



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

**Indagine conoscitiva sull'equilibrio e i risultati delle
gestioni del settore previdenziale allargato, con
particolare riguardo alla transizione demografica,
all'evoluzione del mondo delle professioni, e alle
tendenze del welfare integrativo.**

Audizione del prof. Riccardo Cesari
dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)

Roma, 13 giugno 2024

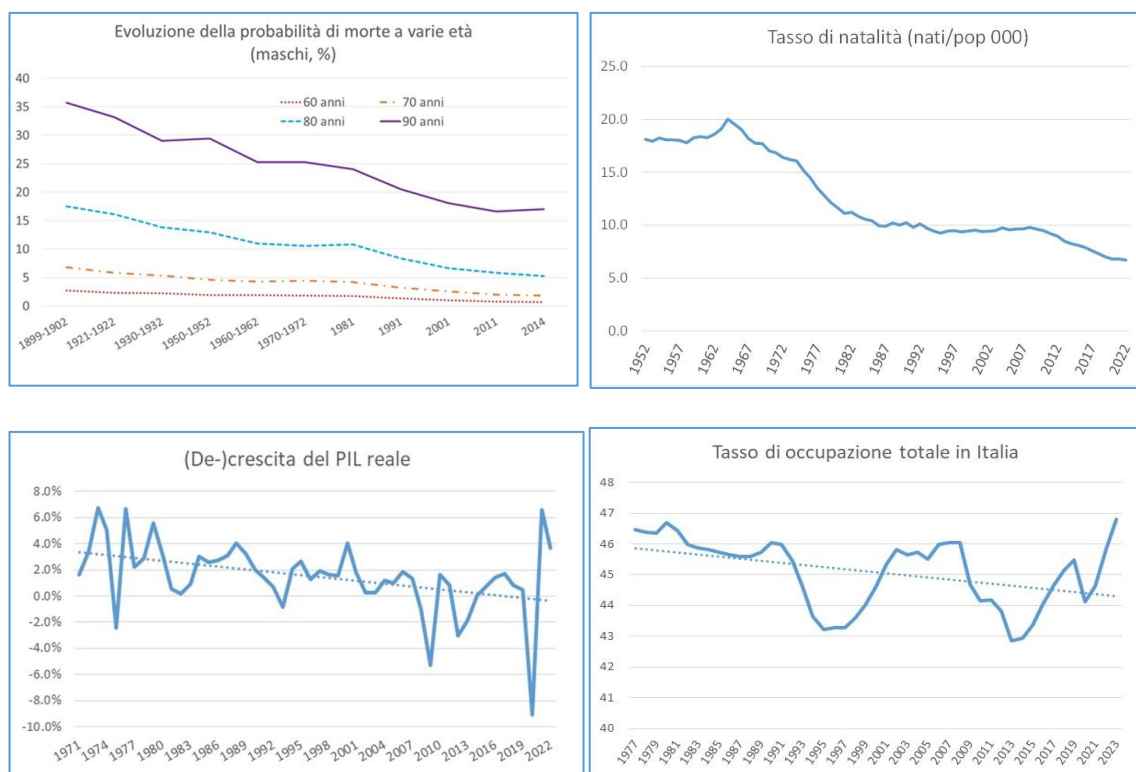
Signor Presidente, Onorevoli Senatori e Deputati,

ringrazio per l'invito che è un'occasione preziosa per poter illustrare il ruolo del sistema assicurativo e le competenze dell'Istituto nel settore del welfare, nelle sue diverse componenti, previdenziale, sanitaria, e assistenziale.

L'oggetto di questa Commissione parlamentare di controllo riguarda l'ampio tema del welfare pubblico e privato, sottoposto, da molti anni, a dinamiche squilibranti che ne mettono a rischio tenuta e sostenibilità.

Cito, pro memoria, i ben noti quattro fattori dell'invecchiamento della popolazione, della denatalità, della tendenziale decelerazione del Pil e del tendenziale calo del tasso di occupazione che, assieme all'altrettanto noto stato della finanza pubblica, rendono lo "Stato sociale" in Italia un problema assai rilevante per gli anni a venire.

Figura 1 - Fattori di lungo periodo dello Stato sociale



Fonte: Istat

I tre noti del welfare si chiamano previdenza, che assorbe oltre il 16% del Pil, salute (6.3%) e, aggiungo, scuola, con un modesto costo-investimento del 4.1%. Mi soffermerò, in modo particolare, sulla sanità, pubblica e privata, a cui sono dedicati alcuni progetti del PNRR, prevedendo, tra l'altro, il rafforzamento del SSN con la realizzazione di case di cura dedicate alla gestione di malattie croniche e con investimenti in infrastrutture e nei servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari, per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità. Va detto che il loro peso nel PNRR (8,2%) è inferiore a quello della spesa pubblica sanitaria (Tab. 1).

Il tema della non autosufficienza è anche oggetto di un progetto di ricerca di IVASS che vorrei brevemente illustrarvi in chiusura.

Tabella 1 Progetti PNRR sulla salute

Progetto PNRR	Importo Mld	Inizio	Fine
Ammodernamento tecnologico degli ospedali	4.05	01/01/2020	30/06/2026
Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina	4.75	01/05/2021	30/06/2026
Case della comunità e presa in carico della persona	2	01/05/2021	30/06/2026
Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	1	01/05/2021	30/06/2026
Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione	1.67	01/10/2021	30/06/2026
Rafforzamento e potenziamento della ricerca biomedica del SSN	0.52	01/05/2022	31/12/2025
Sviluppo delle competenze tecnico-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario	0.74	01/07/2021	30/06/2026
Verso un nuovo ospedale sicuro e sostenibile	0.89	01/05/2021	30/06/2026
Totale	15.62		
Quota su PNRR	8.2%		

Fonte: MEF

I trend demografici

L'Italia è il secondo paese a livello mondiale in termini di quota di persone ultra 65enni, dopo il Giappone. La speranza di vita alla nascita e a 65 anni di età nel 2023 risulta in aumento ed è pari rispettivamente a 83,1 anni (82,6 nel 2022) e a 20,9 anni (20,4 anni).

Gli ultra 65enni rappresentano a fine 2023 il 24,3% del totale della popolazione, con una stima nel 2060 che sale al 30% per gli uomini e al 36% per le donne. La quota di ultra 85enni crescerà, dal 13% per i maschi e 19% per le femmine nel 2023, rispettivamente al 24% e 32% nel 2060.

Nel confronto con i principali paesi europei - Francia e Germania - le proiezioni al 2030 per l'Italia mostrano livelli più elevati del rapporto di dipendenza degli anziani over-65 in relazione alla popolazione in età da lavoro pari al 44,5% raffrontato con lo stesso indicatore rilevato sul mercato francese del 40,4% e tedesco del 42,6%¹.

Il ruolo del settore assicurativo nella previdenza complementare

Il sistema previdenziale è stato oggetto di profonde riforme tra il 1992 e il 2005 (D.lgs 252/2005). Il risultato, credo apprezzabile, è una struttura a 3 pilastri: quello pubblico-universalistico, quello collettivo-integrativo (a carattere semi-obbligatorio vista l'adesione con silenzio assenso da parte dei lavoratori dipendenti) e infine il terzo pilastro individuale e volontario.

Sono presenti significativi incentivi fiscali, un valido impianto normativo, regole chiare e controlli efficaci, piena trasparenza nei contratti, nei costi e nei risultati.

Nonostante interventi che nel tempo hanno in qualche misura alterato la precisa e rigorosa impostazione originaria, il sistema previdenziale italiano è tuttora un riferimento importante nel panorama internazionale, colpito quasi ovunque dagli andamenti demografici di lungo periodo.

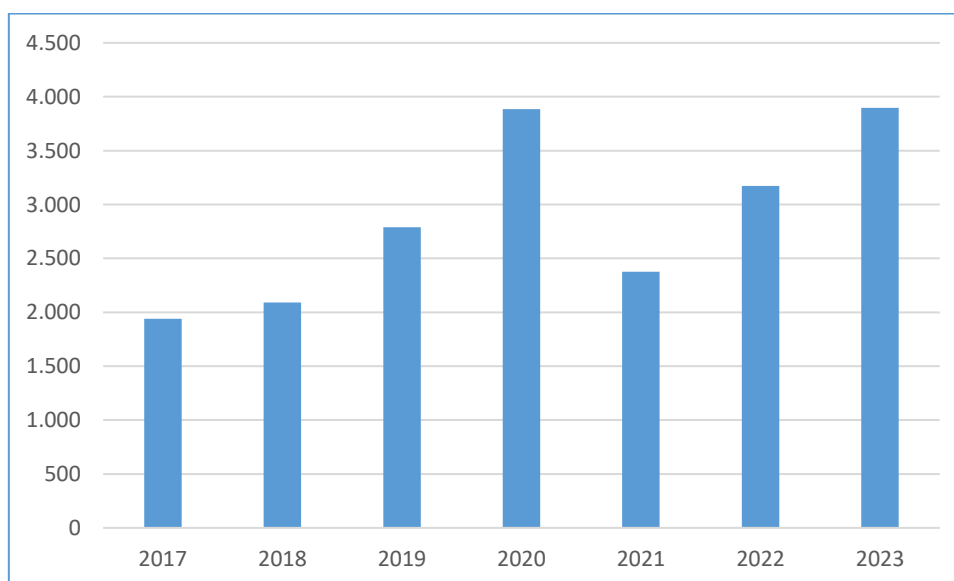
Le assicurazioni hanno un ruolo importante nel sistema previdenziale. Sono gestori di fondi integrativi, sia di tipo negoziale che aperto, mediante contratti collettivi di ramo

¹ Fonte: Dati OECD.

VI; sono gestori di piani individuali pensionistici (PIP) di terzo pilastro e infine gestiscono per tutto il sistema l'erogazione delle rendite pensionistiche complementari, anche se, al momento, tali erogazioni sono ancora marginali a fronte delle prestazioni in forma di capitale. Da non dimenticare il fatto che le imprese di assicurazione possono, in aggiunta, offrire garanzie di rendimento minimo, di caso morte e invalidità, come prestazioni accessorie alla gestione delle risorse previdenziali affidate ai fondi pensione negoziali o aperti.

Nel 2023, la raccolta premi complessiva del ramo VI di attività, comprensiva dei fondi negoziali e aperti, è stata pari a 3,9 miliardi di euro, in crescita del 22,9% rispetto al 2022 (Fig. 2).

Figura 2 – Premi raccolti nel ramo VI
(in milioni di euro)



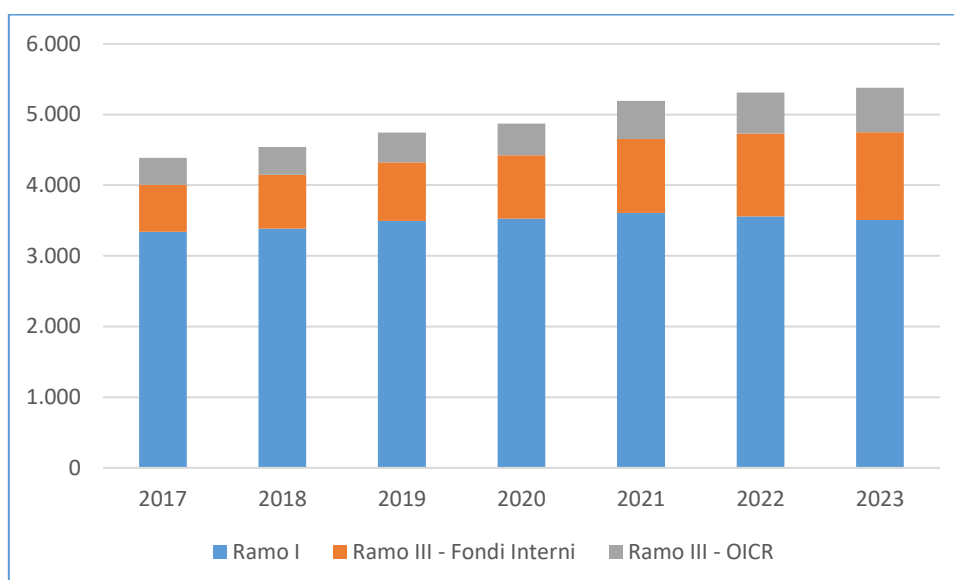
I PIP, come noto, possono essere offerti da imprese di assicurazione mediante:

- contratti di assicurazione sulla vita, con prestazione garantita il cui rendimento è collegato a quello di una gestione interna separata (contratti di ramo I);

- contratti vita di tipo *unit linked* nei quali il valore della posizione individuale è collegato 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).

La loro raccolta premi, pari complessivamente a 5,4 miliardi di euro nel 2023, mostra una variazione significativa per il ramo III – fondi interni – pari a +5,7%, mentre quella di ramo I decresce del -1,4% rispetto al 2022 (Fig. 3).

Figura 3 – Premi raccolti nei PIP
(in milioni di euro)



A queste forme si è aggiunto un nuovo prodotto pensionistico ad adesione individuale, il Pan-European Personal Pension Product (PEPP), disciplinato dal Regolamento europeo (UE) 2019/1238. Lo possono offrire gli intermediari finanziari abilitati alla gestione dei fondi pensione. Il PEPP intenderebbe favorire la creazione e lo sviluppo del mercato unico europeo delle forme di previdenza complementare ad adesione individuale, affiancandosi ai prodotti pensionistici già presenti negli Stati membri.

Nell'ordinamento italiano, le funzioni e le competenze in materia di trasparenza e correttezza dei comportamenti e, più in generale, in ordine al buon funzionamento del sistema di previdenza complementare sono affidate alla COVIP.

Il d.lgs. 252/2005 fa salve le competenze di vigilanza prudenziale sui soggetti gestori definite negli ordinamenti settoriali da parte dell'IVASS e della Banca d'Italia e i poteri di cui le stesse dispongono con riferimento alla vigilanza di stabilità. La medesima ripartizione di competenze si applica anche alla vigilanza sui PEPP.

Il welfare sanitario

Apparentemente, il sistema sanitario sembra ricalcare la struttura a tre pilastri del welfare previdenziale. Infatti è caratterizzato dalla centralità del servizio pubblico basato su principi di universalità (primo pilastro) mentre ai fondi sanitari, collettivi e individuali, è riservata una funzione integrativa. Tuttavia l'analogia non trova riscontro, a livello più profondo, nella struttura delle regole, dei controlli, delle tutele e persino nella disponibilità e nell'aggiornamento di dati informativi.

Nello specifico, il sistema di welfare sanitario ha tre componenti:

- la gestione pubblica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), istituito con legge n. 833/1978, che eroga le prestazioni base nel rispetto dei principi dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA²;
- i Fondi sanitari integrativi, enti no-profit 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. I fondi sanitari integrativi forniscono coperture in modo analogo al Sistema Sanitario Nazionale ovvero nel rispetto del carattere universalistico della copertura e senza selezione dei rischi. Le prestazioni variano in funzione delle risorse disponibili;

² I Livelli Essenziali di Assistenza – LEA sono le prestazioni e i servizi che il Sistema Sanitario Nazionale è tenuto a fornire ad ogni cittadino, gratuitamente o dietro il pagamento di un ticket, finanziando i servizi prevalentemente con le risorse raccolte mediante la fiscalità generale.

- le forme individuali di assistenza sanitaria, che riconoscono le prestazioni mediante la stipula di polizze assicurative. A differenza dei fondi sanitari integrativi la contribuzione degli assicurati avviene tramite premi stimati in base alla frequenza e al costo dei sinistri per specifici profili di rischio.

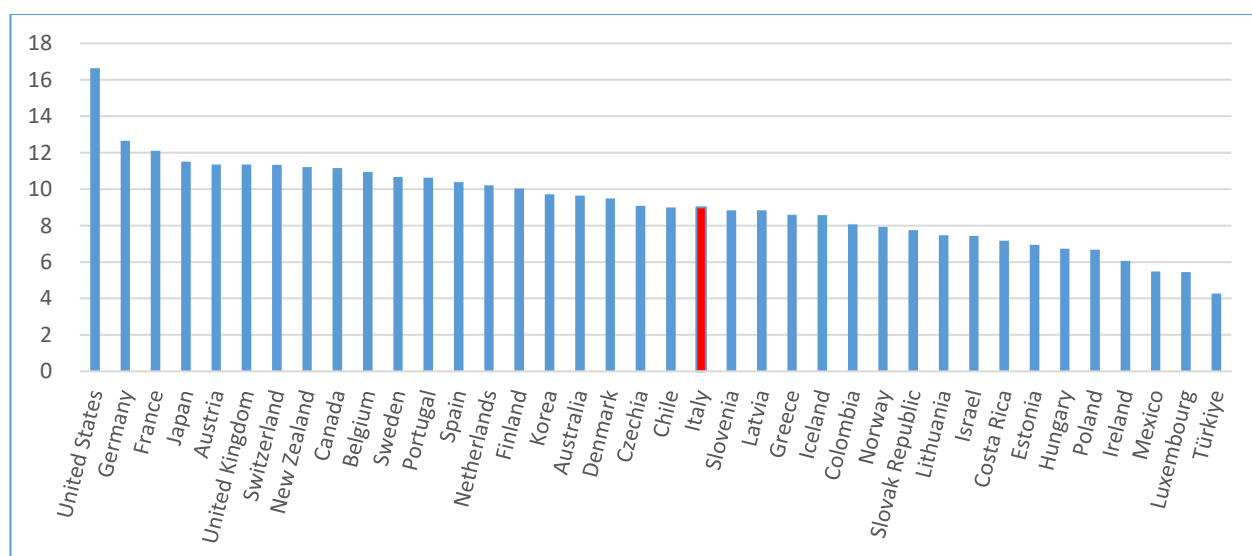
Una quarta componente, quantitativamente molto significativa, è costituita dalla spesa sostenuta direttamente dalle famiglie (*out-of-pocket*). Questa, assieme al secondo e terzo pilastro, costituiscono la spesa sanitaria privata.

In assenza di vincoli od obblighi alla sottoscrizione di forme di sanità integrative di tipo privatistico (v. infra confronto internazionale), la composizione della spesa sanitaria privata in Italia risente delle scelte e delle preferenze dei cittadini.

La spesa sanitaria – confronto internazionale

La spesa sanitaria sul PIL, rilevata sui dati 2022 pubblicati nel 2024 dall'OCSE, presenta per l'Italia un'incidenza pari al 9,0%, poco inferiore rispetto a Spagna e Portogallo (10,5%) e prossima alla Grecia (8,6%). Polonia e Ungheria riportano valori intorno al 7%, mentre Turchia e Lussemburgo segnalano valori intorno al 5%. La Germania, Francia, Regno Unito e Svizzera registrano i valori più elevati in Europa, tra 11,3% e 12,7%. Gli USA segnalano il 16,6% (Fig. 4).

Figura 4 – Spesa sanitaria totale su PIL del 2022



Fonte: OECD 2024

In Europa (Fig. 5), i regimi sanitari, sebbene largamente eterogenei tra loro, si possono distinguere in due macro-modelli:

- un sistema sanitario a gestione pubblica;
- un sistema fondato sulle coperture assicurative obbligatorie.

L'assicurazione sanitaria privata obbligatoria è presente in misura rilevante in Francia, Germania, Olanda, Belgio, Svizzera, Austria, mentre è quasi del tutto assente nelle isole britanniche, paesi scandinavi e penisola iberica, oltre che in Italia, dove si implementa un sistema a gestione pubblica.

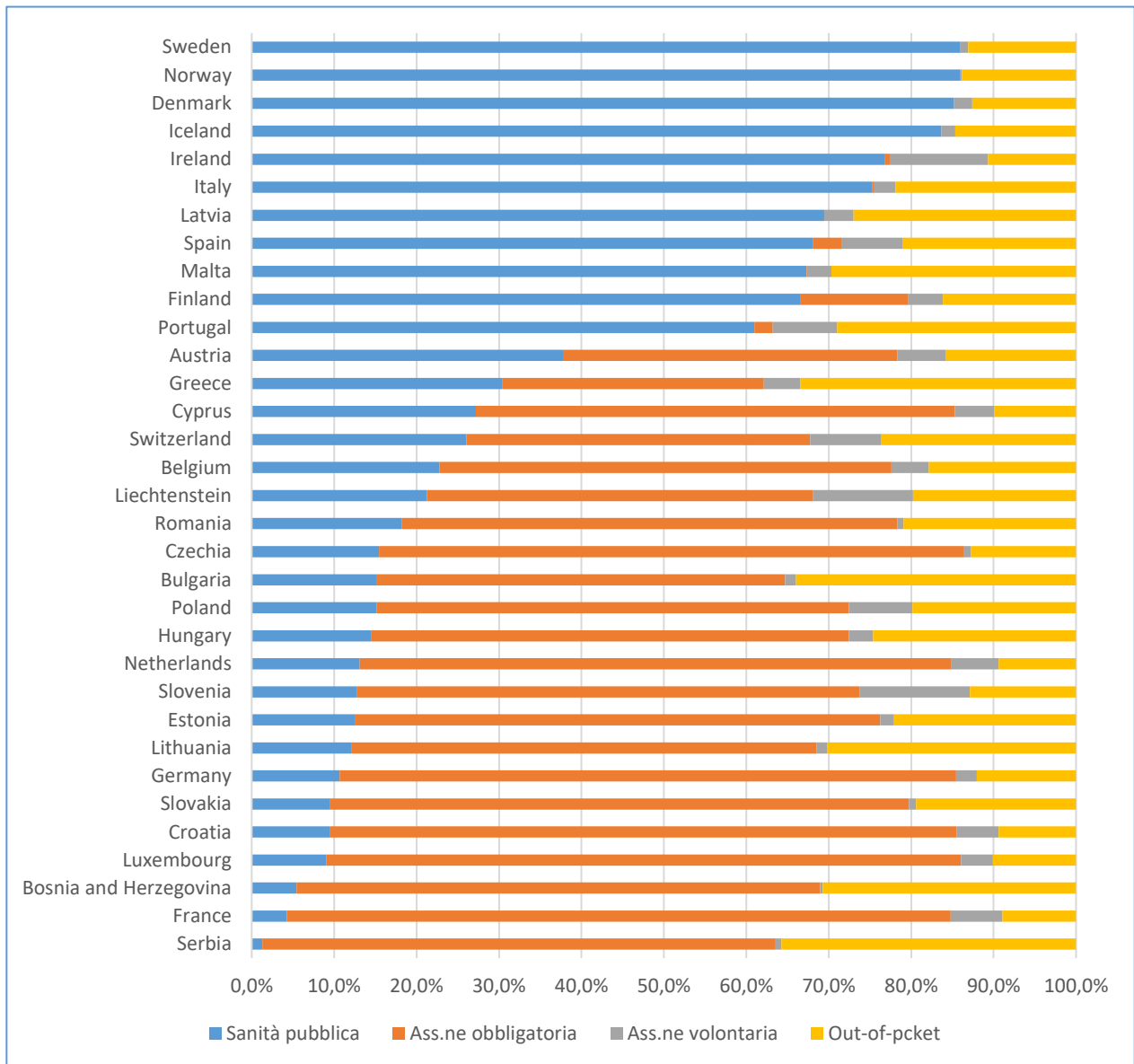
La composizione del finanziamento del sistema sanitario è fortemente influenzato dal modello di welfare. In particolare, si confrontano:

- la gestione pubblica di un sistema di welfare che eroga i servizi nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza ed equità, finanziato mediante l'imposizione generale (modello Beveridge);
- un sistema mutualistico che gestisce la sanità pubblica con finanziamento a carico dei datori di lavoro e dei lavoratori, mediante contribuzione ad assicurazioni (di solito mutue) sanitarie (modello Bismarck). Lo Stato o altre strutture pubbliche dettano le regole di governance del sistema sanitario e fissano le condizioni generali per le cure mediche.

La somma di spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria raggiunge l'85% dell'intera spesa sanitaria per i maggiori Paesi europei, tranne che per l'Italia dove si attesta al 75%. I canali di spesa residuali sono il canale diretto (out-of-pocket) e le forme integrative volontarie.

La spesa out-of-pocket delle famiglie è elevata in Italia (22%), Spagna, Portogallo e per i paesi dell'Europa dell'Est, mentre ha valori più modesti in Francia, Olanda e Germania (dal 9,0% al 12%).

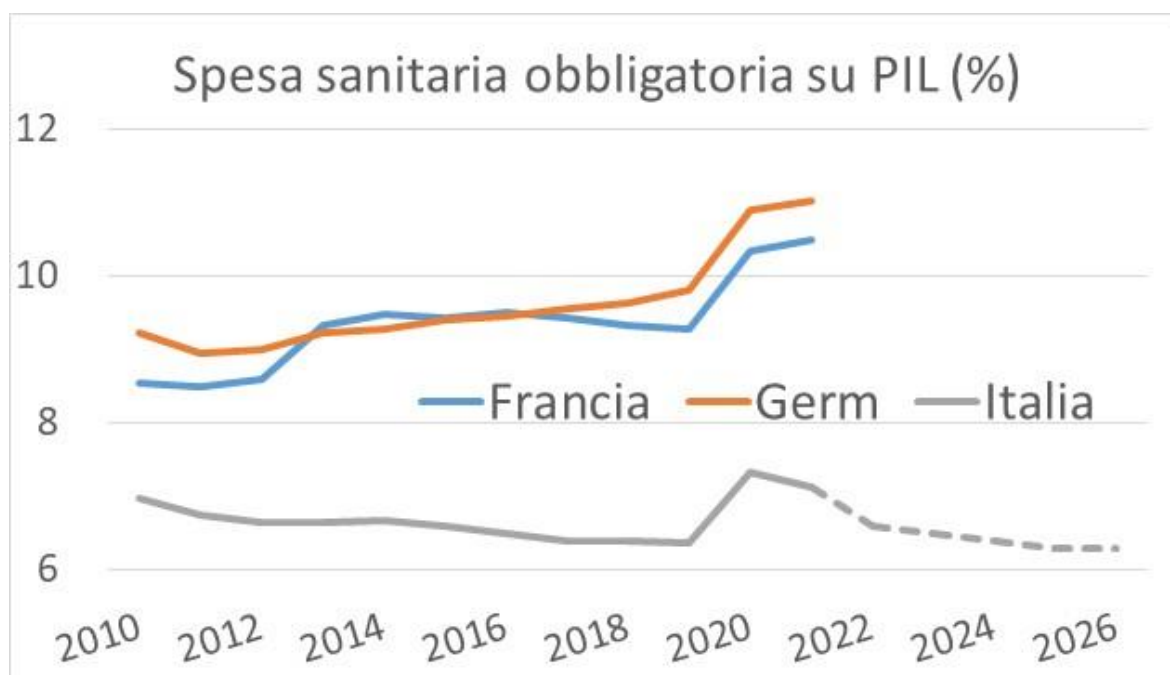
Figura 5 – Spesa sanitaria europea per canale di finanziamento – 2021
(valori percentuali)



Fonte: EUROSTAT 2024

Considerando la sola spesa obbligatoria, il caso Italia, rispetto a Francia e Germania, presenta un livello relativamente basso e tendenzialmente decrescente (Fig. 6).

Figura 6 – Confronto internazionale



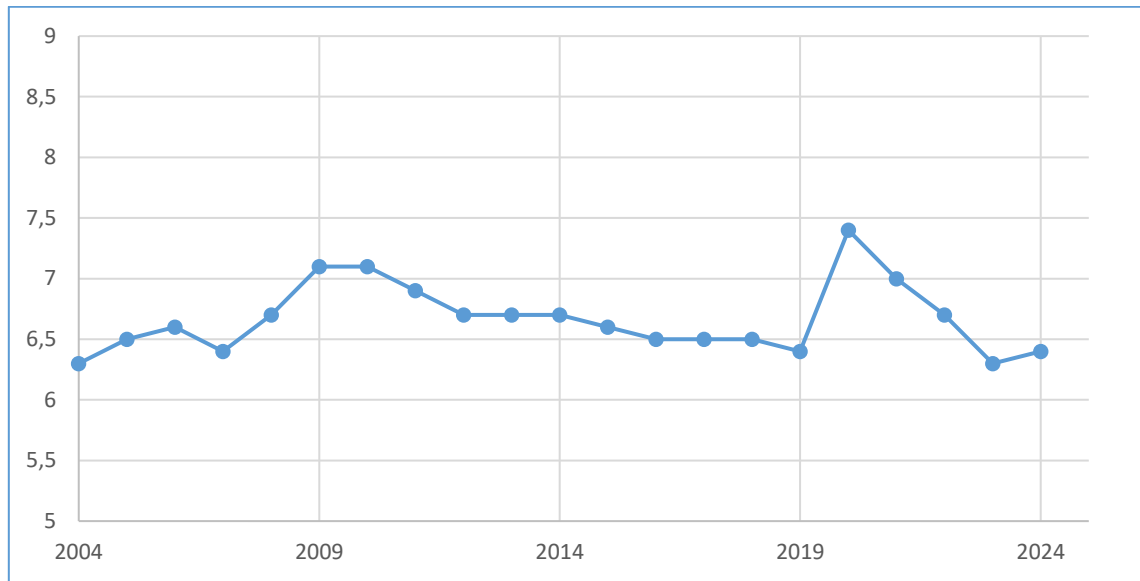
Fonte: OECD e MEF

La sanità in Italia

La spesa sanitaria pubblica presenta un andamento costante nel tempo in relazione al PIL, tra il 6,3% del 2004 al 6,4% del 2019 (Fig. 7). Nel periodo compreso tra il 2020 e il 2022 si assiste ad un incremento della spesa sanitaria pubblica in conseguenza della pandemia COVID con una quota del 7,4% nel 2022. Nel 2023 e 2024 l'incidenza sul PIL si riporta a valori che oscillano intorno al 6,5%. La previsione del 2025³ prevede un rapporto su PIL pari al 6,2%.

³ La previsione è riportata nel NADEF 2023 presentato alla Camera dei Deputati il 27.9.2023.

Figura 7 – Spesa sanitaria corrente pubblica su PIL

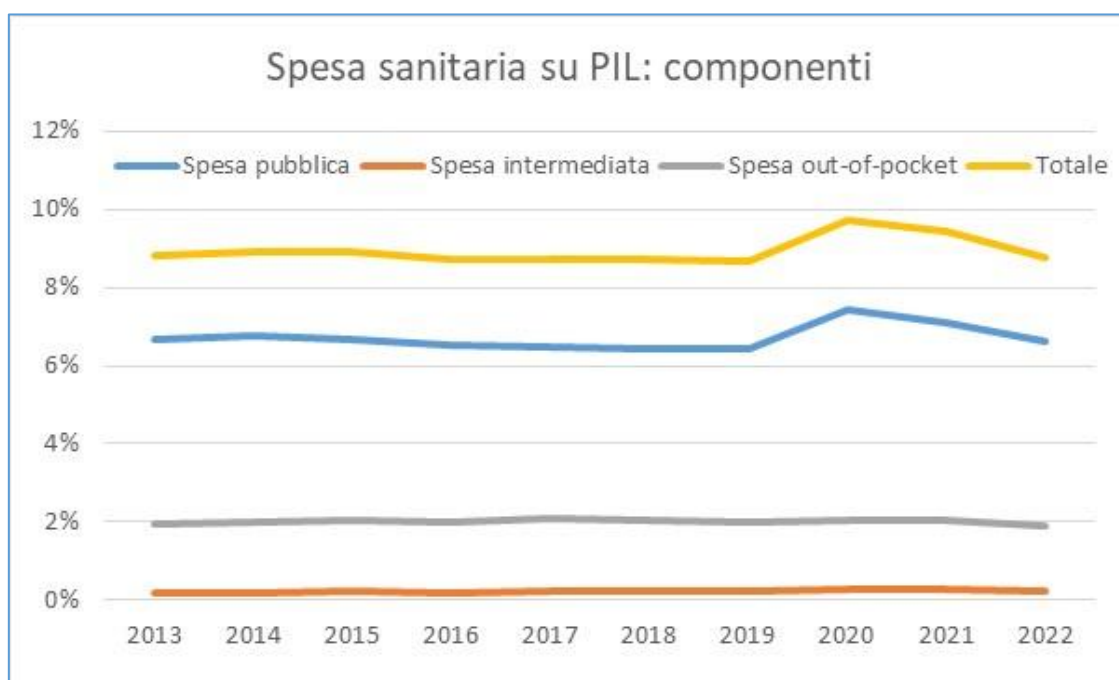


Fonte: MEF – Monitoraggio spesa sanitaria

Agli importi della spesa pubblica, pari a circa 130 miliardi di euro (quasi 12% della spesa pubblica totale) vanno aggiunti, con riferimento al 2022, 4,7 miliardi di spesa sanitaria intermediata (da fondi, mutue e imprese di assicurazione) e 36,8 miliardi di spesa diretta delle famiglie (spesa out-of-pocket).

Nel complesso, l'intera spesa sanitaria pubblica e privata italiana (172 miliardi di euro) copre quasi il 9% del PIL 2022 (Fig. 8).

Figura 8 – Componenti della spesa sanitaria su PIL



Fonte: ISTAT

Gli intermediari della spesa sanitaria

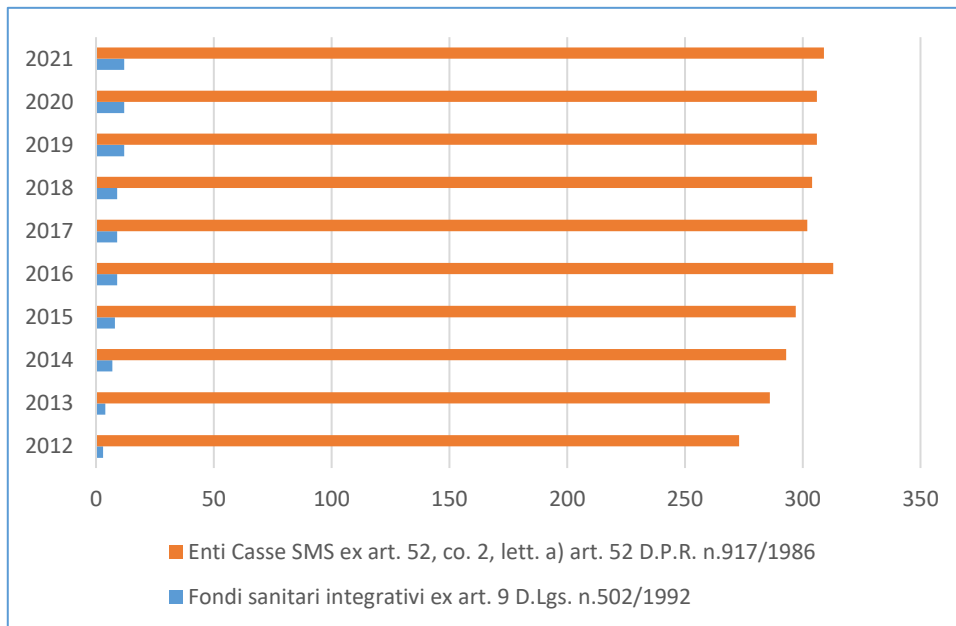
I Fondi sanitari, le compagnie di assicurazione, gli enti e le casse mutue sono gli attori della spesa sanitaria intermediata.

Con il D.M. 31 marzo 2008 è stata istituita presso il Ministero della Salute un'anagrafe dei fondi sanitari integrativi, la cui iscrizione non è obbligatoria ma è necessaria per ottenere i benefici fiscali.

Sono previste due distinte sezioni: Fondi sanitari integrativi ex art. 9 del D. Lgs. n.502/1992 (tipo A) ed Enti, casse e società di mutuo soccorso ex art. 51, comma 2, lett. a), del T.U. n.917/1986 (tipo B). Considerato che l'unica fonte ufficiale è l'anagrafe dei fondi sanitari integrativi istituita presso il Ministero della Salute, non consultabile pubblicamente dal sito web, le informazioni sui fondi sanitari sono datate e risalgono al Report del 2021 su dati dell'esercizio fiscale 2019 dell'Anagrafe dei Fondi sanitari. I dati raccolti denotano una crescita del numero dei fondi e del numero degli iscritti (Fig. 9).

Figura 9 - Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute

(numero fondi censiti)

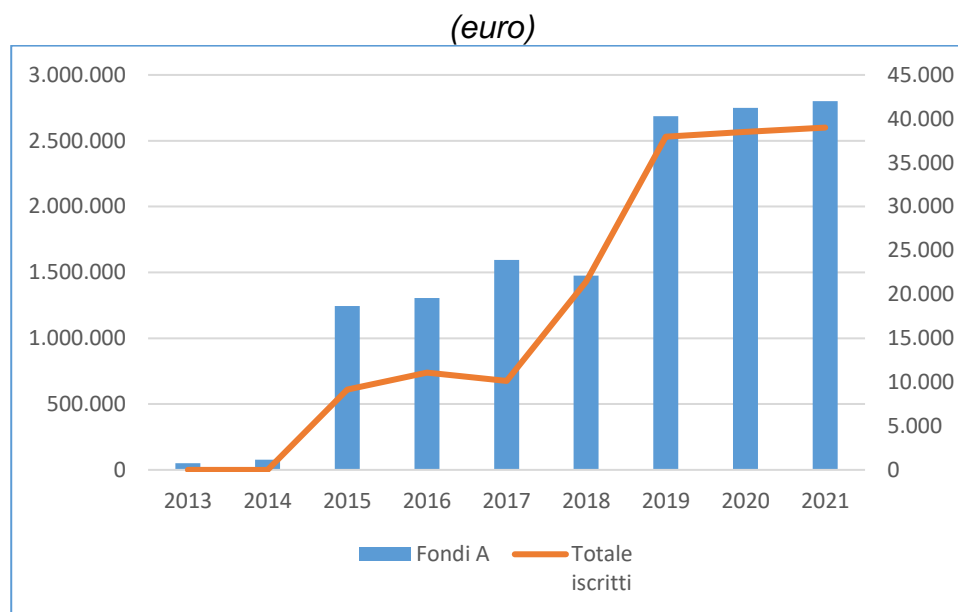


Fonte: Report Anagrafe Fondi sanitari 2021 e X Rapporto Itinerari Previdenziali (stima)

Anche se in aumento, i fondi di tipo A⁴ sono appena dodici e il controvalore delle relative prestazioni rimane molto modesto, risultando pari nel 2021 a una stima di 2,8 milioni di euro (Fig. 10).

⁴ Fondi integrativi del SSN di tipo A, istituiti o adeguati ai sensi dell'art.9 del D.Lgs 502/92, perseguono il fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN e non possono adottare politiche di selezione dei rischi: nella sostanza erogano prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle garantite dai LEA - Livelli Essenziali di Assistenza del SSN.

Figura10 - Prestazioni e numero iscritti dei Fondi Sanitari – Fondi A

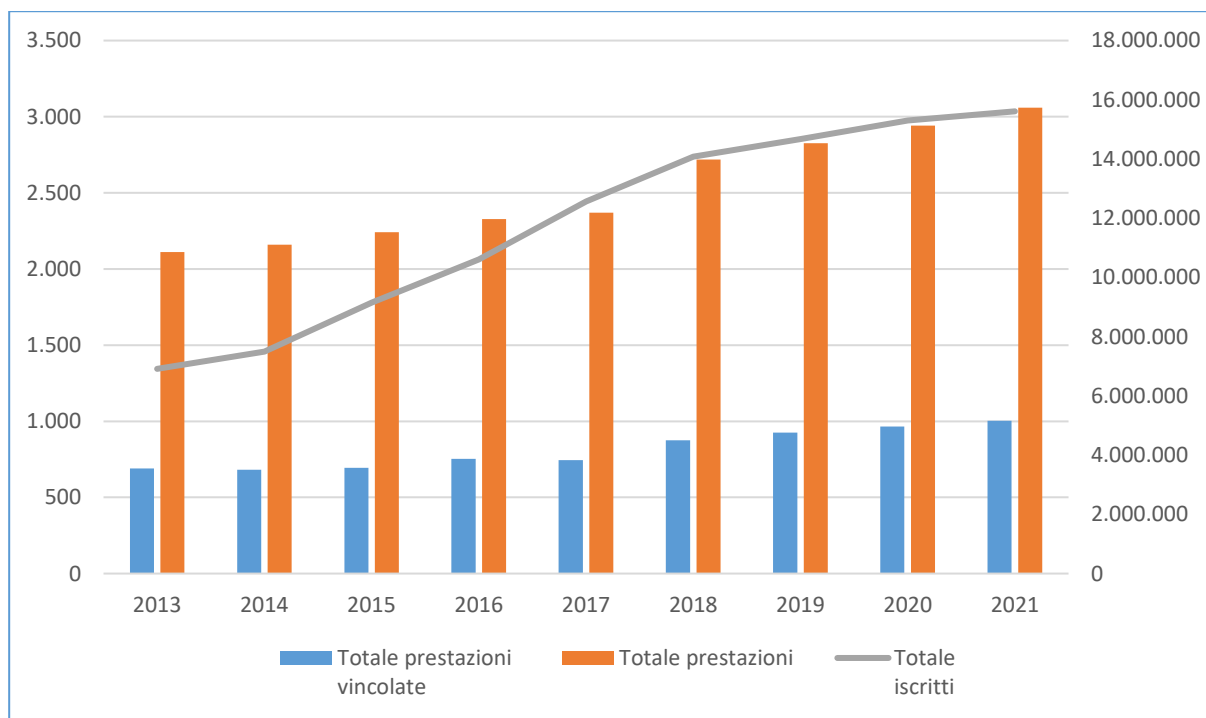


Fonte: Report Anagrafe Fondi sanitari 2021 e X Rapporto Itinerari Previdenziali (stima)

I fondi integrativi di tipo B sono 309 nel 2021. Le prestazioni raggiungono una stima di 3 miliardi di euro e sono costituite in larga parte da assistenza odontoiatrica (69%), socio-sanitarie (16%) e finalizzata al recupero della salute (15%); il 33% delle prestazioni offerte risulta essere vincolato⁵ a forme di assistenza integrative del SSN. Gli iscritti tra il 2013 e il 2021 sono raddoppiati, passando da quasi 7 milioni a 14 milioni circa (Fig. 11).

⁵ I Fondi sanitari di tipo B sono organismi che hanno maggiore libertà di azione, definita dai propri regolamenti e statuti, e possono erogare anche prestazioni sanitarie comprese nei LEA, ma per poter essere iscritti all'Anagrafe dei Fondi sono tenuti a vincolare almeno il 20% delle prestazioni a precisi ambiti di assistenza non coperti dal SSN (es. assistenza odontoiatrica). Le contribuzioni raccolte godono della deducibilità fiscale fino ad un massimo di 3.615 euro annui per ogni soggetto che si iscrive al fondo.

Figura 11 – Prestazioni, numero iscritti e prestazioni vincolate dei Fondi Sanitari – Fondi B
(milioni di euro)



Sebbene la terminologia continua a fare riferimento alla natura “integrativa” dei fondi sanitari, legittimando la percezione pubblica che il loro obiettivo sia quello di integrare le coperture, di fatto ai fondi sanitari di tipo B è concesso di esercitare una funzione sostitutiva sino all’80% delle coperture mantenendo i benefici fiscali. La forma giuridica dei fondi di tipo B nella gran parte dei casi è quella dell’associazione non riconosciuta dall’art. 36 Codice Civile, priva di personalità giuridica (85%), seguita dalle società di mutuo soccorso da R.D n. 3818/1886 (15%).

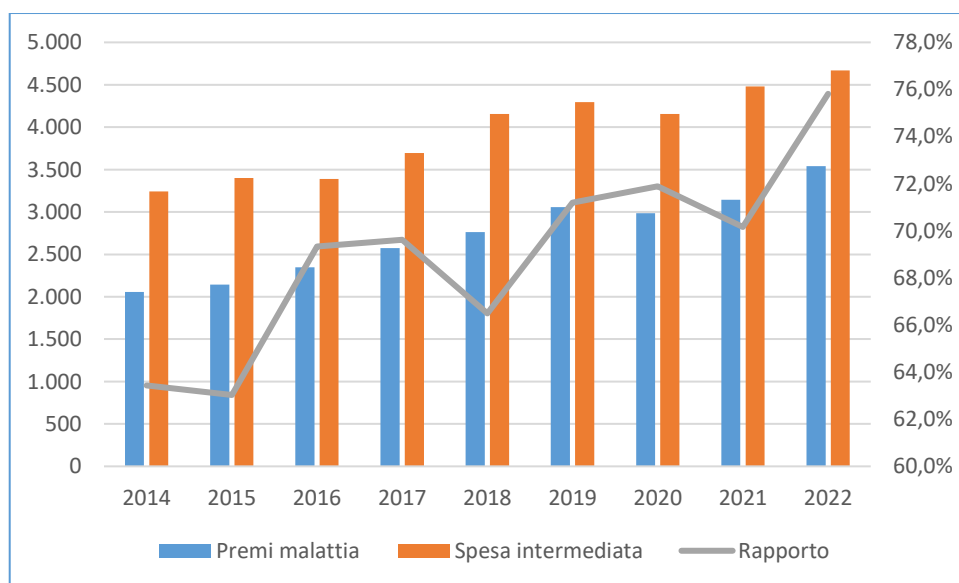
L’assenza di un quadro normativo organico con regole di sana e prudente gestione e di tutela della solvibilità può minare la credibilità del sistema della sanità integrativa. In proposito, si ricorda che nel patto per la salute 2019-2021, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nel 18 dicembre 2019, era prevista l’istituzione di un gruppo di lavoro per elaborare una proposta di provvedimento per ammodernare la disciplina dei fondi sanitari, potenziare la struttura della vigilanza e favorire la trasparenza del settore.

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 copertura⁶.

Il ruolo del settore assicurativo nel ramo malattia⁷

I premi del ramo malattia evidenziano un *trend* moderatamente crescente e rappresentano negli ultimi quattro esercizi⁸ oltre il 70% della spesa sanitaria intermediata (Fig. 12).

Figura 12 – Premi malattia, spesa intermediata e rapporto
(milioni di euro)



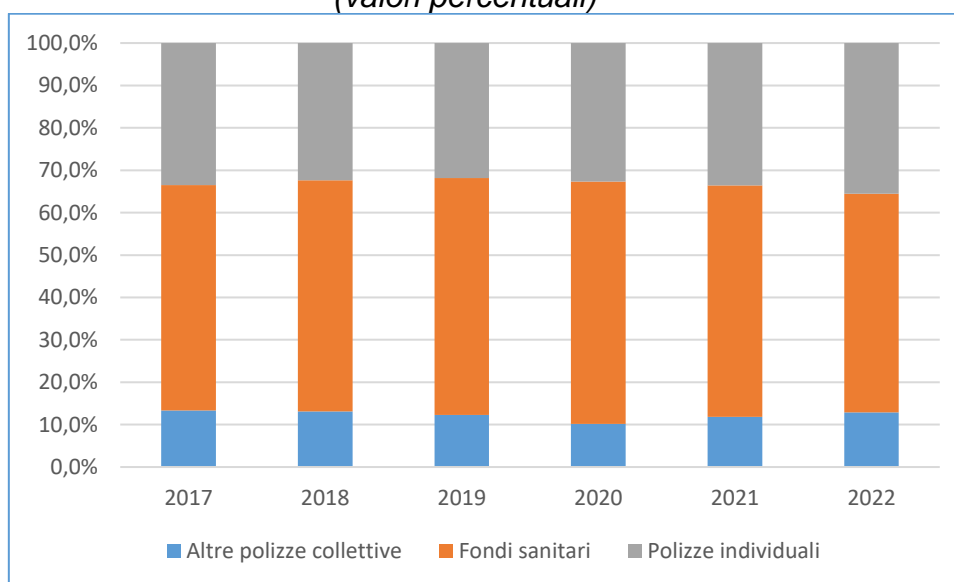
⁶ Il divieto di selezione dei rischi è talvolta utilizzato per i contratti assicurativi collettivi, ove è possibile adottare un impianto assuntivo basato su assenza di tale principio; costo standardizzato e omogeneo per tutti gli assicurati; ampiezza delle coperture. Quando invece non si assicurano intere 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.

⁷ Si veda il Bollettino statistico IVASS su *L'attività assicurativa nel comparto salute* in <https://www.ivass.it/pubblicazioni-e-statistiche/statistiche/bollettino-statistico/2024/n-02-2024/index.html>

Nel grafico seguente (Fig. 13) sono riportati alcuni dati sulla ripartizione per tipologia contrattuale dei premi nel ramo malattia. Emerge un peso rilevante dei fondi sanitari, pari al 52% del totale (1,8 miliardi di euro) in leggera riduzione, e delle polizze individuali (36%, 1,2 miliardi), mentre le altre collettive sono pari al 13% (0,4 miliardi). Tra fondi sanitari integrativi e imprese assicuratrici sussistono forti interconnessioni, ferme rimanendo le diverse regole di funzionamento e discipline sui controlli.

Figura 13 – Ripartizione premi malattia

(valori percentuali)



Le problematiche emerse dall'azione di vigilanza dell'Istituto – i nodi da sciogliere

Di seguito alcuni cenni alle problematiche emerse dall'azione di vigilanza dell'Istituto che riguardano il settore della sanità integrativa e che possono fornire spunti utili per l'individuazione di possibili ipotesi di riforma del settore.

L'IVASS nel 2023 ha ricevuto oltre 30.000 reclami nei confronti delle imprese di assicurazione. Di questi, circa 1.500 sono riferiti a polizze del ramo malattia e circa 1.000 reclami a polizze del ramo infortuni.

Molte di queste segnalazioni ricevute sono riferite indifferentemente a imprese di assicurazione, a fondi sanitari e società di mutuo soccorso ed evidenziano che gli utenti non hanno sufficiente consapevolezza in ordine alla differente tipologia di soggetti che

operano nella sanità integrativa e della circostanza che fondi, società sanitarie e mutue non sono assoggettati alla vigilanza dell'Istituto. Sono anche frequenti i reclami nei confronti di società specializzate cui è esclusivamente affidata l'organizzazione del servizio di assistenza sanitaria e che di norma curano direttamente i rapporti con il cliente e con il network delle strutture sanitarie convenzionate.

I beneficiari delle prestazioni, dunque, hanno difficoltà a percepire le differenze tra i diversi soggetti impegnati a garantire la prestazione sanitaria, (compagnie, fondi, società di mutuo soccorso) e tra le diverse discipline e forme di tutela previste dall'ordinamento.

Per l'IVASS, considerato il bene coinvolto (la salute) e soprattutto la situazione di fragilità del soggetto che richiede la prestazione sanitaria, i reclami che segnalano disservizi e difficoltà ad ottenere rimborsi o autorizzazioni alle prestazioni sanitarie rivestono particolare importanza. È di tutta evidenza che, in tale ambito, una pronta e trasparente gestione del sinistro, nel rispetto delle condizioni contrattuali, costituisce una condizione imprescindibile per garantire ai consumatori la giusta fruibilità della copertura assicurativa sottoscritta.

In generale, va considerata poi la questione della vigilanza sui diversi soggetti che compongono l'assetto del welfare sanitario.

Nell'attuale quadro normativo solo coloro che sottoscrivono contratti assicurativi, ovvero aderiscono a fondi sanitari comunque garantiti indirettamente dalle imprese assicuratrici, trovano tutela nei controlli dell'Istituto e nei presidi sulla solvibilità delle compagnie.

Una menzione specifica merita l'articolo 345 del Codice delle Assicurazioni su cui avevamo già richiamato l'attenzione di codesta Commissione in occasione dell'audizione svolta il 7 aprile 2022 nell'ambito dell'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. E' una norma che 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 del Titolo IV (in tema di imprese locali e particolari mutue assicuratrici), in quanto compatibili; dispone, inoltre – quanto alle sole società di mutuo

soccorso - che nel caso in cui le stesse 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.

Si tratta di una disposizione che presenta rilevanti incertezze applicative oltre che lacunosità e frammentarietà con riferimento a numerosi profili l'insieme dei quali può determinare un vulnus di tutela per i cittadini, oltre che incertezze per gli operatori e i soggetti chiamati a vario titolo ad esercitare la vigilanza; in particolare, tali incertezze riguardano: a) le difficoltà applicative del criterio individuato per l'estensione alle SMS della normativa assicurativa ivi indicata; b) la concreta individuazione delle norme oggetto di estensione, c) il fondamento e l'estensione dei poteri dell'Istituto - primo fra tutti del potere regolamentare - nei confronti delle SMS ; d) la ragionevolezza e la funzionalità del sistema di controllo sulle varie attività delle SMS in relazione ai diversi soggetti che vi concorrono (MIMIT e Ministero Salute).

In passato, abbiamo sensibilizzato al riguardo i Ministeri competenti ad avviare riflessioni congiunte per una revisione organica delle regole e del sistema dei controlli cui assoggettare tali soggetti.

In questa sede intendiamo ribadire che l'art 345 del CAP, per le sopra evidenziate indubbe difficoltà e insuperabili criticità interpretative e applicative, rappresenta uno strumento normativo non aggiornato, parziale, e comunque non adeguato a dare risposte alle esigenze di tutela dei fruitori dei servizi di sanità integrativa in generale e delle società di mutuo soccorso in particolare. Sul punto è sufficiente evidenziare che il testo dell'attuale art. 345 è antecedente alla novella del CAP con la quale sono state recepite nel nostro ordinamento le disposizioni della direttiva UE Solvency II, molte delle quali difficilmente applicabili alle SMS. L'estensione alle società di mutuo soccorso anche solo di una minima parte delle regole previste per le imprese assicuratrici da Solvency II e dalla Direttiva in materia di distribuzione assicurativa (IDD) in ordine ai requisiti economico patrimoniali, alla disciplina del governo societario, alla condotta di mercato o alla distribuzione dei prodotti comporterebbe per le mutue e le relative reti distributive il rispetto di vincoli di conformità difficili da rispettare e non del tutto coerenti con la loro struttura e ambito di operatività.

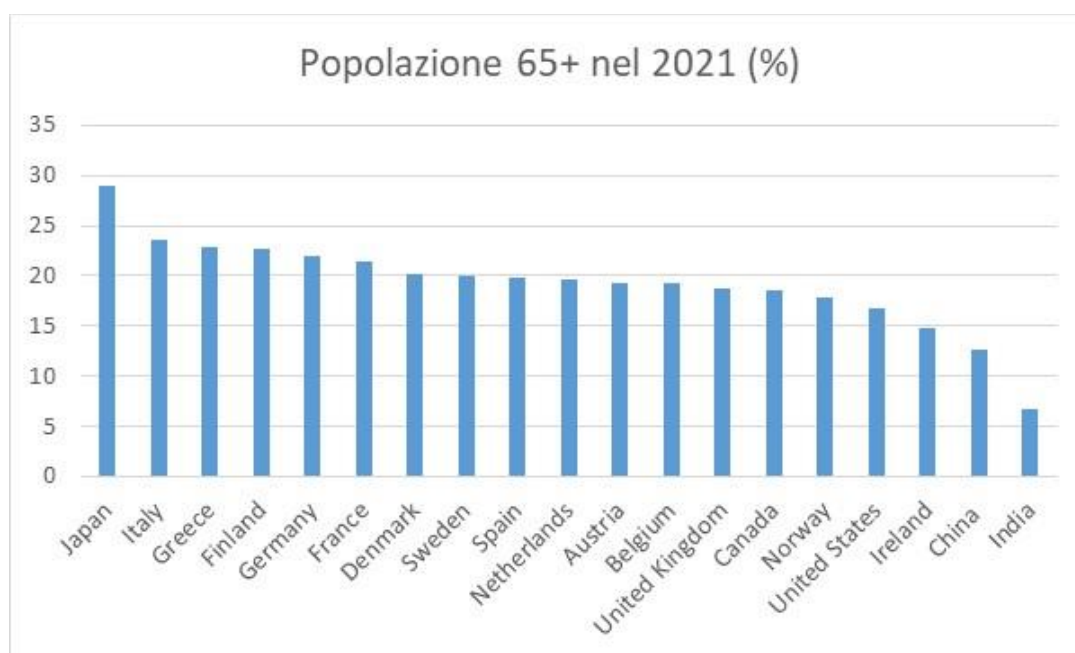
Per concludere su questo aspetto, l'assenza di un quadro normativo organico con regole di sana e prudente gestione e di tutela della solvibilità può minare la credibilità del sistema della sanità integrativa. In proposito, si ricorda che nel patto per la salute 2019-2021, sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nel 18 dicembre 2019, era prevista l'istituzione di un gruppo di lavoro per elaborare una proposta di provvedimento per ammodernare la disciplina dei fondi sanitari, potenziare la struttura della vigilanza e favorire la trasparenza del settore.

La non autosufficienza

Chiudo su un tema che è all'attenzione del nostro Istituto da tempo. Ad esso abbiamo dedicato numerosi approfondimenti e oggi è al centro di un progetto di ricerca con l'Università La Sapienza di Roma e Cà Foscari di Venezia i cui risultati sono attesi a inizio del prossimo anno.

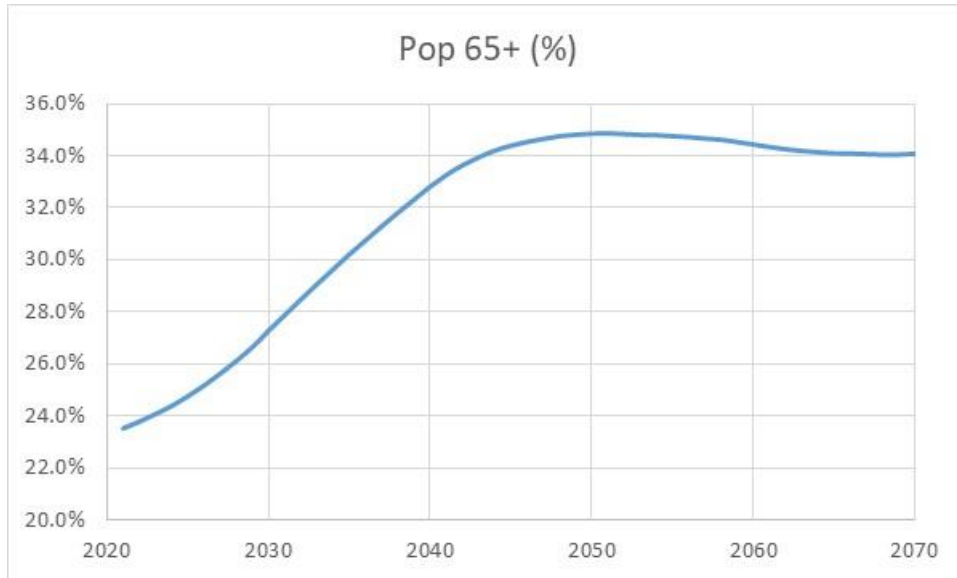
Il punto di partenza è presto detto: di fronte al veloce processo di invecchiamento della società italiana, con l'Italia al secondo posto nel mondo per quota di ultra 65-enni, dopo il Giappone (Figura 14), e lungo un trend di progressiva crescita (Figura 15) ci si chiede qual è l'articolazione attuale dei servizi di LTC nel nostro Paese.

Figura 14 – Confronto sugli ultra-65 enni



Fonte: OECD

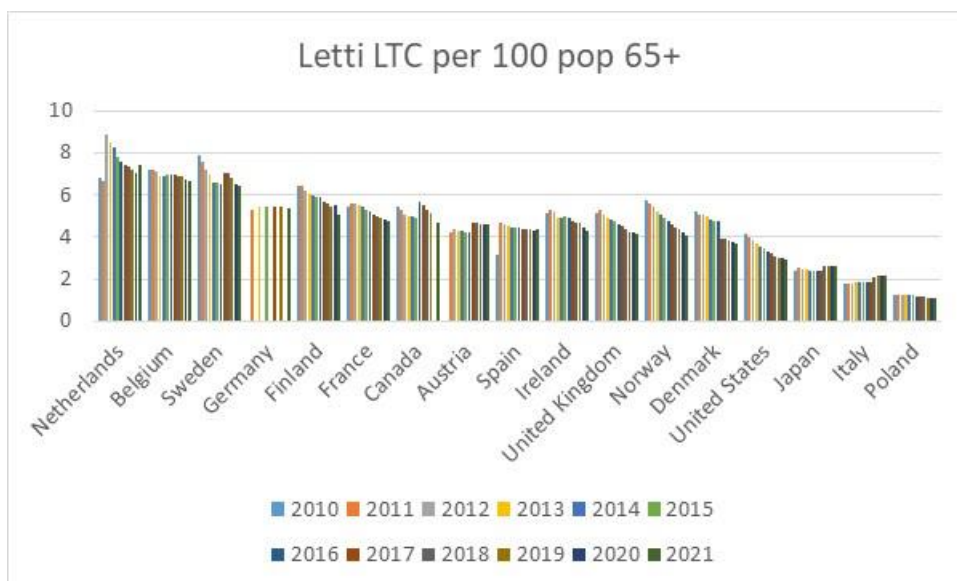
Figura 15 – Prospettive demografiche



Fonte: Istat

Un primo dato viene dalla disponibilità di letti nelle residenze LTC (tutti i dati qui illustrati sono di fonte OCSE). Per l'Italia siamo nell'ordine dei 2 letti per 100 ultrasessantacinquenni, dato tra i più bassi in assoluto. Lievemente migliore è la situazione del Giappone, contro il record dei 7 letti dell'Olanda (Figura 16)

Figura 16



Parimenti scarsa, di conseguenza, la disponibilità di personale, sia in totale, sia nelle due componenti infermieristica (*nurses*) e assistenziale (*personal carers*) (Figure 17, 18, 19)

Figura 17

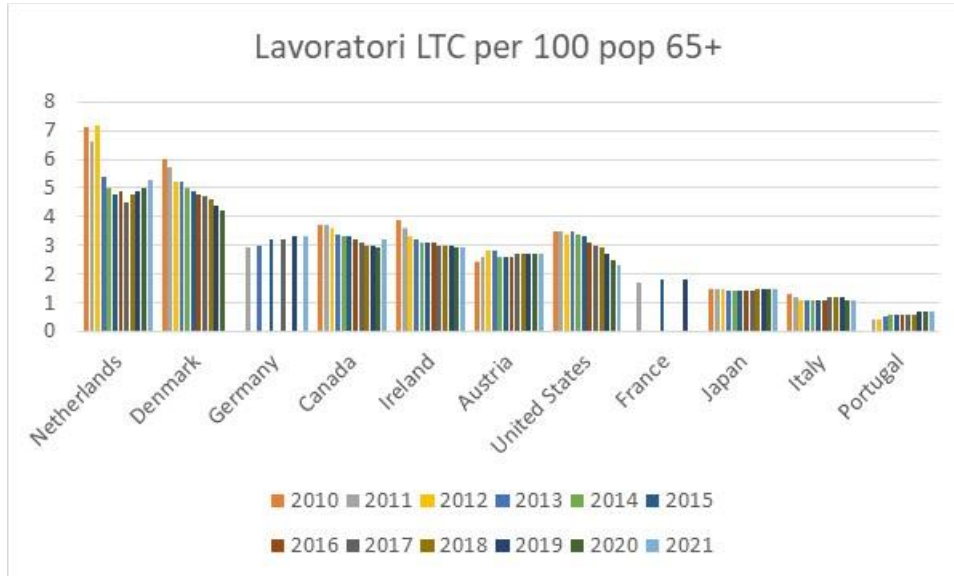


Figura 18

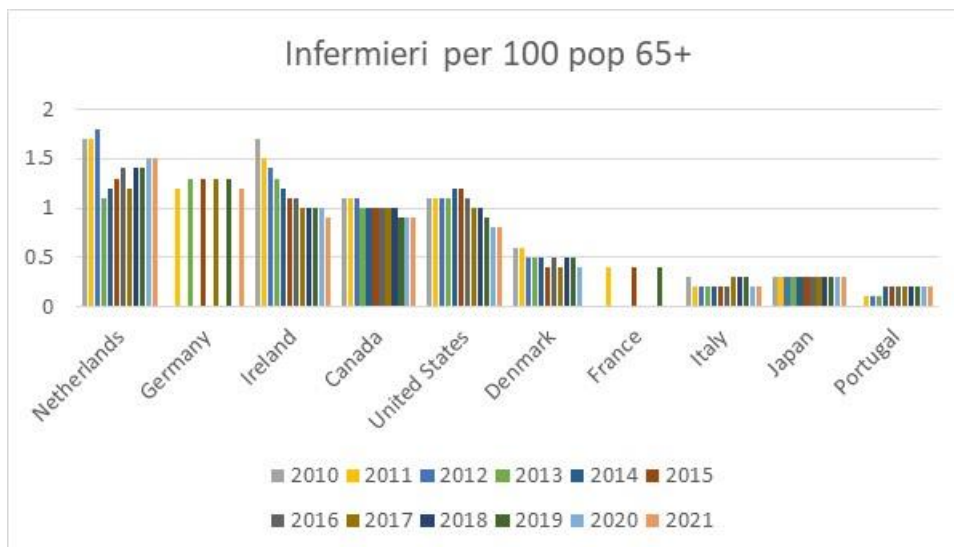
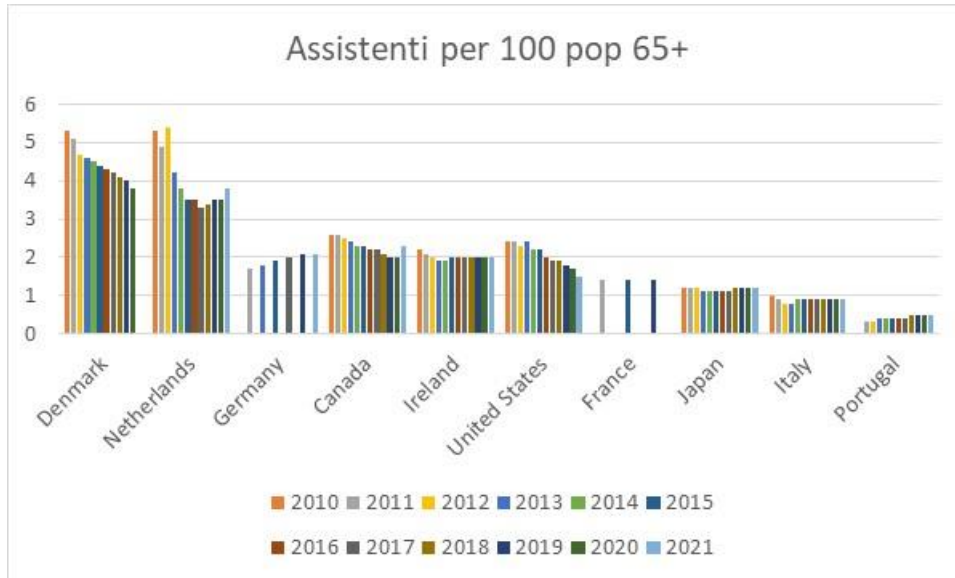
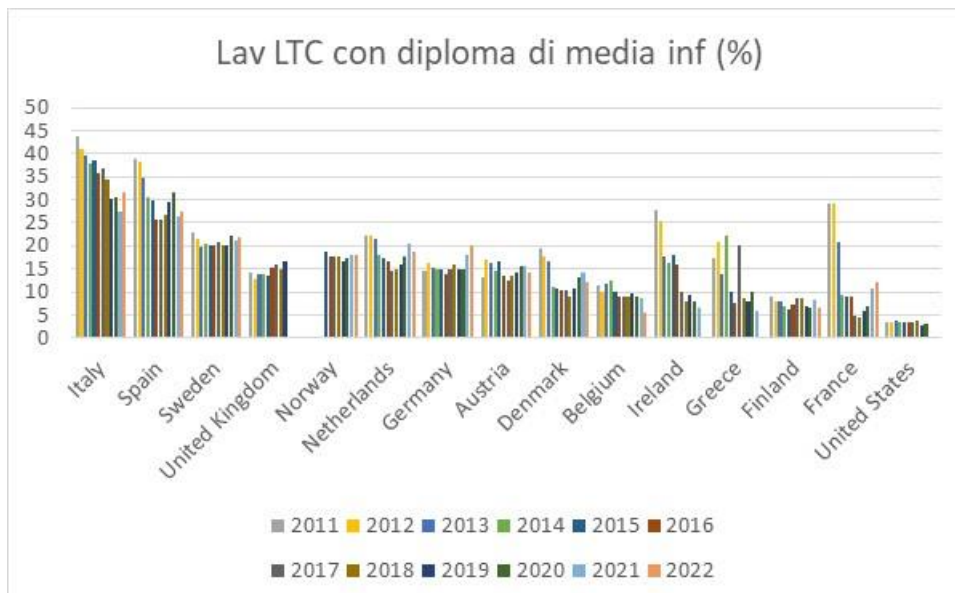


Figura 19



Meno ovvio, il dato sulla qualità del personale occupato che include una quota molto consistente, la più elevata nel panorama internazionale, sia pure in tendenziale riduzione, di lavoratori con solo il diploma di licenza media inferiore (Figura 20).

Figura 20



Negli altri paesi, il personale con licenza media superiore o diploma di laurea è molto più diffuso, sia nelle strutture LTC sia, a dire il vero, in tutti gli altri settori.

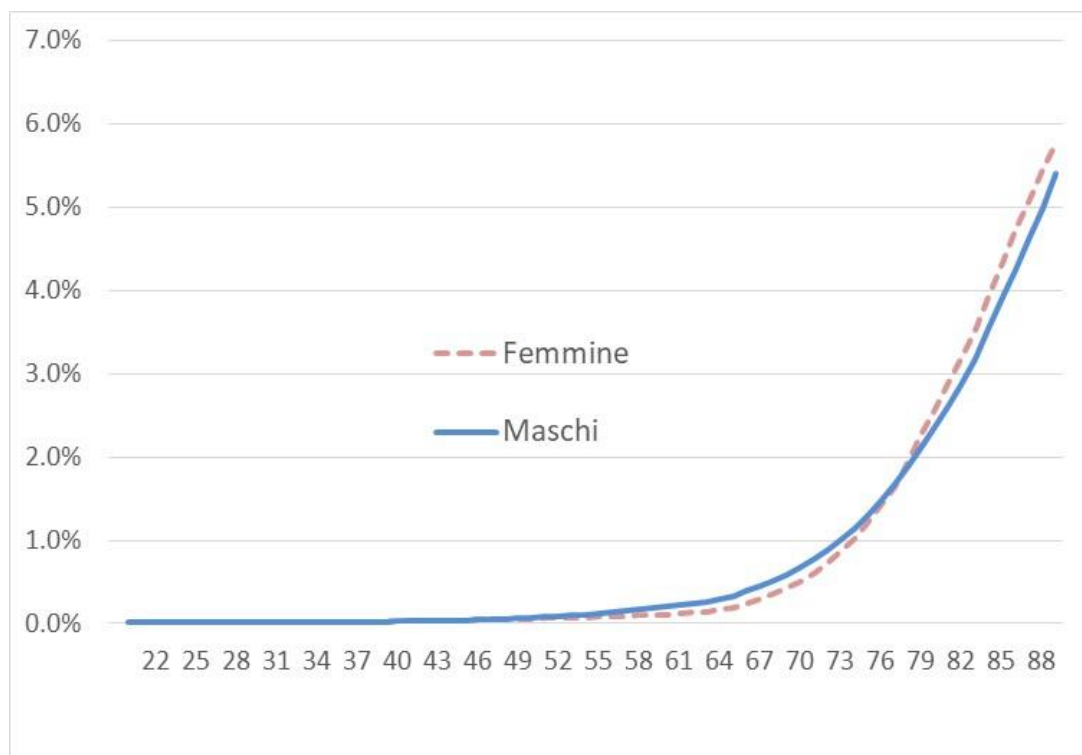
I contratti full time (rispetto ai part time) e i contratti a tempo indeterminato (rispetto a quelli a tempo determinato) risultano invece sui livelli medi internazionali: nel 2022 erano in Italia il 71% e l'81% rispettivamente.

Prospettive su un nuovo modello di welfare

Da queste evidenze si capisce che il tema della LTC ha una chiara rilevanza sistemica poiché la non autosufficienza ha tutte le caratteristiche di una “catastrofe naturale individuale” non molto dissimile, nei suoi effetti dirompenti, dalle catastrofi naturali globali di origine ambientale: simile la rilevanza, simile l'impatto aggregato sulla collettività, simile l'esposizione e la sottocopertura di cui soffrono le famiglie italiane, simile lo strumentario tecnico e regolamentare che potrebbe essere messo in campo, in modo sistemico, per alleviare il problema.

Si potrebbe anzi sostenere che in termini di hazard (Figura 21) l'esposizione alla non autosufficienza è persino più elevata di quella, già alta, a terremoti e alluvioni.

Figura 21 - Probabilità di non autosufficienza per sesso ed età



Fonte: De Angelis e Di Falco (2016)

Oggi la spesa pubblica per LTC (spesa sanitaria, per indennità di accompagnamento e per altre prestazioni) è di circa 38 miliardi⁸, pari al 2% del PIL ed è prevista in crescita al 2,8% nel 2070. La spesa privata (per le RSA e per l'assistenza domiciliare) è stimata in circa 33 miliardi (1,7% del PIL). C'è quindi, ad oggi, una sostanziale equiripartizione degli oneri complessivi, sebbene la situazione corrente non può certo dirsi soddisfacente sia perché non tutta la domanda di LTC è soddisfatta sia perché la qualità dei servizi non è ottimale.

La spesa privata è quasi interamente *out-of-pocket*, poiché la raccolta delle polizze assicurative LTC è di soli 178 milioni di euro, appena lo 0,2% dei premi vita, cui andrebbe aggiunta la componente (quantitativamente minima) a copertura del rischio di non autosufficienza ottenuta col ramo danni-malattia.

C'è dunque spazio per una soluzione che possa essere ad un tempo universalistica, economicamente efficiente e più attenta alla qualità dei servizi.

In particolare, mediante un sistema di partenariato tripartito, Stato-Imprese-Terzo Settore (quindi imprese "for profit" e imprese "for good") (Figura 22), con prestazioni ben definite, economicamente sostenibili e qualitativamente controllate, si potrebbe dare una soluzione strutturale al problema della non autosufficienza.

Figura 22 Settori e obiettivi di un partenariato per la LTC



⁸ La spesa pubblica per LTC comprende: i) la componente sanitaria, ii) la spesa per indennità di accompagnamento e iii) la spesa per altre prestazioni. La spesa privata si riferisce ai costi sostenuti dalle famiglie per le case di residenza e per l'assistenza domiciliare da parte dei familiari o dei fornitori di servizi di assistenza (*care giver*) professionali.

Tale sistema misto pubblico-privato si baserebbe sull'approccio mutualistico della contribuzione e della copertura, per coprire l'esigenza di LTC di tutta la popolazione italiana adulta⁹. Lo Stato stabilirebbe le regole e garantirebbe un'adeguata deduzione fiscale dei versamenti; i datori di lavoro e i lavoratori verserebbero la rispettiva contribuzione; le imprese di assicurazione specializzate gestirebbero le risorse offrendo rendite monetarie o risarcimenti "in forma specifica" da imprese sociali specializzate nella cura delle persone, con adeguati presidi sulla qualità dei servizi¹⁰.

Da non trascurare il fatto che il Terzo Settore potrebbe offrire non solo assistenza ma anche occasioni di adeguate attività lavorative per le disabilità meno gravi. Si tratterebbe, quindi, di un nuovo welfare, delineato secondo i principi dell'economia civile, focalizzato più sulle vulnerabilità (ex ante) che sulle fragilità (ex post) e attento alle tre dimensioni del benessere collettivo: universalità, efficienza e "qualità relazionale" dei servizi.

⁹ Forme simili sono state sperimentate nella r.c. auto per il rischio di non autosufficienza da incidente stradale.

¹⁰ Oggi, tipicamente, le assicurazioni malattia finalizzate per la LTC erogano prestazioni di rimborso delle spese sanitarie o una diaria per il soggiorno in case di cura, entrambe con un eventuale massimale di risarcimento. Viceversa nel caso di un contratto vita, si garantisce, in caso di non autosufficienza, un importo forfetario di solito rivalutabile nel tempo. L'impresa inizia a corrispondere all'assicurato la rendita al verificarsi dello stato di non autosufficienza.