantenere una copertura realmente efficace, il relativo maggior costo non può tradursi automaticamente in un ulteriore aggravio a carico di dipendenti e pensionati.

Nel corso dell'incontro è stato chiarito che il vincolo principale non viene considerato di natura finanziaria, ma riguarda soprattutto il rischio di predisporre una gara che non incontri l'interesse del mercato. Occorre quindi distinguere il costo necessario per rendere assicurabile il rischio dalla scelta di come tale costo debba essere distribuito.

### **1.2. Massimali della copertura e limite annuo complessivo a carico dell'assistito**

Chiediamo di rivedere complessivamente il sistema dei massimali della copertura, verificandone l'adeguatezza rispetto agli attuali costi delle prestazioni sanitarie e alle condizioni normalmente offerte nelle buone coperture collettive presenti sul mercato.

In particolare, riteniamo necessario:

- valutare un rafforzamento del massimale generale della copertura, oggi pari a 300.000 euro, per assicurare una



protezione adeguata negli eventi sanitari più gravi e meno frequenti;

- verificare e, ove necessario, aggiornare i massimali previsti per le singole prestazioni, affinché la copertura mantenga una reale capacità di rimborso rispetto ai costi effettivi delle cure;
- prevedere, nei casi in cui i massimali siano riferiti complessivamente al nucleo assicurato, una loro adeguata modulazione in relazione al numero dei componenti coperti e non solo dal terzo figlio in poi. Un medesimo massimale non può offrire la stessa tutela effettiva quando deve coprire una sola persona oppure un nucleo composto da più persone.

Parallelamente, riteniamo necessario valutare l'introduzione di un limite massimo annuo complessivo alla compartecipazione a carico dell'assistito o del nucleo familiare, oltre il quale ulteriori franchigie e scoperti non vengano più applicati.

La presenza di limiti sui singoli scoperti non esclude infatti che la successione di più eventi sanitari nello stesso anno, eventualmente riferiti anche a diversi componenti della famiglia, possa determinare un esborso complessivo molto elevato.

### **1.3. Un livello di tutela comparabile alle buone coperture collettive esistenti**

Comprendiamo la necessità di predisporre una gara sufficientemente attrattiva per il mercato e di scongiurare il rischio di una nuova gara deserta.

La stessa Banca ha tuttavia chiarito che le condizioni proposte, pur definite con l'assistenza del broker, restano il risultato di scelte della Banca. Il mercato non determina un'unica combinazione possibile di contributi, franchigie, scoperti e massimali.

FABI-BI non chiede necessariamente di costruire la migliore polizza disponibile sul mercato, ma ritiene che le condizioni finali debbano essere almeno comparabili con quelle offerte da buone coperture collettive esistenti, soprattutto per le prestazioni in rete e per gli eventi economicamente più gravosi.

## **2. Perimetro delle garanzie, franchigie e scoperti**



## **2.1. Conferma scritta del perimetro delle prestazioni e garanzie**

Nel corso dell'incontro la Banca ha dichiarato di voler mantenere l'attuale ampiezza del portafoglio delle garanzie.

Chiediamo che venga formalmente confermato per iscritto che il perimetro delle prestazioni e delle garanzie resterà almeno equivalente a quello dell'attuale Piano, salvo eventuali miglioramenti che dovessero emergere nel prosieguo del confronto.

Riteniamo importante che tale principio costituisca un elemento esplicito della documentazione posta a base della nuova gara.

## **2.2. Prestazioni ad alta gravità e aree a franchigia zero**

Nel corso dell'incontro è stato dichiarato che non saranno introdotti nuovi correttivi su grandi interventi, terapia intensiva e sub-intensiva, dialisi e cure oncologiche.

Chiediamo che tale previsione venga espressamente riportata nella documentazione di gara, confermando l'assenza di nuove franchigie o scoperti rispetto alle condizioni attuali non solo per queste prestazioni, ma anche per tutte le eventuali ulteriori prestazioni o garanzie che la Banca intenda mantenere a franchigia zero.

La funzione principale di una copertura sanitaria collettiva deve essere quella di garantire la massima protezione proprio quando si verificano gli eventi sanitari più gravi e onerosi.

## **2.3. Ridurre ulteriormente franchigie e scoperti, soprattutto nella rete convenzionata**

La nuova proposta rappresenta un miglioramento rispetto a quella del 31 luglio, ma resta significativamente più onerosa rispetto alle condizioni attuali.

Per i dipendenti, ad esempio, la visita specialistica in rete passerebbe da 5 a 30 euro e l'alta diagnostica da 15 a 40 euro. Sui ricoveri in rete verrebbe introdotto uno scoperto del 5%, con minimo di 400 euro e massimo di 3.000 euro; fuori rete lo scoperto passerebbe dal 5 al 15%, con un massimo elevato da 1.500 a 5.000 euro.



Per i pensionati gli aumenti risultano ancora più rilevanti e, per alcune prestazioni di ricovero e day hospital, nella documentazione presentata non risultano indicati massimi di scoperto.

Chiediamo quindi:

- una ulteriore riduzione delle franchigie e degli scoperti nella rete convenzionata, che deve risultare realmente vantaggiosa rispetto al fuori rete;
- la previsione di limiti massimi chiari e sostenibili per ogni singolo scoperto, compreso il Piano pensionati;
- una particolare attenzione all'esposizione economica sui ricoveri e sugli eventi più onerosi;
- la valutazione, per ricoveri e day hospital in rete, di franchigie fisse e contenute in alternativa agli scoperti percentuali, qualora ciò consenta maggiore prevedibilità e tutela per l'assistito.

#### **2.4. Ciclo di cura: evitare la duplicazione delle franchigie**

Chiediamo che venga definita e formalizzata una procedura chiara e univoca per il riconoscimento del ciclo di cura.

In particolare, deve essere chiarito, per ciascuna tipologia di prestazione, se franchigie e scoperti siano applicati per ciclo di cura, per evento o per singola prestazione o fattura.

Riteniamo necessario evitare che, nell'ambito dello stesso percorso diagnostico-terapeutico riferibile al medesimo sospetto diagnostico o alla stessa patologia, possano essere applicate più volte le medesime franchigie.

### **3. Platea assicurata, selezione avversa e sostenibilità della copertura**

#### **3.1. Comprendere e intervenire sulle cause della rischiosità**

I dati presentati confermano che la rischiosità non è uniforme. Nell'annualità 2024-2025 il rapporto sinistri/contributi risulta pari all'89,9% per il Piano dipendenti e al 118,1% per il Piano pensionati.



Questa differenza rende necessario comprendere più approfonditamente dove si concentri lo squilibrio e quali siano le sue determinanti. La risposta non può consistere esclusivamente nell'aumento delle franchigie, degli scoperti o dei contributi.

Occorre analizzare composizione delle platee, fasce d'età, modalità di adesione, distribuzione e costo delle principali prestazioni e meccanismi che possono determinare una maggiore concentrazione del rischio, individuando interventi capaci di migliorare l'equilibrio complessivo senza ridurre le tutele.

### **3.2. Evitare la selezione avversa tra i familiari facoltativamente assistibili**

Il significativo aumento della contribuzione richiesta per i familiari facoltativamente assistibili merita una specifica valutazione anche sotto il profilo dell'equilibrio della platea.

Un forte incremento del costo di adesione può infatti ridurre la permanenza nella copertura soprattutto dei soggetti che prevedono un utilizzo limitato delle prestazioni, favorendo invece l'adesione di chi ha una maggiore aspettativa di utilizzo. Questo meccanismo rischierebbe di accentuare la selezione avversa e, nel tempo, di aumentare ulteriormente la rischiosità della platea facoltativa.

Riteniamo quindi necessario che gli effetti dell'aumento contributivo siano valutati non soltanto in termini di maggiori entrate, ma anche rispetto alle possibili conseguenze sulla composizione della platea assicurata.

### **3.3. Valutare l'estensione ai figli non fiscalmente a carico e non ancora economicamente autonomi**

Riteniamo opportuno valutare l'estensione facoltativa della copertura ai figli che non risultino più fiscalmente a carico, entro un limite di età da definire oppure in presenza di un reddito personale inferiore a una soglia da concordare.

La perdita del requisito fiscale non coincide necessariamente con una piena autonomia economica, soprattutto nelle fasi immediatamente successive agli studi o nei primi anni di ingresso nel mercato del lavoro.



L'ampliamento volontario della copertura a figli giovani e non ancora pienamente autonomi economicamente potrebbe inoltre contribuire ad allargare la platea con soggetti caratterizzati, in media, da una minore rischiosità sanitaria, favorendo una composizione più equilibrata degli assicurati e una maggiore sostenibilità della contribuzione.

Chiediamo pertanto di verificarne l'effetto sulla base dei dati disponibili e delle valutazioni attuariali, sia sotto il profilo della tutela delle famiglie sia sotto quello dell'equilibrio complessivo della copertura.

#### **4. Prevenzione e tutele complementari**

##### **4.1. Medicina preventiva: mantenerla distinta e rafforzarla**

Riteniamo che la medicina preventiva debba essere valutata separatamente rispetto alla polizza sanitaria ordinaria.

Il rapporto tra costi e contributi non può infatti essere letto con la stessa logica di equilibrio tecnico della copertura assicurativa, perché la funzione della prevenzione è precisamente quella di favorire l'accesso ai controlli e l'emersione precoce delle patologie.

Chiediamo pertanto di:

- non ridurre gli strumenti di prevenzione nei check-up internistico e oncologico;
- non ampliare le tempistiche di accesso ai check-up cardiovascolare e gastroenterologico;
- rafforzare la conoscenza e l'utilizzo attraverso adeguate campagne informative;
- verificare separatamente l'efficienza del modello di finanziamento e di erogazione dei check-up;
- valutare eventuali modalità alternative di organizzazione soltanto qualora consentano di utilizzare meglio le risorse senza ridurre la tutela preventiva.

##### **4.2. Fondazione Banca d'Italia: una tutela aggiuntiva, non sostitutiva della polizza**



Nel precedente incontro la Banca aveva prospettato la possibilità di utilizzare la Fondazione di assistenza e solidarietà come protezione complementare esterna alla polizza nei casi di patologie o terapie caratterizzate da costi particolarmente elevati.

Riteniamo che questa possibilità possa costituire un'utile tutela aggiuntiva, ma che debba essere definita con maggiore precisione, chiarendo le situazioni che possono determinarne l'intervento, le spese e gli importi copribili, gli eventuali requisiti economici e le modalità e i tempi di accesso al sostegno.

Deve soprattutto essere chiarito il rapporto tra questo strumento e la polizza sanitaria: la Fondazione può rappresentare una tutela aggiuntiva per situazioni eccezionali, ma non può diventare il meccanismo ordinario attraverso il quale compensare massimali insufficienti, franchigie o scoperti troppo elevati.

## **5. Una gestione trasparente e un confronto effettivo sulla polizza**

Un confronto può essere effettivo soltanto se le Organizzazioni Sindacali dispongono, in tempo utile, degli elementi necessari a comprendere le scelte proposte, valutarne gli effetti e formulare alternative.

La disponibilità dei dati e il monitoraggio periodico non rappresentano quindi un elemento accessorio, ma una condizione necessaria perché il confronto non si riduca alla sola possibilità di intervenire su condizioni già sostanzialmente definite.

### **5.1. Dati necessari per comprendere e governare la copertura**

Chiediamo che siano messi a disposizione, in forma aggregata e anonimizzata, almeno i seguenti elementi:

- composizione e numerosità delle platee, anche per fasce d'età;
- frequenza e costo delle principali prestazioni, anche per fasce d'età e, ove possibile, distintamente per Piano;
- distribuzione della sinistrosità tra le diverse componenti della platea, con particolare attenzione alle aree in cui si concentra il maggiore rischio;



- elementi utili a valutare la rischiosità delle diverse categorie di familiari assicurati;
- frequenza con cui il massimale generale e i massimali delle singole prestazioni vengono raggiunti o significativamente avvicinati;
- utilizzo della rete convenzionata e del fuori rete;
- andamento delle franchigie e degli scoperti;
- scenari alternativi esaminati nella costruzione della proposta.

Comprendendo le esigenze di tutela dei dati personali, evidenziamo che tali richieste riguardano informazioni aggregate e anonimizzate. Senza questi elementi non è possibile verificare in modo effettivo l'adeguatezza delle scelte proposte né valutare soluzioni alternative.

## **5.2. Tavolo tecnico permanente e progettazione della prossima copertura**

Accogliamo positivamente l'apertura manifestata dalla Banca rispetto alla nostra proposta del 2 febbraio 2026 di costituire un confronto tecnico stabile.

Chiediamo che venga costituito formalmente, sin dall'avvio della nuova copertura, un tavolo tecnico permanente Banca-Organizzazioni Sindacali, con verifiche periodiche almeno quadrimestrali e con la disponibilità dei dati necessari a monitorare l'andamento del piano sanitario.

Il tavolo dovrà avere una duplice funzione: verificare l'efficacia e la sostenibilità delle condizioni applicate durante il biennio e avviare, senza attendere la scadenza, la progettazione del modello successivo, valutando con il necessario anticipo anche soluzioni innovative e una struttura eventualmente diversa da quella attuale.

## **Conclusioni**

FABI-BI intende contribuire in modo responsabile alla costruzione di una soluzione che consenta alla gara di avere successo e garantisca continuità alla copertura sanitaria.



Questo obiettivo non può tuttavia essere perseguito attraverso un aggravio eccessivo della compartecipazione richiesta a dipendenti e pensionati. Per rendere possibili condizioni più equilibrate su massimali, garanzie, franchigie e scoperti, la Banca deve mantenere aperta la possibilità di destinare ulteriori risorse qualora necessario.

Riteniamo inoltre indispensabile che la sostenibilità della copertura venga affrontata anche attraverso una migliore conoscenza della composizione e della rischiosità delle platee e che il confronto prosegua sulla base di dati adeguati e di un tavolo tecnico permanente, così da governare la polizza nel presente e progettare per tempo quella successiva.

Distinti saluti.

La Segreteria nazionale

FABI-BI