

RELAZIONE DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Elementi di scenario

Nel 2004 i costi globali della sanità pubblica sono stati pari a 89 miliardi di euro, ovvero il 6,4% del Prodotto Interno Lordo. Dieci anni fa tale rapporto era pari al 5,2%.

Ogni anno aumentano i costi della sanità a fronte di una marcata crescita della domanda. I tetti posti all'incremento della spesa sono ripetutamente sfondati e risultano di gran lunga superiori alla crescita della ricchezza prodotta ogni anno dal Paese.

D'altro canto siamo un Paese in cui l'invecchiamento della popolazione è uno dei più alti nel mondo, con aumento delle patologie croniche che ovviamente accrescono la necessità di servizi sanitari.

Nel contempo assistiamo ad una velocità di innovazione delle tecnologie biomedicali a dir poco sorprendente, il che comporta un aumento delle spese per la necessità di disporre di apparecchiature sempre più aggiornate, complesse e costose.

Infine, la domanda dei cittadini - maggiormente consapevoli del proprio diritto alla salute - si è fatta giustamente più esigente.

La "domanda di salute" sempre più "informata" che i cittadini oggi esprimono è fortemente orientata verso risposte e soluzioni connotate sia dall'impiego di metodiche ad alto contenuto tecnologico, sia da un elevato grado di personalizzazione.

Il problema però è che, per usare parole di Luigi Einaudi, si soddisfano domande, non bisogni. I bisogni dei cittadini per la tutela della loro salute non sono pienamente espressi dall'offerta sanitaria pubblica. Ciò pone sempre più in evidenza la carenza delle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale, visti i vincoli della finanza pubblica e l'andamento complessivo dell'economia del nostro Paese.

Queste dinamiche si accompagnano ad un ruolo sempre maggiore delle regioni nel campo della sanità.

Significative tappe di questo processo sono state realizzate con la modifica del titolo V della Costituzione e, nella seconda metà del 2001, con l'Accordo tra

Stato e Regioni (8 agosto 2001), alcuni punti del quale sono stati recepiti con il successivo decreto attuativo, convertito in Legge (Decreto Legge 18 settembre 2001 n. 347 e Legge 16 novembre 2001 n. 405).

La Legge costituzionale recante “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”, varata dal Parlamento l’8 marzo 2001 e approvata in sede di Referendum confermativo il 7 ottobre 2001, ha introdotto i principi della potestà di legislazione concorrente dello Stato e delle Regioni e della potestà regolamentare delle Regioni in materia di sanità.

Rientrano nella competenza esclusiva dello Stato la “determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” (art. 117), ferma restando la tutela della salute che la Repubblica garantisce ai sensi dell’articolo 32 della Costituzione.

In altri termini lo Stato formula i principi fondamentali, ma non interviene sul come questi principi ed obiettivi saranno attuati, perché ciò è di competenza esclusiva delle Regioni.

Il ruolo dello Stato in materia di sanità, quindi, da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi si è modificato in quello di garante dell’equità sul territorio nazionale.

Tale impianto è stato confermato anche nelle nuove modifiche del testo costituzionale in corso di esame in Parlamento.

Tutto ciò comporterà nei prossimi anni altre importanti trasformazioni nella sanità italiana, che si realizzeranno compiutamente quando sarà pienamente attuata la riforma introdotta dal D.Lgs n. 229/1999, decreto che regola la riforma “ter” del Servizio Sanitario Nazionale.

Con tale riforma la sanità è stata configurata in linea generale secondo uno schema con 4 pilastri:

- il Sistema Sanitario Nazionale che eroga le prestazioni di base;
- i fondi sanitari “doc” (la prima componente del pilastro privato collettivo), vincolati a offrire prestazioni complementari a quelle pubbliche di base, concorrendo a formare un sistema sanitario complessivo completo e organico;
- i fondi sanitari “non doc” (la seconda componente del pilastro privato collettivo), non chiamati necessariamente ad essere complementari con il sistema pubblico;
- le polizze assicurative sanitarie (il pilastro privato individuale).

Tale differenziazione basilare tra fondi complementari e fondi sostitutivi del SSN, tuttavia, non si è ancora concretizzata poiché non è mai stato emanato il regolamento di attuazione del D.Lgs n. 229/1999.

Le fattispecie organizzative dei fondi sono numerose: fondi autonomi, casse aziendali, casse edili e società di mutuo soccorso operanti su base categoriale,

professionale e aziendale, che assumono caratteristiche di fondi chiusi. Oppure società di mutuo soccorso operanti su base territoriale che assumono la caratteristica di fondi aperti.

Certo è che di fronte ad una spesa sanitaria pubblica crescente, ma frenata, e che quindi tende a ridurre le prestazioni offerte, si assiste ad un costante aumento della spesa delle famiglie: nel 2004 oltre 24 miliardi di euro (cioè quasi 50.000 miliardi di vecchie lire). Di questa imponente cifra, un terzo viene imputata a forme di spesa integrativa, mentre i restanti due terzi risultano essere l'effetto di interventi duplicativi della spesa sanitaria, per sopperire ai disagi dovuti alle lunghe liste d'attesa e per soddisfare la sensazione diffusa di un trattamento migliore e qualificato del servizio privato rispetto a quello pubblico.

In questo contesto, un ruolo crescente lo svolgeranno quindi i fondi integrativi e le mutue sanitarie, che saranno chiamate sempre più nei prossimi anni a colmare i vuoti lasciati aperti dalla sanità pubblica e a contribuire a ridurre le disuguaglianze di trattamento che potrebbero venire a crearsi tra le diverse regioni con la riforma costituzionale in senso federale.

L'attività della CRAMAS

Negli ultimi 10 anni la CRAMAS ha mostrato un trend di crescita costante, continuando ad esercitare un significativo ruolo di assistenza integrativa a quella fornita dal sistema pubblico e da altre coperture sanitarie.

Il gradimento del ruolo svolto dalla CRAMAS è dimostrato dalla crescita costante degli iscritti alla nostra mutua. I soci, infatti, sono aumentati del 70%, i familiari assistibili del 56%. Gli assistiti totali sono passati da 4.565 nel 1995 ai 7.340 di oggi. Di questi 2.738 sono soci titolari e 4.602 familiari. Rispetto allo scorso anno gli assistiti sono 417 in più, con un incremento del 6%.

L'età media degli assistiti è di 42 anni: 56 anni dei soci e 34 anni dei familiari. Nel 1995 l'età media degli assistiti era di 38 anni: 50 anni dei soci e 31 anni dei familiari.

In dieci anni vi è stato un incremento dell'età media degli assistiti di cinque anni. Ciò significa che il naturale invecchiamento è stato solo parzialmente bilanciato dall'ingresso di nuove giovani leve.

Infatti, la percentuale degli assistiti ultrasettantenni sul totale è più che raddoppiata: dal 3,6% al 7,7%. Nel contempo è diminuita la percentuale degli assistiti sino a 30 anni: dal 40,2% al 30,2%. Tale andamento rispecchia il progressivo innalzamento dell'età media nel nostro Paese. Un processo che comporterà sempre più, anche per la CRAMAS, l'adozione di iniziative e di politiche a favore della terza età.

Con riferimento alle prestazioni erogate, nel 2004 sono state effettuate 12.931 operazioni di rimborso, con un calo del 9,4% rispetto al 2003. Il 2003, però, è

stato un anno particolare, che ha fatto registrare un aumento delle operazioni di rimborso del 55% rispetto al 2002, in quanto vi sono confluite importanti quote di pratiche di rimborso relative agli anni precedenti.

In questa situazione, per evitare il fenomeno del “trascinamento” di pratiche da un esercizio all’altro e le conseguenti problematiche contabili ed amministrative, è stato deciso di operare uno sforzo straordinario ed evadere tutte le giacenze per puntare ad un nuovo equilibrio. Un’operazione questa, condotta con l’assenso ed il supporto finanziario della Banca.

In tal senso, il 2004 può essere considerato un anno di riordino amministrativo e finanziario, realizzato con l’obiettivo di razionalizzare la gestione della Mutua divenuta nel frattempo sempre più complessa ed impegnativa sia per la crescita del numero di richieste di rimborso sia per gli adempimenti di carattere amministrativo e normativo.

Nel 2004 le erogazioni effettuate hanno ammontato a 1.130.229,54 euro, con un importo medio di 87,40 euro, a fronte di 1.246.538,32 euro nel 2003 per un importo medio di 87,35 euro.

Il contenuto rimborso medio conferma il carattere mutualistico della CRAMAS.

Il 94,2% dei rimborsi riguarda importi inferiori ai 250 euro; in tale fascia rientra il 54,1% delle somme erogate. Nella fascia oltre 7500 euro sono rientrati solo 2 rimborsi a cui corrisponde l’1,5% delle somme erogate.

Le prestazioni ospedaliere ammontano a 303.564,97 euro quelle extraospedaliere ammontano a 826.664,57 euro.

Le prestazioni ospedaliere (ricoveri e interventi chirurgici) riguardano il 26,9% delle prestazioni complessive.

Nell’ambito delle prestazioni extra ospedaliere, le cure odontoiatriche (236.250,87 euro) sono il 20,9%, le visite specialistiche (119.347,53 euro) sono il 10,6%, le analisi e la diagnostica (108.069,63 euro) sono il 9,6%, i tickets (91.254,04 euro) sono l’8,1%.

Le altre voci di intervento sono complessivamente pari al 24% e riguardano i medicinali, le terapie particolari, gli assegni di solidarietà, l’indennità surrogatoria, le lenti da vista, gli interventi ambulatoriali, i presidi ortopedici e terapeutici e, infine, l’assistenza domiciliare.

In conclusione, il ruolo della CRAMAS si conferma come integrativo a quello assicurato dall’assistenza del servizio pubblico e delle altre forme di copertura privata, andando a supportare le famiglie per spese di livello contenuto o non coperte, come nel caso delle cure odontoiatriche.

Questo ruolo è destinato a crescere e a specializzarsi in relazione agli spazi che nel tempo saranno resi disponibili al mutare delle politiche sanitarie pubbliche, dell’evoluzione dei fondi sanitari e delle esigenze delle famiglie.

La CRAMAS in sostanza è pronta a cogliere le potenzialità emergenti in questi scenari evolutivi, secondo la tradizionale logica di solidarietà e mutualità.

Gestione economica 2004

L'andamento della gestione della Mutua nell'anno 2004 ha risentito positivamente delle politiche di riordino finanziario e amministrativo attuato nell'ultimo biennio, consentendo una ricostituzione parziale delle riserve.

Le entrate nell'esercizio 2004 sono state pari a 1.380.882,79, con una diminuzione di 66.590,86 euro pari a -4,6% rispetto al precedente esercizio. Tali entrate sono imputabili a contributi da soci e da BCC Roma.

La diminuzione è da ascrivere al venir meno del contributo straordinario della BCC di Roma, erogato nel 2003 a supporto dello squilibrio gestionale. Tale squilibrio, verificatosi nell'esercizio 2002, è stato determinato, da un lato da un marcato e inatteso aumento delle fatture e delle parcelle sanitarie sia sotto il profilo quantitativo (+ 12%, da 8.225 nel 2001 a 9.202 nel 2002) che in termini di valore ("effetto euro") e dall'altro dall'incremento delle prestazioni con decorrenza 1 gennaio 2002 a fronte di un corrispondente aumento dei contributi associativi a valere dal trimestre successivo.

Il contributo della Banca nel 2004 ha coperto il 58% delle erogazioni effettuate, permettendo ad una famiglia di 4 persone, con una modesta spesa annua di 260 euro, di ricevere mediamente prestazioni per circa 500 euro.

Come già evidenziato, le prestazioni economiche erogate nel 2004 sono state pari a 1.130.229,54 euro con un decremento di 116.308,78 euro pari al -9,3%. Tale decremento scaturisce anche da una più attenta gestione amministrativa derivante da un corretto e rigoroso trattamento delle pratiche.

Il maggior numero di soci e l'incremento delle richieste di rimborso hanno indotto a dover gestire in maniera puntuale il mutato scenario. È stato necessario introdurre nuove norme amministrative, già prassi abituale da diversi anni in altre mutue.

Una prima misura è stata l'introduzione del termine temporale per la presentazione delle ricevute o delle fatture (30 giorni o 60 giorni in caso di ricovero). Tale prassi consente di trattare mensilmente la liquidazione dei rimborsi evitando il loro accumulo in pochi e determinati periodi, senza quindi creare picchi di lavoro difficilmente gestibili. Altra misura introdotta ha riguardato la richiesta della motivazione medica per cui si effettua una visita specialistica, delle analisi o un'indagine strumentale.

Tale riordino ha avuto come effetto positivo per gli iscritti la diminuzione dei tempi di rimborso (ad esclusione di tickets e medicinali) che per l'anno 2004 è stimato in 50 giorni.

Il positivo risultato gestionale va anche ascritto all'attento controllo dei costi generali: le spese per il personale e gli altri oneri di gestione sono aumentati soltanto dell'1,1% passando da 99.054 a 100.126 euro. Un aumento molto contenuto ed inferiore al tasso di inflazione. I costi di gestione rappresentano l'8,8% del valore delle erogazioni effettuate.

Al netto degli oneri e dei proventi finanziari e straordinari, e delle imposte, il residuo attivo dell'esercizio è stato di 42.338 euro, in aumento di 22.140 euro rispetto al 2003.

Tra i fatti rilevanti da segnalare, si informa che, ai sensi dell'Allegato B, comma 26 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 nr. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", e alla luce del disciplinare tecnico in materia di misure minime di sicurezza si è provveduto alla redazione del "Documento Programmatico sulla Sicurezza".

Infine, è stato approvato il nuovo statuto, per i necessari adeguamenti al dettato del nuovo diritto societario e per consentire alla CRAMAS di poter operare con efficacia secondo i nuovi scenari di riferimento.

Prospettive di gestione

Guardando al futuro, la CRAMAS si propone - secondo le linee indicate dalla Banca - di estendere la propria attività mutualistica a tre nuovi ambiti di riferimento.

Il primo riguarda l'educazione e la prevenzione sanitaria, avviando opportune campagne di sensibilizzazione a favore di tutti i soci e loro familiari.

La seconda area di intervento riguarda l'assistenza agli anziani non autosufficienti e ai portatori di handicap, stabilendo convenzioni con organizzazioni specializzate in questo settore.

Il terzo riguarda il più ampio ambito della crescita sociale e culturale dei soci con particolare riferimento ai giovani, che vanno avvicinati alla cultura cooperativa per dare futuro alla mutualità.

In particolare, per il primo aspetto, relativo alla educazione/prevenzione, è in fase di messa a punto un progetto che dovrebbe partire nel secondo semestre dell'anno in corso in forma "pilota".

Tale azione di sviluppo verrà accompagnata da misure di miglioramento del servizio nel tradizionale ambito di attività. In particolare si punta a promuovere il rimborso semestrale di medicinali e tickets che, sino ad oggi, aveva cadenza annuale.

Sul piano più prettamente organizzativo, l'orientamento è volto ad un'ulteriore razionalizzazione dei processi di lavoro attraverso l'utilizzo di procedure digitali di archiviazione e trattamento immagini. Ciò potrà consentire il drastico abbattimento del supporto cartaceo con razionalizzazione del lavoro, risparmi di tempo e spazi oggi occupati da ingombranti archivi fisici.

Proseguirà, infine, l'impegno di promozione dei servizi CRAMAS sia verso i dipendenti della Banca sia nei confronti dei soci BCC Roma per incrementare la compagine mutualistica e per dare sempre nuovi contenuti al comune impegno solidaristico.

Cari Soci,

il Consiglio di Amministrazione desidera esprimere un particolare ringraziamento al Presidente della BCC di Roma Francesco Liberati e agli altri membri del Consiglio di Amministrazione. Desidera ringraziare altresì il Direttore Generale Enrico Falcone, i dirigenti della Sede Centrale e i direttori delle agenzie della Banca per la particolare sensibilità con la quale seguono l'attività della nostra Mutua.

Un ringraziamento particolare ai collaboratori della CRAMAS ed al suo Direttore Sandro Melini unitamente ai dipendenti dell'Ufficio Soci, sempre disponibili per una intensa ed efficace partecipazione.

Questo Consiglio di amministrazione, infine, nel dichiarare che i criteri seguiti nella gestione sociale nel corso dell'esercizio 2004 per il conseguimento degli scopi statutari, sono stati conformi al carattere cooperativo della Società, come richiesto dall'art. 2 della Legge n° 59/1992, sottopone alla approvazione dell'Assemblea il bilancio dell'esercizio 2004, come esposto nella documentazione già in Vostro possesso di "stato patrimoniale", di "conto economico" nonché nella "nota integrativa".

Ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, e, nel rispetto delle norme statutarie, il Consiglio di amministrazione propone altresì di ripartire il residuo attivo di bilancio, pari a euro 42.338,03 nel modo seguente:

- al Fondo mutualistico per la promozione e lo sviluppo della cooperazione (art. 11, comma 4, Legge 59/1992) la somma pari a euro 1.270,14;
- al Fondo di riserva ordinaria la somma pari a euro 12.701,41;
- la restante parte del residuo attivo di esercizio pari a euro 28.366,48 a riserva indivisibile.

IL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Sviluppo compagine associativa per i titolari ed i familiari 1995-2004

Anni	Soci Titolari	Incremento Annuale	Familiari Assistibili	Incremento Annuale	Totale Assistiti	Totale Incremento	Totale Incremento %
1995	1.613	+483	2.952	+861	4.565	+1.344	41,7
1996	1.811	+198	3.162	+210	4.973	+408	8,9
1997	1.967	+156	3.422	+260	5.389	+416	8,4
1998	2.027	+60	3.530	+108	5.557	+168	3,1
1999	2.124	+97	3.718	+188	5.842	+285	5,1
2000	2.210	+86	3.876	+158	6.086	+244	4,2
2001	2.288	+78	3.902	+26	6.190	+104	1,7
2002	2.426	+138	4.176	+274	6.602	+412	6,7
2003	2.569	+143	4.354	+178	6.923	+321	4,9
2004	2.738	+169	4.602	+248	7.340	+417	6,0

Numero pratiche di rimborso 1995-2004

Anni	Numero rimborsi	Incremento %
1995	6.791	13,8
1996	6.887	1,4
1997	8.820	28,1
1998	8.264	- 6,3
1999	7.895	- 4,5
2000	8.684	10,0
2001	8.225	- 5,3
2002	9.202	11,9
2003	14.270	55,1
2004	12.931	- 9,4

Assistiti per sesso - 2004

	Uomini	Donne	Totali
SOCI	2.154	584	2.738
FAMILIARI	1.591	3.011	4.602
Totale assistiti	3.745	3.595	7.340

Assistiti per fasce di età - 2004

Fasce di età	Soci	Familiari	Totali
da 0 a 17	0	1.074	1.075
da 18 a 30	49	1.107	1.156
da 31 a 40	392	700	1.092
da 41 a 50	551	537	1.088
da 51 a 60	651	553	1.204
da 61 a 70	696	490	1.186
oltre 70 anni	399	140	539
Totali	2.738	4.601	7.340

Contributi e prestazioni economiche 1995-2004

Anno	Soci Assistibili	Contributi Riscossi	Variazione rispetto all'anno precedente	Prestazioni economiche erogate	Variazione rispetto all'anno precedente
1995	4.565	811.908,20	42.229,90	860.374,84	156.755,82
1996	5.041	902.213,43	90.305,23	756.377,47	-103.997,37
1997	5.389	1.157.531,23	255.317,80	1.037.577,92	281.200,45
1998	5.557	1.014.721,09	-142.810,14	844.929,68	-192.648,24
1999	5.842	828.810,81	-185.910,28	674.165,79	-170.763,89
2000	6.086	831.027,18	2.216,37	686.761,66	12.595,87
2001	6.189	845.288,88	14.261,70	702.172,73	15.411,07
2002	6.602	997.275,42	151.986,54	886.923,33	184.750,60
2003	6.923	1.447.473,65	450.198,23	1.246.538,32	359.614,99
2004	7.340	1.380.882,79	-66.590,86	1.130.229,54	-116.308,78

Prestazioni economiche per tipologia di intervento 2000-2004

Tipologia interventi	2000	2001	2002	2003	2004
analisi laborat. e accertam.diagnostici	94.674,81	94.996,05	101.017,06	150.030,47	108.069,63
assegno di solidarietà	28.921,59	9.296,22	19.108,90	43.267,36	45.096,85
assistenza domiciliare	4.356,31	2.478,99	3.088,66	14.460,28	7.127,94
contributi straordinari	0,00	0,00	0,00	2.000,00	0,00
cure odontoiatriche	163.220,01	163.082,11	162.612,09	274.672,97	236.250,87
indennità surrogatoria (*)	0,00	0,00	14.062,05	37.612,84	36.728,32
interventi ambulatoriali	33.115,73	37.195,74	25.400,26	24.222,32	22.570,19
lenti da vista	11.916,21	13.256,42	20.388,16	31.088,96	31.598,49
medicinali	34.645,48	14.306,89	17.753,29	31.926,55	56.917,90
presidi ortopedici e terapeutici	12.612,39	8.250,40	15.757,55	20.495,85	19.900,55
ricoveri e interventi chirurgici	138.401,67	185.919,84	297.414,00	327.509,55	303.564,97
terapie particolari	32.224,33	35.827,13	35.875,61	58.650,83	51.802,26
tickets	50.233,70	53.494,09	57.514,19	61.282,39	91.254,04
visite specialistiche	82.439,43	84.068,85	116.931,51	169.317,95	119.347,53
TOTALI	686.761,66	702.172,73	886.923,33	1.246.538,32	1.130.229,54
variaz. rispetto anno precedente	12.595,87	15.411,07	184.750,60	359.614,99	-116.308,78

(*) La prestazione indennità surrogatoria è stata introdotta dal 1° gennaio 2002

LIQUIDAZIONI ESERCIZIO 2004 PER MESE (*)

	imp. fatt.	imp. liquid.	dir. segr.	n° rimb.
ANNO 2003	713.857,36	250.956,91	10.525,00	2.801
GENNAIO 2004	184.854,17	65.675,37	3.010,00	759
FEBBRAIO 2004	204.277,07	74.201,58	3.360,00	800
MARZO 2004	241.229,19	82.992,68	3.550,00	1.013
APRILE 2004	243.522,22	93.545,31	3.215,00	814
MAGGIO 2004	260.453,91	91.161,04	3.185,00	840
GIUGNO 2004	203.447,80	64.512,37	2.950,00	729
LUGLIO 2004	216.302,16	71.381,24	2.985,00	882
AGOSTO 2004	42.895,51	20.118,61	690,00	160
SETTEMBRE 2004	123.570,81	47.881,62	2.525,00	585
OTTOBRE 2004	195.807,47	66.509,10	3.055,00	798
NOVEMBRE 2004	230.814,44	71.062,63	2.975,00	802
DICEMBRE 2004	205.668,10	67.882,73	2.395,00	837
	3.066.700,22	1.067.881,19	44.420,00	11.820
TICKETS 2004	83.570,64	38.376,64	2.840,00	638
MEDICINALI 2004	65.731,23	23.971,71	1.680,00	473
TOTALE	3.216.002,09	1.130.229,54	48.940,00	12.931

(*) Relativamente alla data fattura