



Seminario online dell'Associazione "Lavoro&Welfare"

**Ruolo e prospettive della Sanità complementare dopo il
Covid-19**

Il punto di vista dell'IVASS

Riccardo Cesari

Consigliere dell'IVASS

21 ottobre 2020

Ringrazio gli organizzatori per l'invito a fornire un contributo sulla situazione e le prospettive del sistema sanitario integrativo italiano.

L'iniziativa, programmata in periodo pre-Covid, è diventata ancor più importante e significativa dopo l'arrivo di questa grave epidemia planetaria che ha messo in tutta evidenza l'estrema fragilità dei sistemi socio-economici, delle modalità di produzione e scambio e più in generale di interazione nelle moderne economie di mercato.

L'organizzazione sociale, le strutture di governo e i sistemi sanitari, nessuno escluso, sono stati sottoposti a un fortissimo stress da cui, vorremmo sperare, si possa uscire in tempi brevi avendo appreso la dura lezione della storia e approntato gli opportuni strumenti di "prevenzione e protezione" tanto della salute fisica dei cittadini quanto della loro salute economica.

Poiché prevenzione, previdenza e protezione sono i concetti chiave di ogni sistema di welfare, è chiaro che il disegno di un nuovo modello di welfare, efficace, sostenibile e resiliente, è parte non marginale di una vincente strategia di uscita dalla crisi pandemica.

1. Sanità e Previdenza in Italia: un confronto

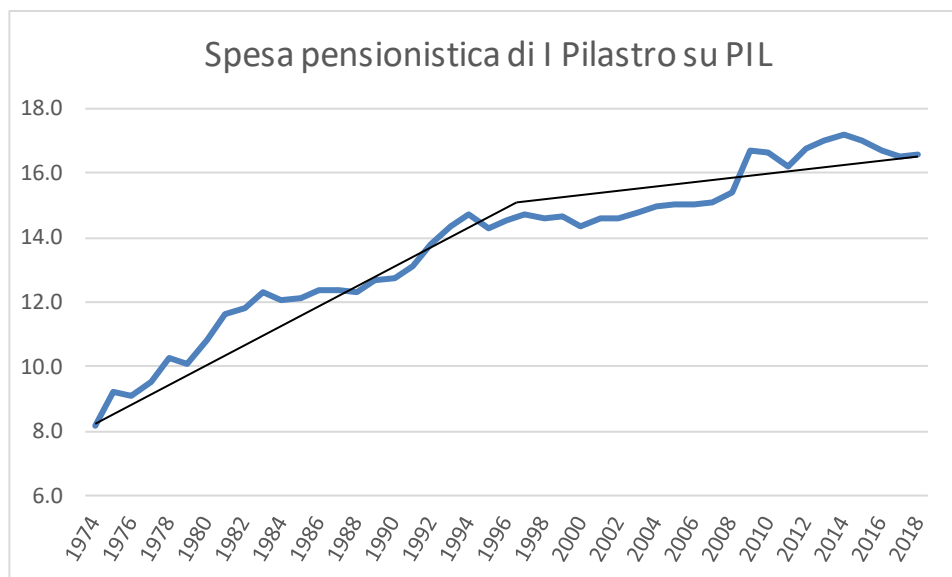
Scuola, Sanità e Previdenza sono le tre grandi aree di ogni sistema di welfare.

In particolare, Sanità e Previdenza, in Italia, sembrano mostrare importanti affinità e tendenze strutturali comuni: un consolidato pilastro di base a partecipazione universale e un pilastro integrativo (di tipo individuale o collettivo) che va ad aggiungersi alla copertura di base.

Nel caso italiano, le affinità finiscono qui, in quanto a fronte di uno sviluppo, anche regolamentare, della Previdenza che può dirsi in gran parte compiuto, la Sanità attende ancora una sistemazione adeguata, ai diversi livelli della regolamentazione.

Infatti, l'evoluzione pluridecennale della spesa previdenziale di I Pilastro mostra molto chiaramente due fasi: una prima fase di forte crescita fino alla metà degli anni '90 e una seconda fase, caratterizzata dalla riforma globale del sistema pensionistico, di crescita più moderata, affiancata dallo sviluppo dei fondi pensione (Fig. 1).

Fig. 1

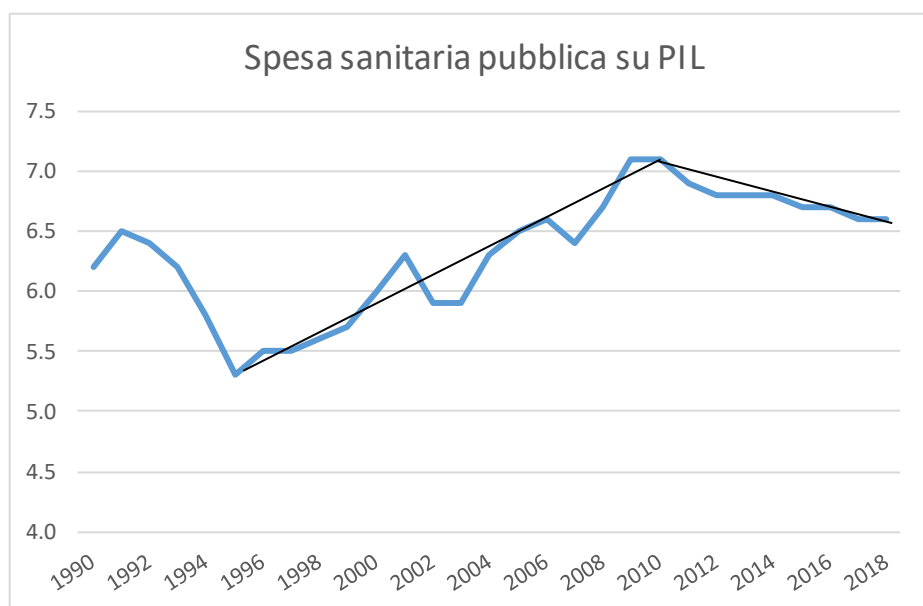


Fonte: Istat

La spesa sanitaria pubblica, oltre a collocarsi su livelli assai più contenuti (7.1% il valore di picco, nel 2009 dopo il 3.3% del 1960 e il 5.9% del 1980) ha visto una netta inversione di tendenza che l'ha portata, in quasi 10 anni, a scendere progressivamente fino al 6.6% del Pil, vale a dire a 115 miliardi di euro (Fig. 2). A questi vanno aggiunti, con riferimento al 2019, 4.3 miliardi di spesa sanitaria intermediata (da fondi, mutue e imprese di assicurazione) e quasi 36 miliardi di spesa diretta delle famiglie (spesa out-of-pocket).

Nel complesso, l'intera spesa sanitaria pubblica e privata italiana (155 miliardi di euro) copre circa il 9% del PIL.

Fig. 2



Fonte: Ministero dell'Economia e delle Finanze

La spesa intermediata, che si è rivelata di gran lunga la più dinamica negli ultimi 7 anni (+37%), è costituita per oltre due terzi da fondi e società mutue sanitarie (+35%) e per un terzo da polizze malattia intermedie direttamente dalle compagnie di assicurazione (+40%) (Tab. 1)

Tab. 1 – La spesa sanitaria in Italia 2013-2019

(in miliardi di euro e in percentuale del PIL)

miliardi €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Var%
Spesa pubblica	107.2	110.6	110.8	112.2	113.1	114.9	114.8	7.1%
Spesa intermediata	3.1	3.2	3.4	3.4	3.7	4.2	4.3	36.7%
di cui fondi e mutue (*)	2.1	2.2	2.4	2.3	2.5	2.9	2.9	35.4%
di cui compagnie	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.3	1.4	39.6%
Spesa out-of-pocket	31.5	32.4	33.8	33.9	36.0	35.7	35.8	13.6%
Totale	141.8	146.2	148.0	149.5	152.8	154.8	154.8	9.2%
percentuale del PIL	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Var ass
Spesa pubblica	6.6	6.8	6.7	6.6	6.5	6.5	6.4	-0.2
Spesa intermediata	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.0
di cui fondi e mutue (*)	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	-0.1
di cui compagnie	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Spesa out-of-pocket	2.0	2.0	2.0	2.0	2.1	2.0	2.0	0.0
Totale	8.8	9.0	8.9	8.8	8.8	8.7	8.7	-0.1

Fonte: MEF, Istat e Ivass

(*) Alcuni fondi e mutue ricorrono a loro volta a compagnie di assicurazione

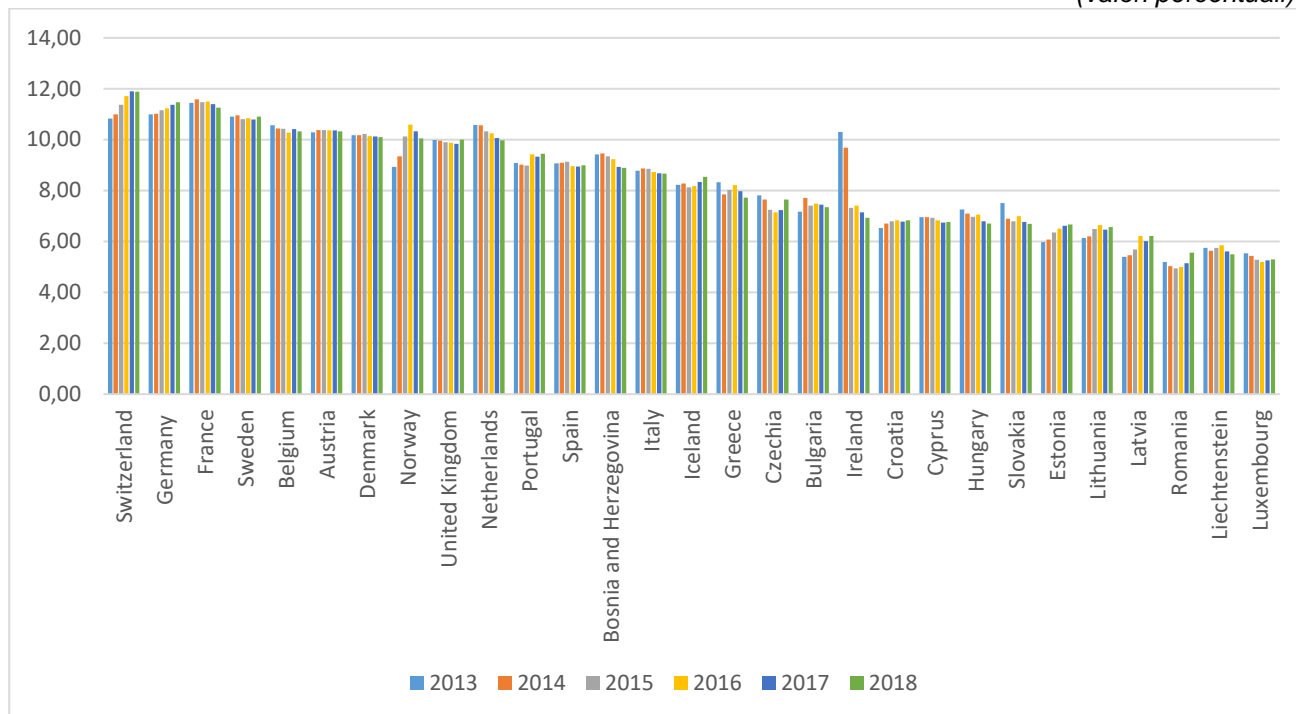
2. Alcuni confronti internazionali

Con riferimento alla spesa sanitaria totale in rapporto al PIL, Italia, Portogallo e Spagna presentano incidenze pari a circa il 9% e, all'estremo inferiore, Romania segnala un valore pari a circa il 5%. Svizzera, Francia, Svezia e Germania registrano, invece, i valori più elevati (tra l'11% e il 12%).

Ancor più significativo appare il fatto che chi ha la spesa più elevata mostra una dinamica crescente (Fig. 3), un elemento da non trascurare alla luce della pandemia in atto.

Fig. 3 - Spesa sanitaria su PIL nel 2018

(valori percentuali)



Fonte: EUROSTAT 2020

In Europa, i regimi sanitari, sebbene largamente eterogenei tra loro, si possono distinguere in due macro-modelli, a seconda della presenza o meno di forme di assicurazione sanitaria obbligatoria.

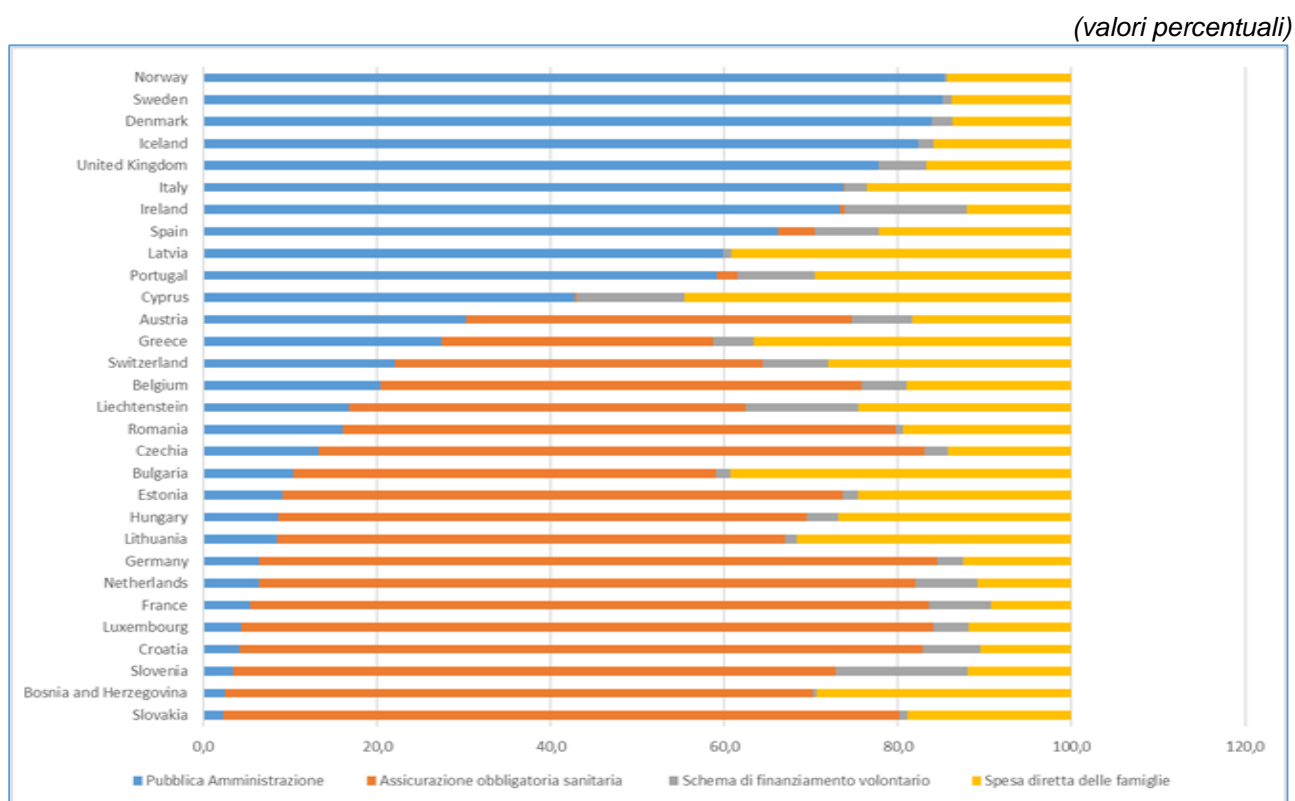
Queste sono quasi del tutto assenti nei 4 “angoli” dello spazio europeo (Fig. 4): UK, Irlanda Islanda; Svezia, Norvegia, Danimarca; Italia; Spagna e Portogallo. Viceversa, negli altri Paesi l’assicurazione sanitaria obbligatoria è presente in misura anche rilevante (Francia¹, Germania, Olanda, Belgio, Svizzera, Austria).

Aggregando la spesa sanitaria pubblica con quella privatistica ma obbligatoria si ottengono quote tra il 70 e l’85%. Gli altri due canali di spesa sono il canale diretto (out-of-pocket) e le forme integrative volontarie. La spesa diretta delle famiglie è particolarmente elevata in Italia (23.5% del totale), Spagna, Portogallo e Svizzera mentre ha valori minimi, nell’area europea, in Germania (12.5%), Francia, Olanda.

¹ In Francia vige ancora il principio che anche per la copertura sanitaria di base è previsto l’anticipo delle spese da parte dell’assistito.

In Germania dai dati 2017 si rileva che l'11% dei cittadini, sfruttando il meccanismo dell'*opting out*², richiedono anche le funzioni primarie della sanità di base alle forme assicurative obbligatorie.

Fig. 4 - Spesa sanitaria per canale di finanziamento nel 2018



Fonte: EUROSTAT 2020

3. I trend demografici

Denatalità e invecchiamento della popolazione sono due tendenze comuni nei vari paesi europei.

Tuttavia, sia oggi che nelle proiezioni sul futuro, l'Italia presenta i livelli più elevati per quota di over-65, per quota di over-80 e per rapporto di dipendenza degli anziani (over-65 su popolazione in età da lavoro; Tab. 2)

² In Germania i lavoratori dipendenti possono essere assicurati in una copertura privata a partire da un reddito lordo superiore al limite dell'assicurazione obbligatoria (nel 2019: 5.062,5 euro mensili). Le persone in questione devono presentare una richiesta per essere esonerate dall'obbligo di assicurazione sanitaria obbligatoria.

Tab. 2 – Indicatori di invecchiamento della popolazione: 2018 e 2030

	Italia		Germania		Francia	
	2018	2030	2018	2030	2018	2030
quota 65 +	22.6%	27.2%	21.4%	26.1%	19.7%	23.6%
quota 80 +	7.0%	8.7%	6.4%	7.8%	6.1%	7.7%
ratio dipendenza anziani (65 +/15-64)	35.3%	44.6%	32.8%	43.3%	31.8%	40.0%
ratio totale dipendenza (<20 e 65+/15-64)	68.6%	76.9%	65.4%	79.8%	79.2%	87.2%

Fonte: OECD

Il numero dei sopravvissuti da 65 anni in su e da 80 anni risulta più elevato rispetto sia alla situazione tedesca che a quella francese. Viceversa il ratio totale della dipendenza, che include a numeratore anche le classi dei giovani, presenta dei valori più contenuti rispetto al dato francese, sia oggi che al 2030. Il dato tedesco, partito da livelli inferiori all'Italia, è previsto portarsi vicino all'80%. Tale dato, letto come rapporto di dipendenza, indica una situazione apparentemente più agevole per il nostro Paese.

Tuttavia, a ben guardare, ciò significa che sia in Germania come in Francia sono in atto politiche di incremento della natalità e di svecchiamento della popolazione che paiono assenti nel prevedibile futuro del nostro Paese. Da tali politiche beneficiare, in prospettiva, il potenziale di crescita dell'economia nazionale.

4. Gli intermediari nella spesa sanitaria

Fondi sanitari, società e casse mutue e compagnie di assicurazione sono i protagonisti nell'intermediazione della spesa sanitaria, con ammontari che, nonostante la crescita degli ultimi anni, restano modesti, poco superiori ai 4 miliardi di euro, 2.8% della spesa sanitaria totale, 0.2% del PIL (Tab. 1)

Il Ministero della Salute nel mese di novembre 2018 ha pubblicato un Report su *“Le attività dell’Anagrafe fondi sanitari e i dati del Sistema Informativo Anagrafe Fondi”* ove si evidenzia la situazione al 31 dicembre 2017 circa il numero dei fondi sanitari integrativi (nove) che hanno effettuato l'iscrizione presso la suddetta Anagrafe, fermo restando che l'iscrizione non è obbligatoria ma necessaria per ottenere i benefici fiscali.

Dai dati emerge anche una crescita del numero dei fondi e un aumento del numero degli iscritti (Tab. 3).

Tab. 3 – Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute – situazione risorse impegnate

Numero fondi				Totale iscritti	Risorse impegnate (<i>milioni di euro</i>)		
Anno	Fondi attestati	Tipo A	Tipo B		Ammontare generale	Ammontare risorse vincolate*	Ammontare ris. vinc./ammontare generale
2013	276	3	273	5.831.943	1.914	603	31,52%
2014	290	4	286	6.914.401	2.112	691	32,72%
2015	300	7	293	7.493.824	2.160	682	31,60%
2016	305	8	297	9.154.492	2.243	694	30,94%
2017	322	9	313	10.617.215	2.328	754	32,38%

Fonte: elaborazione su dati Anagrafe dei fondi sanitari del Ministero della Salute

* Almeno il 20% delle risorse del fondo sanitario vincolate per assistenza LTC, soggetti temporaneamente inabili e per odontoiatria

La forma giuridica nella gran parte dei casi è quella dell'associazione non riconosciuta ex art. 36 Codice Civile, priva di personalità giuridica (261 fondi), seguita dalle società di mutuo soccorso ex lege 3818/1886 (42 società).

Nella tabella 4 che segue sono riportate le principali differenze tra fondi sanitari integrativi e polizze assicurative nel ramo malattia.

Tab. 4 – Confronto tra Fondi sanitari e polizze assicurative

	Fondi sanitari integrativi	Polizze ass.ve individuali
Requisiti di accesso	Iscrizione all'anagrafe dei fondi sanitari integrativi (non obbligatoria) tenuta presso il Ministero della Salute	Autorizzazione all'attività assicurativa con requisiti di forma sociale, capitale minimo e governo societario ex art. 14 CAP
Vigilanza	*	IVASS
Rapporto con iscritto	Statuto/Regolamento	Contratto assicurativo
Costi	Contributo fisso	Premio variabile
Selezione rischi **	No	Si
Coperture malattie pregresse	Si	No
Recesso	No	Si
Agevolazioni fiscali	Deducibilità contributi 3.615,2 euro Detraibilità spese non rimborsate 19% oltre 129,11 euro	Nessuna deducibilità Imposta sul premio 2.5% Detraibilità spese 19% oltre 129,11 euro

* Non sussiste alcun organismo che vigili i fondi sanitari. Le Società di Mutuo Soccorso in senso lato sono sottoposte al controllo del Ministero dello Sviluppo Economico

** Per quanto concerne il divieto di selezione dei rischi, il legislatore ha disegnato i fondi sanitari integrativi in modo analogo al Sistema Sanitario Nazionale, sancendo il carattere universalistico e obbligatorio della copertura. Questo principio è spesso utilizzato anche nei contratti assicurativi limitatamente alle polizze collettive, ove è possibile adottare un impianto assuntivo basato su assenza di selezione del rischio; costo standardizzato e omogeneo per tutti gli assicurati; ampiezza delle coperture. Quando invece non si assicurano intere collettività, è sempre prevista una selezione dei rischi con la finalità di evitare selezioni avverse, che si avrebbero con la maggiore richiesta di copertura da parte dei soggetti più esposti al rischio di talune patologie o con patologie già in corso.

L'attività regolamentare sui fondi integrativi non è andata molto oltre l'istituzione dell'anagrafe presso il Ministero della Salute (prevista dall'art. 9 D.Lgs 502/1992 come modificato dall'art. 9 D.Lgs 229/1999 ma in realtà istituita solo nel 2008), sotto il vincolo di destinare almeno il 20% delle risorse a prestazioni non coperte dal S.S.N., mentre essa richiederebbe una articolata stesura sia in termini di vigilanza prudenziale che di vigilanza di condotta, per una piena salvaguardia degli utenti finali.

Tenendo presente il Codice delle Assicurazioni Private (CAP), anche ai fini di un corretto *level playing field*, un'adeguata normativa di settore dovrebbe includere requisiti minimi per l'autorizzazione e la gestione professionale, il ricorso all'outsourcing, la costituzione di riserve tecniche, l'adeguatezza patrimoniale e organizzativa, la redazione dei bilanci, la trasparenza dei contratti, i processi di distribuzione e di verifica dell'adeguatezza delle coperture offerte.

Attraverso i canali, sempre attivi, del Contact Center e dei reclami dei consumatori, che pervengono ad IVASS, a volte, anche in assenza dei presupposti normativi per un ruolo attivo dell'Istituto, emerge che la trasparenza in tema di:

- (i) perimetro delle prestazioni e modalità di attivazione,
- (ii) autorizzazione preventiva all'assistenza sanitaria diretta
- (iii) valutazione successiva delle richieste di rimborso,

è di gran lunga l'aspetto di maggiore criticità, che raccoglie non poche lamentele, con effetti negativi sia sulla soddisfazione della clientela che sulla reputazione degli intermediari assicurativi.

Sebbene i reclami ricevuti dalle imprese assicurative siano complessivamente in calo, all'opposto, i reclami ricevuti da IVASS tra il 2016 e il 2019 sono in riduzione nell'insieme del ramo danni (-25%) ma più che raddoppiati nel ramo malattia (+113%).

Si tratta di un segnale da monitorare attentamente e che chiama in causa tutti gli operatori del mercato, incluso lo stesso legislatore.

Al riguardo, l'individuazione di un nomenclatore unico delle prestazioni specialistiche al quale dovrebbero attenersi tutti gli operatori della sanità integrativa (fondi, casse, società di mutuo soccorso, imprese di assicurazione, providers...) potrebbe essere di estrema utilità, sia per accrescere trasparenza e comprensibilità e ridurre la discrezionalità dei soggetti erogatori, sia per consentire un confronto omogeneo tra programmi sanitari offerti da diversi players, nel rispetto della libertà di scelta del cittadino.

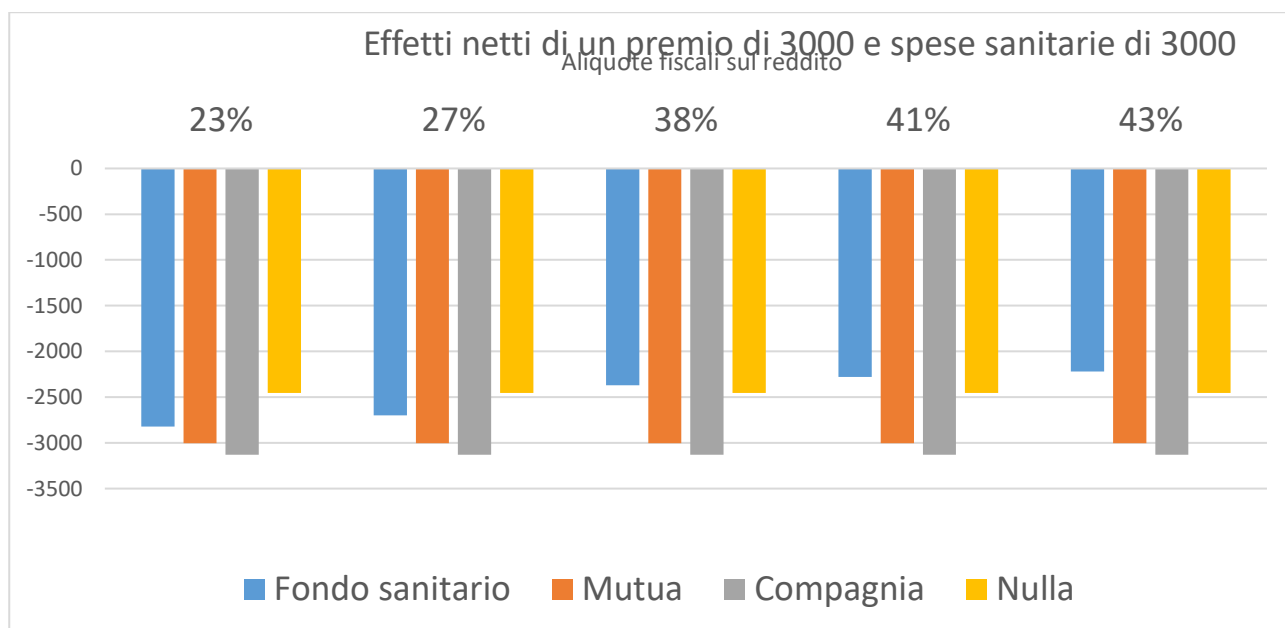
5. Gli effetti fiscali

Nel confronto tra coperture alternative delle spese sanitarie gioca un ruolo fondamentale il trattamento fiscale.

Per dare un'idea degli effetti relativi di deduzioni e detrazioni, nella Fig.5 è rappresentato l'effetto netto di contributi o premi alle forme integrative per 3000 euro a fronte di spese sanitarie di pari importo.

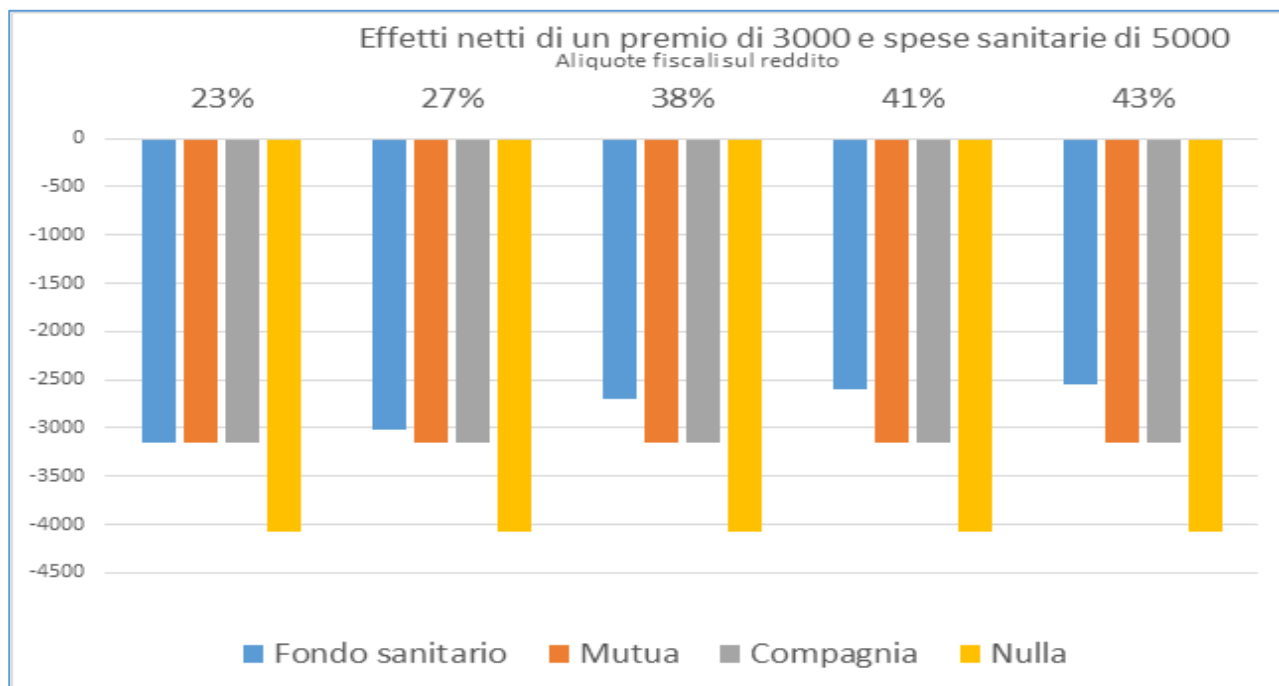
La convenienza relativa della spesa out-of-pocket (minore effetto netto negativo) si riduce al crescere dell'aliquota fiscale sul reddito (dal 23% al 43%) ma solo per i fondi integrativi, per i quali la contribuzione è una spesa deducibile dal reddito (nel limite di 3615.20 euro) e quindi ha effetti benefici in misura crescente al crescere dell'aliquota marginale.

Fig. 5



Tuttavia, se le spese sanitarie sono più elevate (5000 euro), tutte le forme di integrazione diventano convenienti rispetto alla spesa out-of-pocket mentre si mantiene l'effetto "regressivo" della maggior convenienza dei fondi integrativi al crescere dell'aliquota fiscale (Fig. 6).

Fig. 6



6. L'assicurazione nel ramo malattia

Il ramo malattia raccoglie una quota rilevante dell'importo destinato alla sanità integrativa intermediata (direttamente o indirettamente) pari a 2,7 miliardi di euro a fronte di 4,1 miliardi di euro totali. L'incidenza della produzione raccolta dal ramo (circa 8%) risulta ancora modesta se raffrontata con l'intero comparto danni.

Tab. 5 – Premi lordi contabilizzati del ramo malattia

(milioni di Euro)

Esercizio	N. imprese (a)	Premi	Δ% (*)	% di portafoglio rami danni
2014	67	2.056	-0,6	6,3
2015	67	2.143	4,2	6,7
2016	64	2.349	9,5	7,4
2017	60	2.574	9,7	8,0
2018	60	2.763	7,3	8,3

Fonte: IVASS

Significativo anche un apprezzabile processo di concentrazione (-10%) nel numero di imprese attive nel settore.

Il numero dei sinistri (Tab. 6) è in forte crescita rispetto al 2014 (+65,7%). Si evidenzia il consistente incremento della frequenza di sinistri salita al 37,7% nel 2018 dal 26,5% del 2014, effetto di una avversa selezione di portafoglio (le unità di rischio sono aumentate del +11,5% nel 2017 e del +7.2% nel 2017).

Tab. 6 – Sinistri denunciati

Esercizio	N. unità di rischio	Δ%	N. denunciati con seguito al lordo della stima per i tardivi	Δ%	Frequenza sinistri
2014	16 746 101	0,2	4 444 341	1,5	26.5
2015	16 127 874	-3,7	4 738 225	6,6	29.4
2016	16 338 482	1,2	5 198 881	9,7	31.8
2017	17 507 919	7,2	5 871 299	12,9	33.5
2018	19 512 654	11,5	7 364 023	25,4	37.7

Fonte: IVASS

Il risarcimento medio per sinistro scende del -25% dal 2014 al 2018 (Tab. 7), ma il rapporto sinistri su premi si incrementa passando dal 68% del 2014 al 74% del 2018.

Tab. 7 – Ramo malattia: risarcimento medio e rapporto S/P

(milioni di euro e costi medi in euro)

Accadimento	Importo pagato e riservato	Costo medio complessivo dei sinistri	Δ%	S/P cumulato (lordo IBNR)
2014	1.446	356		68,2%
2015	1.484	338	-5,1	68,6%
2016	1.590	324	-4,1	69,6%
2017	1.719	300	-7,4	71,0%
2018	1.966	267	-11,0	74,1%

Fonte: IVASS

Tra il 2014 e il 2018, in media il 54% dei premi del ramo malattia è frutto di polizze collettive sottoscritte da fondi sanitari e simili, il 15% da sottoscrizioni collettive di altro tipo e soltanto il 31% da polizze individuali.

La frequenza delle denunce di sinistro dei fondi sanitari (Tab. 8) risulta pari al 62,3% ed è quasi doppia rispetto alla media generale di 31,6%, mentre quella degli assicurati da contratti collettivi di altro tipo è molto contenuta essendo pari al 6,3%. Le denunce dei sinistri senza seguito pari al 13% circa è simile tra le polizze collettive e quelle individuali.

Tab. 8 – Ripartizione sinistri denunciati 2018

	N. unità di rischio	N. denunciati	Δ%	N. denunciati con seguito (netto tardivi)	Δ%	Denunciati con seguito / denunciati
Polizze collettive - fondi sanitari	8.919.996	6.356.140	71,3%	5.560.332	62,3%	87,5%
Altre polizze collettive	3.234.863	281.957	8,7%	204.140	6,3%	72,4%
Totale polizze collettive	12.154.859	6.638.097	54,6%	5.764.473	47,4%	86,8%
Totale ramo malattia	19.512.654	7.102.257	36,4%	6.159.398	31,6%	86,7%

Fonte: IVASS

Confrontando le polizze stipulate da fondi sanitari e le altre nel 2018, emerge che gli assicurati tramite fondi sanitari pagano un premio medio superiore alla media (173 euro, contro 142; Tab. 9)

Il risarcimento medio di un sinistro di un fondo sanitario è pari a 176 euro, inferiore alla media complessiva del 20% circa, così come risulta inferiore del 30% circa il valore di 268 euro del riservato medio. I corrispondenti valori medi per i sinistri degli assicurati delle altre polizze collettive, pari a 418 e 1.255 euro, risultano invece molto superiori alle medie del ramo malattia. Il costo medio complessivo pari a 552 euro delle altre polizze collettive è pari a più del doppio di quello medio generale 259 euro.

Tab. 9 – Risarcimento medio per tipologia di contratto 2018

(in euro e valori percentuali)

	Premio medio contabilizzato	Rapporto sul totale ramo	Pagato medio di generazione	Rapporto sul totale ramo	Riservato medio di generazione	Rapporto sul totale ramo	Costo medio di generazione
Polizze collettive - fondi sanitari	172,5	121,9%	176,4	79,1%	268,2	68,6%	196,5
Altre polizze collettive	115,3	81,4%	417,5	187,2%	1.255,1	321,0%	551,8
Totale polizze collettive	157,3	111,1%	185,5	83,2%	294,0	75,2%	209,0
Totale ramo malattia	141,6	100%	223,0	100%	391,0	100%	259,0

Fonte: IVASS

Le polizze dei fondi sanitari si caratterizzano quindi per una propensione molto elevata a generare sinistri, tuttavia in media meno costosi. Si rilevano valori di sinistri a premi e di *loss ratio* di esercizio superiori al totale di ramo, rispettivamente 60,1% rispetto a 74,9% e 73,9% contro 89,9%. I due indicatori per le altre polizze collettive sono invece molto inferiori pari, rispettivamente, al 32% e al 47,6%, caratterizzate da una frequenza sinistri pari a un quinto di quella media.

Tab. 10 – Indicatori del ramo

	Sinistri a premi	Freq. Sinistri (netto IBNR)	Loss Ratio dell'esercizio
Polizze collettive - fondi sanitari	60,1%	31,6%	73,9%
Altre polizze collettive	74,9%	62,3%	89,9%
Totale polizze collettive	32,0%	6,3%	47,6%
Totale ramo malattia	66,5%	47,4%	82,5%

7. Un esempio di sanità integrativa: la Long Term Care

Come la previdenza integrativa è sorta e si è sviluppata per dare ai cittadini una risposta concreta al rischio di sopravvivere alla propria autosufficienza economica, così si può individuare per la sanità integrativa l'obiettivo non meno urgente e qualificante di proteggerli dal rischio, tutt'altro che remoto, di sopravvivere alla propria autosufficienza fisica.

La c.d. Long Term Care (LTC) è la copertura che viene incontro a tale bisogno, reso urgente dai trend demografici sopra richiamati, che combinano, soprattutto in Italia, l'allungamento della speranza di vita (grazie ai progressi della medicina), l'invecchiamento della popolazione (causato dalla denatalità), la crisi di produttività e di innovazione del sistema economico e l'elevato indebitamento del settore pubblico.

L'esperienza di altri Paesi europei è significativa: ad esempio, la Germania adotta da più di vent'anni un piano pubblico per la LTC, con contribuzione obbligatoria, gestito da Casse di Assistenza. I premi sono indipendenti da età e sesso e sono ripartiti in via paritaria tra lavoratore e datore di lavoro (gestione a ripartizione). La garanzia opera anche per disoccupati, coniuge, studenti e bambini. Il ceto più abbiente (circa 10% della popolazione) non è coperto dall'assistenza pubblica ed è tenuto a stipulare dei contratti assicurativi privati con premi differenziati per età (gestione a capitalizzazione). In Francia nel 1997 si è introdotta una norma (rivista nel 2002) che tutela contro il rischio di non autosufficienza. Nel 2019 la garanzia ammonta a 672 euro mensili a carico dello Stato, crescente su 4 livelli di non autosufficienza e di reddito. Ad essa si aggiunge l'offerta assicurativa privata (*assurance dépendance*) gestita nei rami vita, con circa tre milioni di assicurati a fine 2017.

In attesa che anche l'Italia riconosca la LTC tra i "livelli essenziali di assistenza", si può valutare la dimensione del problema da un'indagine ISTAT del 2017 sulla disabilità. Ne emerge che per gli over 65 anni, i soggetti limitati parzialmente a svolgere un'attività domestica sono circa 1,9 milioni per gli uomini (un terzo del totale) e circa 2,8 milioni per le donne (38% del totale), quindi una collettività prossima ai 5 milioni di persone. Le quote si riducono per gli ultrasessantacinquenni limitati gravemente, che risultano pari a circa 700 mila per gli uomini (12%) e circa 1,2 milioni per le donne (16%).

La spesa pubblica per forme di assistenza, rivolta agli anziani e ai disabili, nelle tre componenti sanitaria, indennità di accompagnamento e altre prestazioni, supera i 30 miliardi di euro nel 2017 (1,7% del Pil, Tab. 11) ed è destinata a crescere sensibilmente negli anni.

Tab. 11 – Spesa per forme di assistenza in rapporto al PIL– anno 2017

	Spesa annua	%	% su PIL
Comp. Sanitaria	12.345	40,5	0,7
Ind. Accompagnamento	14.109	46,2	0,8
Altre Prest. (RSA/Abitaz./Diurni)	4.056	13,3	0,2
Totale	30.510		1,7

Fonte: RGS Rapporto 19/2019

La difficoltà di far fronte ai bisogni attuali e futuri delle persone anziane non autosufficienti stimola la necessità di risposte anche dal mondo assicurativo, con costi tanto più sopportabili quanto più giovane è l'età del beneficiario. Al momento la copertura privata di rischi LTC, con l'erogazione di una rendita a favore del soggetto non autosufficiente è assai poco diffusa.

In prospettiva, andrebbe valutata l'ipotesi di introdurre modelli integrativi che prevedano un sistema ibrido obbligatorio o comunque molto esteso basato anche sulla contribuzione privata: lo Stato stabilisce le regole e garantisce un'adeguata deduzione fiscale; i datori di lavoro e i lavoratori versano la rispettiva contribuzione; le imprese di assicurazione specializzate gestiscono le risorse con un modello mutualistico ed universalistico, ed erogano le prestazioni, liberando il sistema sanitario pubblico da un onere crescente di un'adeguata assistenza per i non autosufficienti.

8. Conclusioni

La riforma della sanità integrativa, già più volte auspicata prima della pandemia da Covid, è ora parte non marginale di una strategia vincente di uscita dalla crisi sanitaria nella sua dimensione globale.

Come nel caso delle pensioni una lungimirante iniziativa riformistica, combinando pilastro pubblico e privato, ha rimesso su un sentiero di equilibrio il welfare previdenziale, così ci si aspetta, in linea con le migliori esperienze europee, che anche la sanità possa coniugare sostenibilità economica e qualità dei servizi procedendo speditamente su un sentiero di riforma che abbia al centro il cittadino e il suo bisogno di cura e prevenzione lungo tutto l'arco della sua vita.

Appendice

I Fondi sanitari integrativi: aspetti normativi

Le forme di assistenza sanitaria integrativa sono gestite da Enti con scopo di lucro (imprese di assicurazioni) o Enti senza scopo di lucro (Fondi sanitari).

Già nella legge n.833/1978 era presente la possibilità di integrare le prestazioni sanitarie erogate dal servizio pubblico attraverso il ricorso diretto al mercato sanitario o la partecipazione a forme di mutualità volontaria.

Le forme di assistenza sono state istituite con l'art. 9 del D. Lgs. n. 502/1992 con l'obiettivo di integrare la copertura sanitaria obbligatoria³.

Il D. Lgs. n.517/1993, all'art. 10, ha precisato che il Fondo sanitario è autogestito ovvero può essere affidato in gestione mediante convenzione con società di mutuo soccorso o con impresa assicurativa autorizzata.

Con il D. Lgs. n. 229/1999 (riforma "Bindi") è stata introdotta la tipologia dei Fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (Fondi doc), pensati come un complemento alla Sanità pubblica, al fine di garantire una copertura su base collettiva di tutte le prestazioni non garantite dal SSN o a carico dei cittadini. Gli elementi alla base di tale forma di assistenza sono:

- divieto della selezione dei rischi sanitari in base all'età e al sesso;
- assenza della discriminazione dei premi da pagare;
- mancata concorrenza col SSN o limitata concorrenza.

³ Le fonti istitutive previste dal D. Lgs. 502/1992, art. 9, come modificato dal D. Lgs. 229/1999, sono:

- contratti ed accordi collettivi;
- accordi tra lavoratori autonomi, promossi da organizzazioni sindacali o da associazioni di rilievo almeno di livello provinciale;
- regolamenti di regioni, di enti territoriali o di enti locali;
- deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative che operano nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
- deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
- atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

Le altre forme di assistenza (Fondi non doc) non disciplinate dal D. Lgs. n. 229/1999 sono state riconosciute solo con il D.M. 31 marzo 2008 (riforma “Turco”), che contiene la definizione degli ambiti di intervento dei Fondi doc e degli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, che non rientrano nell'ambito dei Fondi sanitari integrativi del SSN. L’operatività degli enti, casse e società di mutuo soccorso prevede il complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da essi assicurate secondo i propri statuti e regolamenti, con alcuni vincoli posti dalla norma (il 20% dell’ammontare complessivo delle risorse a favore dell’assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e finalizzata al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabili nonché per assistenza odontoiatrica).

Infine, il D.M. 27 ottobre 2009 (Decreto “Sacconi”) introduce la distinzione tra Fondi sanitari integrativi delle prestazioni del SSN, istituiti ai sensi dell’art. 9 del D. Lgs. n.502/1992, e gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivo fine assistenziale che erogano prestazioni sostitutive e/o integrative del SSN e che sono disciplinate dall’art. 51, comma 2, lett. e) del TUIR.

L’art. 9, comma 7, del D. Lgs. n.229/1999 prevede per i Fondi integrativi del SSN che essi siano autogestiti dagli organismi che li hanno istituiti, avvalendosi eventualmente dei servizi amministrativi esterni, ovvero che operino tramite apposite convenzioni con istituzioni pubbliche o private presenti nel settore sanitario o socio-sanitario da almeno cinque anni.

Sulla base della modalità di erogazione delle prestazioni, i fondi si suddividono in due categorie:

- Gestione diretta, nella quale l’aderente si rivolge all’erogatore della prestazione e il Fondo liquida l’erogatore;
- Gestione indiretta, nella quale l’aderente si rivolge all’erogatore, paga la prestazione e ne chiede il rimborso totale o parziale al Fondo.

Le prestazioni erogabili si differenziano a seconda della forma di assistenza sanitaria cui si è aderito. I Fondi sanitari integrativi del SSN erogano prestazioni aggiuntive, non ricomprese nei Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza, impiegando strutture accreditate al SSN e riconoscono, per la quota non a carico del SSN:

- prestazioni comprese nei predetti livelli essenziali di assistenza;

- cure termali;
- prestazioni socio-sanitarie in strutture accreditate residenziali, semi-residenziali o in forma domiciliare.

Le prestazioni a carico degli enti, casse e società di mutuo soccorso sono stabilite dai rispettivi statuti e regolamenti nonché dai costi di compartecipazione alla spesa sostenuti dai cittadini nella fruizione delle prestazioni del servizio sanitario nazionale e dagli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione.