

Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli enti gestori  
di forme obbligatorie di previdenza e assistenza

Indagine conoscitiva sulla funzionalità del sistema previdenziale  
obbligatorio e complementare, nonché del settore assistenziale,  
con particolare riferimento all'efficienza del servizio, alle  
prestazioni fornite e all'equilibrio delle gestioni

Audizione del Segretario Generale  
dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)

Stefano De Polis

7 aprile 2022



Signor Presidente, Onorevoli Senatori e Deputati,

a nome dell'IVASS ringrazio questa Commissione parlamentare di controllo per l'invito a partecipare al ciclo di audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla funzionalità del sistema previdenziale obbligatorio e complementare, nonché del settore assistenziale.

L'incontro è un'occasione preziosa per poter illustrare ruolo e competenze del sistema assicurativo e dell'Istituto nell'ampio settore del *welfare* (nelle sue componenti sanitaria, previdenziale e assistenziale).

In particolare, il tema della sanità integrativa è di crescente interesse considerate l'evoluzione del contesto economico – sociale (aumento della speranza di vita e conseguente invecchiamento della popolazione, cambiamento degli stili di vita, maggiore ricorso a prestazioni sanitarie attesi anche i continui progressi della medicina), l'esigenza di rimodulare il sistema sanitario a seguito della pandemia e la ormai costante, progressiva crescita della spesa sanitaria privata.

Il mio intervento si aprirà con una rappresentazione della rilevanza economica del settore del *welfare* sanitario nazionale e una sintetica descrizione della sua articolazione; fornirò anche dati sul ruolo del settore assicurativo nell'ambito delle forme sanitarie integrative e una illustrazione del quadro normativo di riferimento per la vigilanza, con identificazione dei compiti e delle responsabilità delle diverse Autorità coinvolte.

Mi soffermerò poi sulle principali problematiche attinenti al tema della sanità integrativa che abbiamo raccolto nell'ambito della nostra attività di vigilanza, attraverso la gestione dei reclami e le segnalazioni telefoniche.

Formulerò quindi qualche spunto di riflessione, per un'azione più ampia ed organica di riordino normativo che il legislatore potrebbe valutare di intraprendere a seguito di questa indagine conoscitiva nell'ottica di perseguire l'obiettivo primario di tutela dei cittadini e al fine

di migliorare le condizioni di fruibilità delle prestazioni sanitarie e le relazioni tra tutte le controparti che, a vario titolo, intervengono nel circuito della sanità integrativa.

Infine, qualche cenno alla “non autosufficienza” e, per i profili che ricadono nella competenza dell’Istituto, alla previdenza complementare.

## I TREND DEMOGRAFICI

Per un corretto inquadramento delle problematiche oggetto di esame è utile premettere alcuni brevi cenni ai *trend* demografici in atto in Italia e nei paesi europei con situazioni economico-sociali analoghe alla nostra.

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. 1).

**Tabella 1. Indicatori di invecchiamento della popolazione: 2018 e 2030**

	Italia		Francia		Germania	
	2018	2030	2018	2030	2018	2030
<b>quota 65 +</b>	22,6%	27,2%	19,7%	23,6%	21,4%	26,1%
<b>quota 80 +</b>	7,0%	8,7%	6,1%	7,7%	6,4%	7,8%
<b>ratio dipendenza età anziane (65 +/15-64)</b>	35,3%	44,6%	31,8%	40,0%	32,8%	43,3%
<b>ratio totale dipendenza (&lt;20 &amp; 65+/15-64)</b>	68,6%	76,9%	79,2%	87,2%	65,4%	79,8%

Fonte: Dati 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 a valori superiori rispetto a quelli del nostro paese (vicino all’80%).

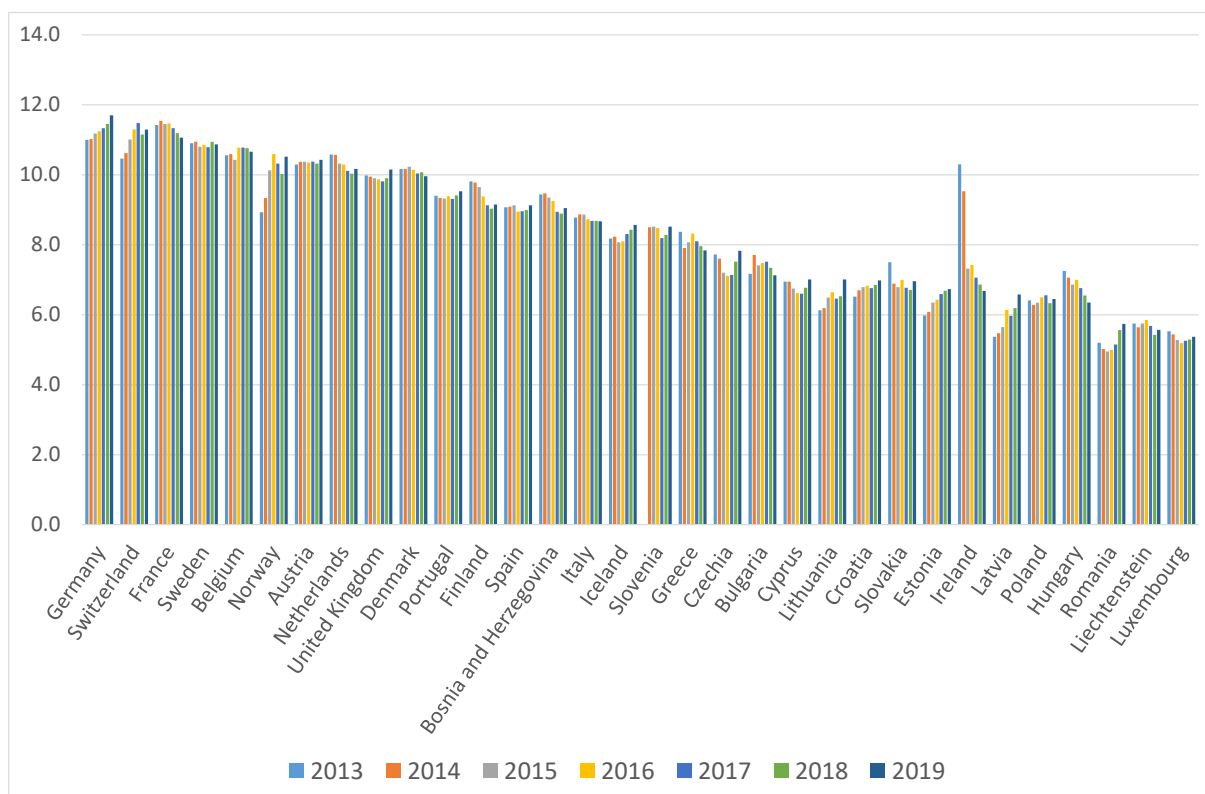
Tale tendenza demografica individua l’ampio contesto di riferimento in cui vanno inquadrati le tematiche e gli spunti di riflessione sul sistema di welfare sanitario nazionale, sul ruolo rivestito dal settore assicurativo e sulle connesse problematiche di vigilanza.

## SPESA SANITARIA - ALCUNI CONFRONTI INTERNAZIONALI

Con riferimento alla spesa sanitaria totale in rapporto al PIL, Italia, Portogallo e Spagna presentano incidenze pari a circa il 9% mentre, all'estremo inferiore, la Romania e il Lussemburgo segnalano un valore pari a quasi il 6%. Germania, Svizzera, Francia e Svezia registrano, invece, i valori più elevati, compresi tra l'10% e il 11,5%.

**Fig. 1 - Spesa sanitaria su PIL**

(valori percentuali)



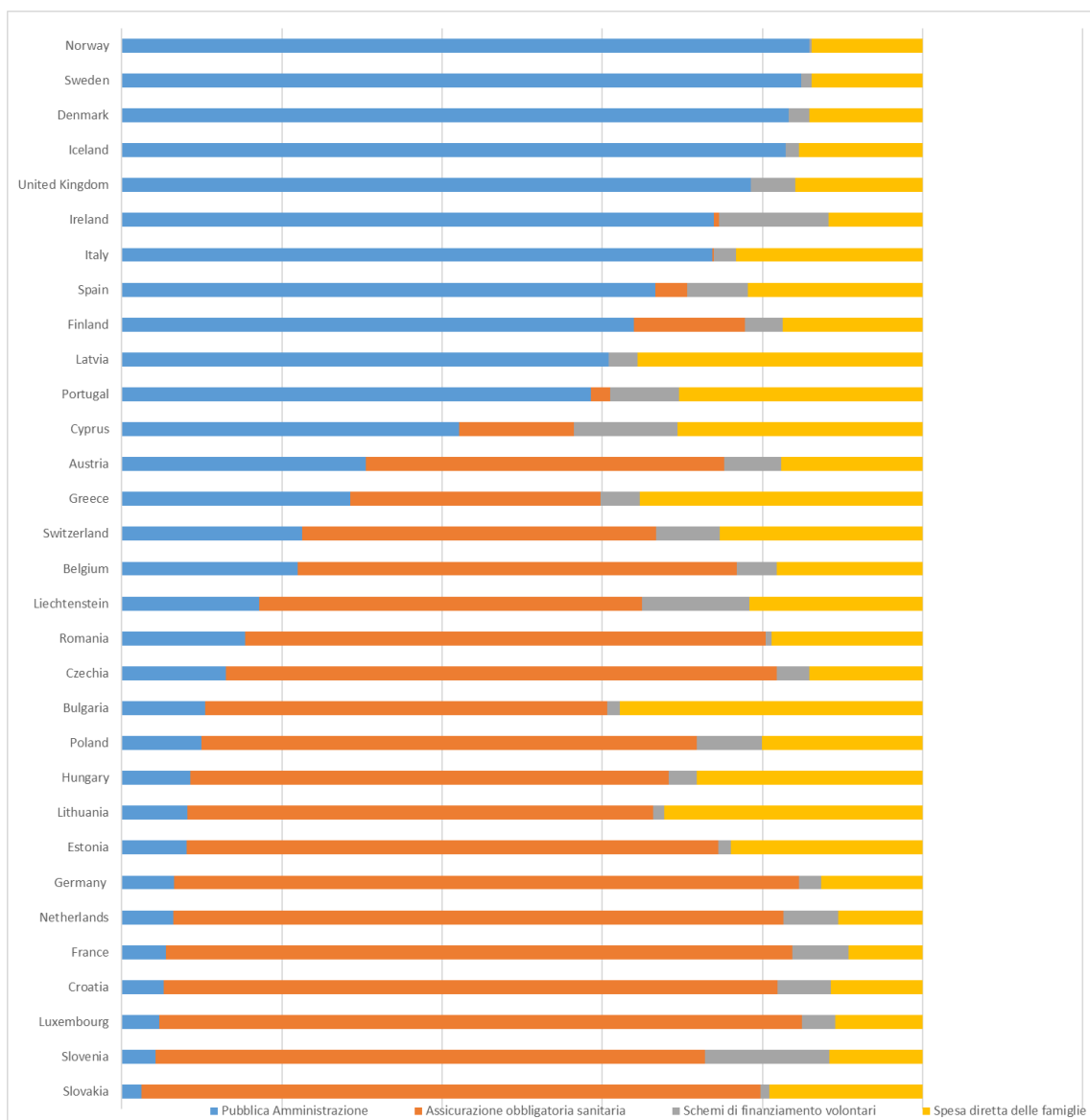
Fonte: EUROSTAT 2022

Aggregando la spesa sanitaria pubblica e le forme di assicurazione obbligatoria (fig. 2) si ottengono quote tra il 70 e l'85% del totale. 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% del totale), Spagna, Portogallo e Svizzera mentre ha valori minimi in Germania (12,5%), Francia, Olanda.

**Fig. 2 - Spesa sanitaria per canale di finanziamento – 2019**

(valori percentuali)

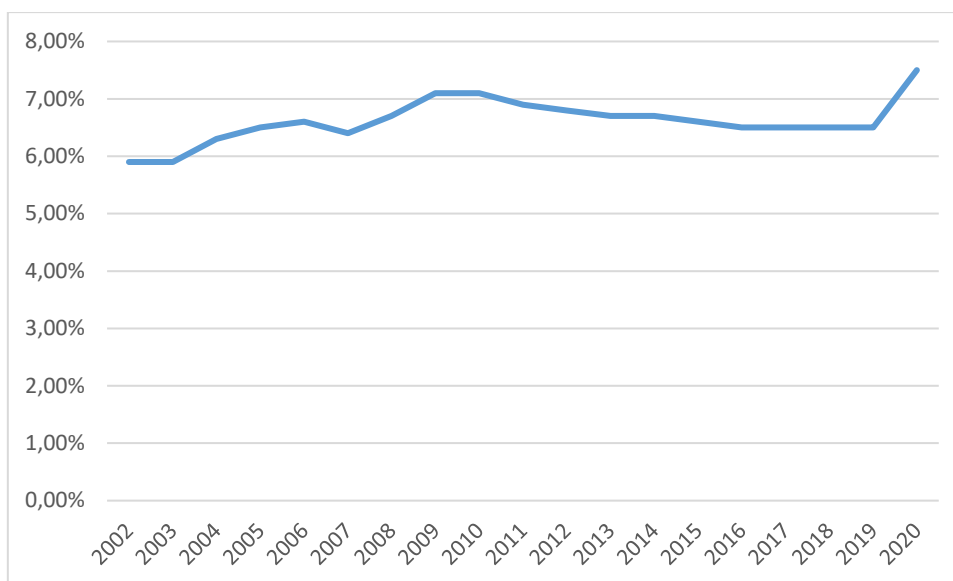


Fonte: EUROSTAT 2022

## LA SPESA SANITARIA IN ITALIA

La spesa sanitaria pubblica presenta un andamento costante nel tempo in relazione al PIL, oscillando tra il 5,9% del 2002 al 7,1% del 2010 (Fig. 3); nel 2020 ha raggiunto i 123 miliardi di euro in conseguenza della pandemia COVID (7,5% del PIL).

**Figura 3 – Spesa sanitaria corrente pubblica su PIL**



Fonte: MEF – Monitoraggio spesa sanitaria

Agli importi della spesa pubblica vanno aggiunti, con riferimento al 2020, 4,2 miliardi di spesa sanitaria intermediata (da fondi, mutue e imprese di assicurazione) e quasi 34 miliardi di spesa diretta delle famiglie (spesa out-of-pocket). La spesa sanitaria intermediata e la spesa sostenuta direttamente dalle famiglie costituiscono la c.d. spesa sanitaria privata.

Nel complesso, l'intera spesa sanitaria - pubblica e privata - italiana (161 miliardi di euro) è arrivata quasi al 10% del PIL.

**Tabella 2 – Spesa sanitaria complessiva**

	(milioni di euro)								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Var %
Spesa pubblica	107.890	109.712	110.008	110.977	112.185	114.318	115.710	123.474	6,7%
Spesa intermediata	2.852	3.241	3.400	3.388	3.697	4.155	4.294	4.154	-3,3%
Spesa out-of-pocket	31.456	32.353	33.799	33.930	35.989	35.741	36.196	33.809	-6,6%
<b>Totale</b>	<b>142.198</b>	<b>145.306</b>	<b>147.207</b>	<b>148.295</b>	<b>151.871</b>	<b>154.214</b>	<b>156.200</b>	<b>161.437</b>	<b>3,4%</b>

Fonte: ISTAT e OECD

**Tabella 3 – Spesa sanitaria complessiva su PIL**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Var 2020/ 2013
Spesa pubblica/PIL	6,7%	6,7%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,5%	7,5%	14,4%
Spesa intermediata/PIL	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	45,7%
Spesa out-of-pocket/PIL	2,0%	2,0%	2,0%	2,0%	2,1%	2,0%	2,0%	2,0%	7,5%
<b>Totale/PIL</b>	<b>8,8%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,9%</b>	<b>8,7%</b>	<b>8,7%</b>	<b>8,7%</b>	<b>8,7%</b>	<b>9,8%</b>	<b>13,5%</b>

Fonte: ISTAT – OECD

L'IVASS rileva i premi pagati per le polizze malattia (sia individuali sia collettive), attraverso segnalazioni periodiche delle imprese assicurative operanti nel settore<sup>1</sup>. I premi del ramo malattia raccolti dalle compagnie italiane evidenziano un trend moderatamente crescente in rapporto al complesso della spesa sanitaria intermediata e ne rappresentano a fine 2020 il 71,9%<sup>2</sup>.

**Tabella 4 – Premi malattia su spesa intermediata**

	(milioni di euro)							
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Premi malattia (a)	2.070	2.056	2.143	2.349	2.574	2.763	3.057	2.986
di cui: per contratti collettivi sottoscritti da fondi sanitari e simili (%)	51,6%	50,8%	53,5%	53,1%	54,5%	55,2%	56,7%	58,8%
Tot. spesa intermed (b)	3.132	3.241	3.400	3.388	3.697	4.155	4.294	4.154
Rapporto (a)/(b)	66,1%	63,4%	63,0%	69,3%	69,5%	66,5%	71,2%	71,9%

Fonte: IVASS + OECD

## GLI INTERMEDIARI NELLA SPESA SANITARIA

Fondi sanitari, compagnie di assicurazione, società e casse mutue si dividono la spesa sanitaria intermediata, che nel complesso, nonostante la crescita degli ultimi anni, resta contenuta.

<sup>1</sup> Dal 2019 l'Istituto conduce una specifica rilevazione per misurare la spesa intermediata dai Fondi sanitari integrativi, limitatamente alla quota affidata alle imprese di assicurazione.

<sup>2</sup> I premi contabilizzati nel 2020 dalle imprese di assicurazione per il ramo malattia rappresentano l'8,9% del totale dei premi danni. I contratti collettivi sottoscritti da fondi sanitari e simili rappresentano il 58,8% della raccolta nel ramo, quota in crescita di oltre 7 punti percentuali rispetto al 2013. Nel 2020 risultano denunciati con seguito circa 7,7 milioni di sinistri, in flessione (-13,2%) rispetto al 2019. L'88,6% degli importi per i sinistri accaduti nel 2019 risultano liquidati a fine 2020.



*Il sistema di welfare sanitario italiano è variamente articolato; possono essere individuate tre componenti:*

- *la gestione pubblica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), istituito con legge n. 833/1978, che eroga, in posizione di centralità e nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità, le prestazioni base e i servizi inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA;*
- *i Fondi sanitari integrativi, istituiti con D. Lgs. n. 502/1992, modificato dal D. Lgs. n. 517/1993 e regolamentati con Decreti del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che integrano le prestazioni di base del Sistema Sanitario Nazionale mediante forme di assistenza collettiva. La contribuzione ai Fondi è volontaria o negoziale, basata sulla ripartizione del rischio tra gli aderenti;*
- *le forme individuali di assistenza sanitaria, che riconoscono le prestazioni mediante le polizze assicurative stipulate; la contribuzione degli assicurati avviene tramite premi calcolati su stime probabilistiche relative alle frequenze e al costo dei sinistri.*

L'Anagrafe Fondi sanitari, istituita ai sensi del D.M. 31 marzo 2008 presso il Ministero della Salute, prevede due distinte sezioni:

- A. Fondi sanitari integrativi ex art. 9 del D. Lgs. n.502/1992;
- B. Enti, casse e società di mutuo soccorso ex art. 51, comma 2, lett. a), del T.U. n.917/1986.

Il Ministero della Salute nel mese di novembre 2018 ha reso noto che sono 9 i fondi sanitari integrativi (tipo A) e 313 quelli costituiti da Enti, Casse e società di mutuo soccorso (tipo B) iscritti presso l'Anagrafe. L'iscrizione - necessaria per ottenere i benefici fiscali - non è obbligatoria.

Dai dati pubblicati nel 2018 per il 2017 emergeva un incremento del trend di crescita sia del numero dei fondi che del numero degli iscritti rispetto agli anni precedenti (Tab. 5).

**Tabella 5 – 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 - \*\* Ultimo dato disponibile.

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 che segue (tab. 6) sono riportate le principali differenze tra fondi sanitari integrativi e polizze assicurative nel ramo malattia.

**Tab. 6 – Confronto tra Fondi sanitari e polizze assicurative**

	<b>Fondi sanitari integrativi</b>	<b>Polizze ass.ve individuali</b>
<b>Requisiti di accesso</b>	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
<b>Vigilanza</b>	*	IVASS
<b>Rapporto assistito</b>	Statuto/Regolamento	Contratto assicurativo
<b>Costi</b>	Contributo fisso	Premio variabile
<b>Selezione rischi **3</b>	No	Si
<b>Coperture malattie pregresse</b>	Si	No
<b>Recesso</b>	No	Si
<b>Agevolazioni fiscali</b>	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

\* *La vigilanza sulle società di mutuo soccorso è esercitata dal 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.

Il quadro dei controlli sui fondi integrativi non è andato molto oltre l'istituzione dell'anagrafe presso il Ministero della Salute.

#### **LE PROBLEMATICHE EMERSE DALL'AZIONE DI VIGILANZA DELL'IVASS**

I circa 20.000 reclami inviati ogni anno dai consumatori, cui si aggiungono le oltre 24.000 telefonate ricevute dal Contact Center Consumatori, rappresentano per l'IVASS un importante punto di osservazione.

<sup>3</sup> Questo principio è 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.

Diamo massima attenzione a questi canali di comunicazione con i cittadini al fine di assicurare un'adeguata protezione degli assicurati così come previsto dall'art. 3 del Codice delle Assicurazioni.

Con riferimento specifico al settore in esame, riscontriamo in primo luogo che reclami e segnalazioni che l'IVASS riceve sono riferiti in maniera indifferenziata a imprese di assicurazione, a fondi sanitari e società di mutuo soccorso – questi ultimi due non assoggettati alla vigilanza dell'Istituto – e finanche agli stessi provider di servizi sanitari (intendendosi per tali le imprese di servizi che stipulano convenzioni con fondi, casse e imprese di assicurazione che operano per conto di questi ultimi; i provider tengono i contatti con le strutture sanitarie e in taluni casi è loro affidata l'intera gestione del sinistro).

Nel rispetto delle competenze individuate dalle norme, l'IVASS si fa carico delle questioni legate alle imprese di assicurazione coinvolte direttamente o in qualità di garanti dell'offerta sanitaria di fondi, casse sanitarie o società di mutuo soccorso. Negli altri casi, l'Istituto informa il consumatore che non può intervenire nei confronti del soggetto sul cui operato viene espressa insoddisfazione. I reclami nei confronti delle società di mutuo soccorso vengono inviati per competenza al MISE, avvertendo il reclamante.

I beneficiari delle prestazioni tendono a non percepire le differenze tra i diversi soggetti responsabili della prestazione e soprattutto tra le diverse discipline e forme di tutela previste dall'ordinamento.

Le criticità rilevate sono riconducibili in assoluta prevalenza a condizioni contrattuali poco chiare, carenze nell'informativa precontrattuale (sovente a carico dei datori di lavoro), difficoltà in fase di prestazione e di rimborso.

Sarebbe opportuno che le prestazioni sanitarie – e idealmente i percorsi di cura definiti dai protocolli sanitari – fossero inequivocabilmente identificati e descritti così da evitare false aspettative negli assistiti e pretestuosi dinieghi da parte degli enti cui gli stessi si sono affidati.

Tale obiettivo si potrebbe conseguire attraverso il ricorso ad un nomenclatore unico delle prestazioni specialistiche, cui dovrebbero attenersi tutti gli operatori della sanità integrativa (fondi, casse, società di mutuo soccorso, imprese di assicurazione, providers...) da aggiornare nel tempo, con il duplice beneficio di:

- eliminare la forte discrezionalità oggi presente nell'interpretazione delle prestazioni oggetto dei piani sanitari;
- favorire una concreta confrontabilità tra i piani sanitari e una più agevole fruibilità delle prestazioni.

Nell'attuale quadro, per i cittadini che sottoscrivono contratti assicurativi ovvero aderiscono a fondi sanitari offerti e garantiti dal settore assicurativo l'ordinamento prevede controlli sulla solvibilità delle compagnie e di trasparenza informativa e contrattuale e correttezza della distribuzione. Le altre tipologie di soggetti che offrono forme di sanità integrativa hanno regole meno vincolanti in tema di prestazioni e controlli meno stringenti.

Quale che sia l'ente/programma sanitario che i cittadini scelgono per le proprie cure riteniamo sia necessario un intervento da parte degli enti e soggetti coinvolti a vario titolo nella disciplina e nella vigilanza del settore per assicurare:

- un'adeguata informativa in merito al livello di garanzia della prestazione fornito dai diversi soggetti che operano nel settore (mutue, fondi sanitari, assicurazioni); specie per le prime due tipologie di operatori dovrebbe sempre essere utilizzata una chiara terminologia nella descrizione dei servizi offerti ma non garantiti ed evitato l'utilizzo del termine assicurazione (salvo il caso in cui le prestazioni siano garantite da imprese assicurative);
- una chiara definizione delle prestazioni nei diversi regimi/accordi, così da facilitare la comparazione, una scelta consapevole e la liquidazione dei sinistri.

Operatori del settore assicurativo hanno anche di recente lamentato sconfinamenti da parte di talune società di mutuo soccorso dalla finalità assistenziale prevista dalla legge ad una attività di fatto assicurativa.

L'articolo 345 del Codice delle Assicurazioni prevede l'assoggettamento delle società di mutuo soccorso che superino una determinata soglia di operatività e delle casse autogestite, come i fondi sanitari, alle disposizioni in tema di particolari mutue assicuratrici, in quanto compatibili<sup>4</sup>. La disposizione è, tuttavia, di incerta applicazione: la norma non

---

<sup>4</sup> Il medesimo articolo dispone, inoltre, che nel caso in cui tali società stipulino contratti di assicurazione per conto degli iscritti, ai soci siano comunque fornite le informazioni di cui al titolo IX, capo III, e XII sempre in quanto compatibili.

prevede in modo esplicito un potere regolamentare dell'Istituto riferito alle società di mutuo soccorso; esse sovente svolgono una pluralità di attività assistenziali e di soccorso e sono già sottoposte a forme di vigilanza del MiSE.

In passato, abbiamo sensibilizzato sul punto i Ministeri competenti anche al fine di disporre di maggiori e più puntuali dati e informazioni.

In definitiva, riteniamo che vada valorizzato il ruolo della sanità integrativa, procedendo ad un riordino organico della materia, migliorando la protezione dei cittadini aderenti in forme singole e collettive, e definendo nuove e più chiare forme di cooperazione tra pubblico e privato.

Il presupposto dovrebbe essere un riordino complessivo del comparto sanitario, oggi considerato necessario a seguito della pandemia, con regole unitarie e realistiche in termini di prestazioni integrative e sussidiarie dei livelli essenziali di assistenza (LEA) del SSN e con la tutela di una effettiva facoltà di scelta dei cittadini.

Interventi dovrebbero poi coerentemente interessare, secondo attenti criteri di proporzionalità ma anche di tutela sostanziale degli aderenti, le regole di funzionamento, di collocamento dei prodotti, la solidità tecnico-patrimoniale e il regime dei controlli dei diversi operatori della sanità integrativa.

Un tale intervento potrebbe richiedere anche un ripensamento dei benefici fiscali relativi all'iscrizione/adesione a forme sanitarie integrative al fine di ridurre discriminazioni ed effetti distorsivi<sup>5</sup>.

In questa sede, desideriamo rinnovare la nostra disponibilità in tal senso, con il fine ultimo di aumentare la tutela del paziente/consumatore, indipendentemente dallo strumento prescelto per tutelare le proprie necessità.

---

<sup>5</sup> Esistono oggi importanti differenze avuto riguardo alla professione del richiedente e alla forma integrativa di riferimento; il meccanismo delle deduzioni/detractions, produce effetti dal punto di vista redistributivo e sociale. Con specifico riferimento al settore assicurativo, le norme fiscali applicabili al rinnovato comparto delle forme sanitarie integrative dovrebbero, anche al fine di evitare che si scarichi sul sistema pubblico il rischio ritenuto non assicurabile dai privati, disincentivare un'eccessiva selezione dei rischi; accentuare la mutualità tra assicurati, oggi realizzata completamente solo nelle polizze collettive; escludere il diritto di recesso da parte dell'assicuratore per evitare che chi contrae una grave malattia si veda non rinnovato il contratto alla scadenza ovvero richiesto di gravosi oneri aggiuntivi.

## **LA NON AUTOSUFFICIENZA**

Il tema merita una menzione specifica.

Come visto in premessa, l'Italia è tra i paesi con maggior tasso di invecchiamento che, congiunto al ridotto numero delle nascite, determina un incremento del peso relativo degli anziani sul totale della popolazione.

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico si ripercuote inevitabilmente sull'universo dei bisogni di cura conseguenti alla perdita dell'autosufficienza nell'età avanzata. Si tratta di un fenomeno logicamente connesso con la quiescenza e la previdenza ma anche con la sanità e che il SSN solo in parte fronteggia.

La spesa pubblica per Long Term Care (LTC), rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti, include tre componenti: i) la componente sanitaria, ii) la spesa per indennità di accompagnamento e iii) la spesa per altre prestazioni.

L'aggregato della spesa pubblica per LTC, rilevato dalla Ragioneria Generale dello Stato, risulta pari all'1,9% del PIL nel 2020 (pari a circa 31,3 miliardi di euro), di cui il 74,1% della spesa è erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono l'86,1% della spesa pubblica complessiva per LTC (rispettivamente, il 42,2% ed il 43,9%), mentre le altre prestazioni incidono per il 13,9%.

Da una proiezione condotta dalla Ragioneria Generale dello Stato, emerge che il rapporto fra spesa per LTC e PIL passerà dall'1,9% del 2020 al 2,6% del 2070. A queste spese vanno aggiunte quelle private non facilmente quantificabili.

Le statistiche parlano di oltre 3 milioni di disabili, mezzo milione di ricoverati in residenze sanitarie (RSA) e oltre un milione in assistenza domiciliare.

La difficoltà di far fronte ai bisogni attuali e futuri delle persone anziane non autosufficienti stimola quindi la necessità di risposte anche dal mondo assicurativo, adottando soluzioni a partire dalle giovani generazioni. Al momento, la copertura di rischi LTC, con l'erogazione di una rendita assicurativa a favore del soggetto non autosufficiente, è molto poco diffusa.

Anche per lo sviluppo di questo ambito si possono ipotizzare formule che prevedano modalità di cooperazione pubblico-privato con l'auspicabile coinvolgimento del terzo settore

per definire livelli di copertura economicamente sostenibili e concretamente attenti anche alla qualità relazionale dei servizi.

Si tratta di pensare a un nuovo welfare, in grado di sostenere anche con risorse private che originano da una base universale solidaristica o comunque molto estesa le imprese di assicurazione o altri organismi specializzati in grado di erogare prestazioni economiche e/o servizi alle persone prive di autosufficienza.

### **LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE - IL RUOLO DEL SETTORE ASSICURATIVO**

Le assicurazioni partecipano al sistema della previdenza complementare (secondo e terzo pilastro), come delineato dal d. lgs n. 252/2005, in diverse modalità.

I fondi pensione negoziali costituiscono il secondo pilastro del sistema previdenziale e sono istituiti, in virtù di accordi collettivi di lavoro, in forma di soggetti giuridici di natura associativa dotati di organi propri. Le imprese di assicurazione autorizzate ai rami vita possono concorrere, insieme ad altri intermediari finanziari (banche, società di intermediazione mobiliare e società di gestione del risparmio), alla gestione delle risorse dei fondi pensione negoziali nell'ambito del ramo VI di attività.

Nell'ambito del terzo pilastro operano i fondi pensione aperti costituiti da banche, assicurazioni, società di intermediazione mobiliare e società di gestione del risparmio, nella forma di patrimonio separato ma privi di autonomia soggettiva rispetto all'ente promotore. L'adesione ai fondi pensione aperti può avvenire sia su base individuale che su base collettiva.

Sempre nell'ambito del terzo pilastro, accanto ai fondi pensione aperti sono stati disciplinati i piani individuali pensionistici – PIP, ad adesione individuale, che possono essere proposti solo dalle imprese di assicurazione mediante: (i) contratti di assicurazione sulla vita, con prestazione garantita il cui rendimento è collegato a quello di una gestione interna separata, (contratti di ramo I) o (ii) contratti di tipo unit linked nei quali la rivalutazione della posizione individuale è collegata al valore delle quote di uno o più fondi interni detenuti dall'impresa di assicurazione oppure al valore di quote di OICR (contratti di ramo III).

Alle imprese di assicurazione compete, inoltre, l'offerta di garanzie in caso di morte e invalidità, spesso previste come prestazioni accessorie alla gestione delle risorse



previdenziali affidate ai fondi pensione, negoziali o aperti. Le imprese di assicurazione sono anche soggetti deputati all'erogazione delle prestazioni in rendita al termine della fase di accumulo.

Agli strumenti di previdenza complementare delineati dall'ordinamento italiano si è aggiunto, recentemente, un nuovo prodotto pensionistico ad adesione individuale, il Pan-European Personal Pension Product (PEPP), introdotto con il regolamento europeo (UE) 2019/1238 (Regolamento PEPP). Soggetti abilitati alla creazione e commercializzazione dei contratti individuali PEPP sono banche, assicurazioni, società di intermediazione mobiliare e società di gestione del risparmio.

Nelle intenzioni della Commissione UE il PEPP è destinato a favorire la creazione e lo sviluppo nel mercato unico europeo delle forme di previdenza complementare ad adesione individuale, affiancando, senza sostituirli, i prodotti pensionistici già presenti negli Stati membri. Secondo il progetto di decreto delegato – consultato dal MEF fino al 12 marzo 2022 - non è possibile trasferire la posizione di un contratto PEPP ad altre forme di previdenza complementare e viceversa.

La legge 23 aprile 2021, n. 53 che ha fissato i criteri direttivi per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento europeo (UE) 2019/1238 in materia di PEPP, ha designato la COVIP come autorità competente per le procedure di registrazione dei PEPP nonché come unico soggetto deputato allo scambio di informazioni con le autorità competenti degli Stati membri e di comunicazioni con l'Autorità europea delle assicurazioni e delle pensioni aziendali e professionali (EIOPA) e ha rinviato a un decreto delegato, di prossima emanazione, il compito di individuare nel dettaglio le autorità nazionali competenti a esercitare le attività di vigilanza previste dal medesimo regolamento, tra cui la vigilanza sull'adozione e la corretta attuazione delle procedure in materia di governo e di controllo del prodotto, sempre in coerenza con il generale assetto e il riparto di competenze previsti a livello nazionale<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Le competenze, anche di tipo sanzionatorio, per la vigilanza sui distributori e sui comportamenti posti in essere dagli stessi (raccolta delle adesioni ai PEPP) sono chiaramente assegnate a IVASS, CONSOB e COVIP dalle disposizioni di attuazione dal regolamento PEPP contenute nello schema di decreto delegato, recentemente posto in pubblica consultazione dal MEF.

I compiti di controllo sull'intero settore della previdenza complementare con riferimento alla trasparenza e alla correttezza dei comportamenti e al buon funzionamento del sistema di previdenza complementare sono attribuiti alla COVIP, alla quale si affiancano le competenze di vigilanza prudenziale delle autorità di controllo (IVASS, Banca d'Italia) sui soggetti gestori vigilati e i poteri generali di cui le stesse dispongono in relazione a situazioni tali da minare la solidità della singola impresa (solvibilità non adeguata, mancata copertura delle riserve tecniche, gravi irregolarità nell'amministrazione etc.)<sup>7</sup>.

Con riguardo ai criteri di investimento del risparmio previdenziale, regole diverse sono previste per i fondi pensione aperti e per le polizze previdenziali. I fondi pensione aperti offrono all'aderente una o più linee di investimento (o comparti), ciascuna caratterizzata da una specifica relazione di rischio e rendimento<sup>8</sup>. La normativa individua limiti quantitativi e qualitativi di investimento in un'ottica di tutela del risparmio previdenziale e di rispetto del principio della sana e prudente gestione; le risorse dei fondi pensione devono essere gestite nel rispetto del D.M. n. 166/2014 che individua i principali criteri da osservare nella gestione delle relative disponibilità.

La disciplina sugli investimenti dei fondi pensione non trova invece attuazione in relazione ai contratti di assicurazione con natura previdenziale (PIP) che sono regolati dalle norme del settore assicurativo e differenziate a seconda della tipologia di polizza<sup>9</sup>.

A differenza della sanità integrativa, la previdenza complementare poggia su un quadro normativo definito: nei confini tra pubblico e privato, nei ruoli e nelle forme di controllo

---

<sup>7</sup> Lo stesso d. lgs. n. 252/2005 definisce i poteri e gli ambiti di intervento della COVIP sulle forme pensionistiche complementari ma, nel contempo, fa salve le competenze di vigilanza sui soggetti gestori definite negli ordinamenti settoriali (artt. 18, co. 2, e 19, co. 2) con riferimento, in particolare alla vigilanza di stabilità e alla determinazione dei requisiti patrimoniali minimi, differenziati per tipologia di prestazione offerta, richiesti ai soggetti abilitati alla stipula delle convenzioni di gestione delle risorse dei fondi pensione (artt. 6, co. 7).

<sup>8</sup> Le linee di investimento sono riconducibili alle seguenti categorie: linee garantite che offrono una garanzia di rendimento minimo o di restituzione del capitale versato al verificarsi di determinati eventi, ad esempio, al momento del pensionamento, linee obbligazionarie, che investono solo o prevalentemente in obbligazioni, linee bilanciate ovvero che investono in azioni e in obbligazioni nella stessa percentuale, linee azionarie ovvero che investono solo o principalmente in azioni

<sup>9</sup> In particolare per i contratti di ramo I gli attivi alla base del calcolo del rendimento della gestione separata devono rispettare le regole dettate per gli attivi idonei alla copertura delle riserve tecniche assicurative e, comunque, non devono essere crediti infruttiferi o verso riassicuratori, immobili ad uso proprio o immobilizzazioni materiali e spese di acquisizione da ammortizzare. Particolari disposizioni regolamentari, attualmente in fase di revisione, sono invece previste per le polizze di tipo *unit linked* caratterizzate da un rischio di investimento a carico del contraente: per i prodotti PIP i limiti di concentrazione sono stati allineati alle previsioni dettate per gli OICVM e al limite del 30% per gli attivi illiquidi come previsto dal D.M. n. 166/2014.

dei diversi soggetti privati che vi operano. Come per il settore sanitario, riteniamo che vi siano spazi per una sua ulteriore valorizzazione.

Per quanto nelle nostre competenze, manifestiamo piena disponibilità a contribuire, con le altre autorità di settore e le altre istituzioni a vario titolo coinvolte a una riflessione strategica su possibili evoluzioni della previdenza complementare (es. regole di accumulo, di investimento e di erogazione delle risorse, così come lo stesso assetto dei controlli<sup>10</sup>) per garantirne una migliore rispondenza alle finalità che il legislatore – italiano ed europeo – ha inteso attribuirle (sostegno per i pensionati e i lavoratori presenti e futuri, contributo alla crescita dell'economia reale).

\* \* \*

Signor Presidente, Onorevoli Senatori e Deputati,

l'IVASS auspica una complessiva riforma dell'assistenza sanitaria integrativa. Equivoci sul novero delle prestazioni previste; frammentazione ed eterogeneità dell'offerta; disparità nelle condizioni di esercizio e nelle regole di distribuzione; mancanza della necessaria attenzione ai temi della cronicità e dell'autosufficienza; costituiscono criticità che finiscono per rendere complessivamente più costosa e meno efficace la tutela del diritto alla salute dei cittadini.

Manifestiamo sin d'ora la disponibilità a ulteriori approfondimenti e confronti su tutti i temi trattati.

Grazie per l'attenzione.

---

<sup>10</sup> Nel sistema della previdenza complementare, a livello sia nazionale che europeo, coesiste, infatti, una vigilanza per soggetto vigilato, una vigilanza per finalità (trasparenza, stabilità etc.), una vigilanza per tipologia di prodotto che rendono obiettivamente complessi anche i più genuini sforzi di coordinamento sia dell'attività di regolazione secondaria, sia dell'attività di vigilanza delle varie autorità coinvolte.