

# Le assicurazioni malattia e la sanità integrativa

Carlo Conforti



Roma, 23 maggio 2011

## MESSAGGI CHIAVE

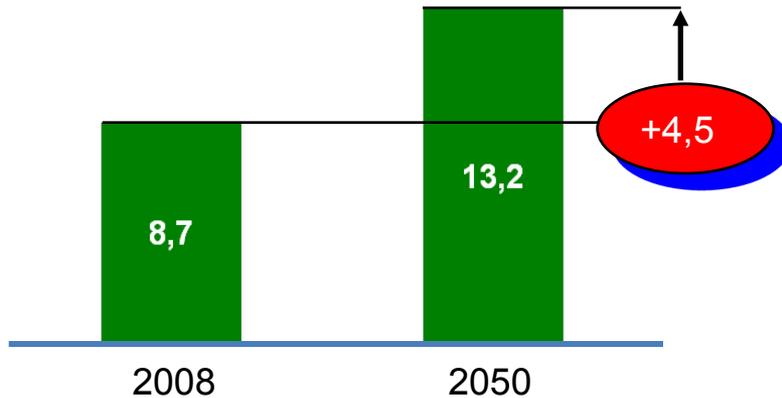
La sanità integrativa è una realtà destinata a crescere in Italia per ragioni strutturali che metteranno sotto pressione soprattutto alcuni settori della spesa sanitaria pubblica. Già oggi buona parte della popolazione dispone di una copertura sanitaria integrativa attraverso vari strumenti, seppure con livelli di copertura diversi, tra cui le assicurazioni private.

La copertura delle spese mediche attraverso i diversi prodotti assicurativi costituisce uno dei ruoli svolti dal settore assicurativo privato nella sanità il quale offre coperture anche a parte dei fondi e casse di assistenza sanitaria attraverso la stipula di polizze collettive. Inoltre, il settore contribuisce a mitigare il costo dei servizi sanitari stringendo convenzionamenti con i provider e gestisce servizi di assistenza collegati.

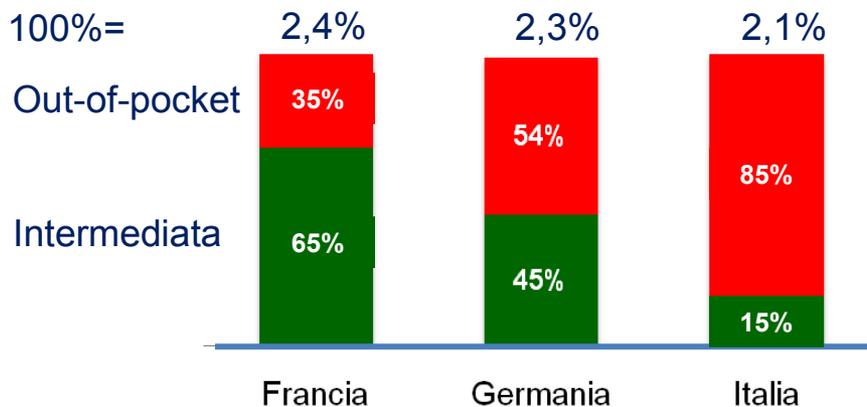
L'assistenza degli individui non autosufficienti è una questione che assumerà grande importanza negli anni futuri. Per coprire i futuri bisogni dei cittadini lo Stato ha cercato di indirizzare la spesa dei fondi sanitari verso tali ambiti. Tuttavia, data la particolare natura del rischio (tra sociale e sanitario) negli ultimi anni sono sorti strumenti diversi che cercano di offrire una risposta alle necessità dei cittadini.

# LA SPESA SANITARIA IN ITALIA E ALCUNI CONFRONTI EUROPEI

Incremento atteso di spesa sanitaria sul PIL  
2008-2050, %



Spesa sanitaria privata su PIL  
2008, %



I vincoli di finanza pubblica non consentiranno di far fronte agli incrementi di spesa attesi per i prossimi decenni, che saranno a carico dei cittadini.

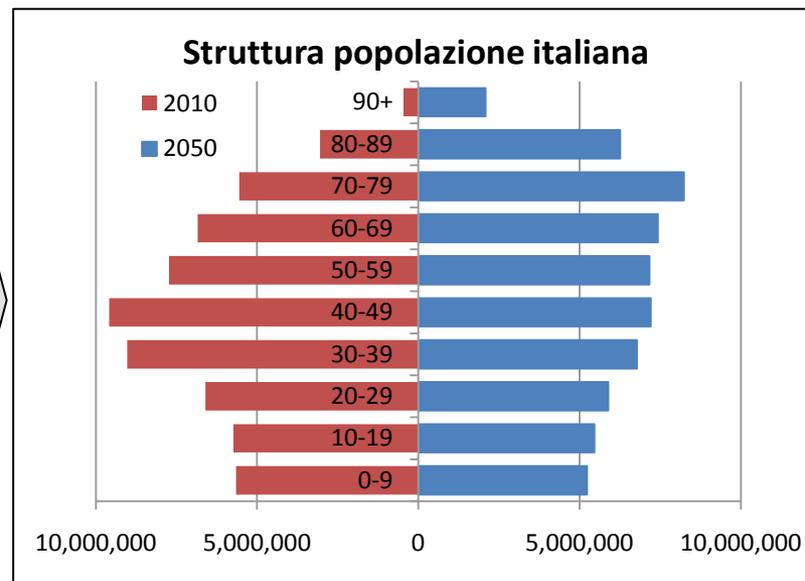
Nel confronto con altri paesi europei l'Italia ha un'elevata spesa out-of-pocket.

Una maggiore canalizzazione di tale spesa tramite Fondi/ Casse e assicurazioni permetterebbe:

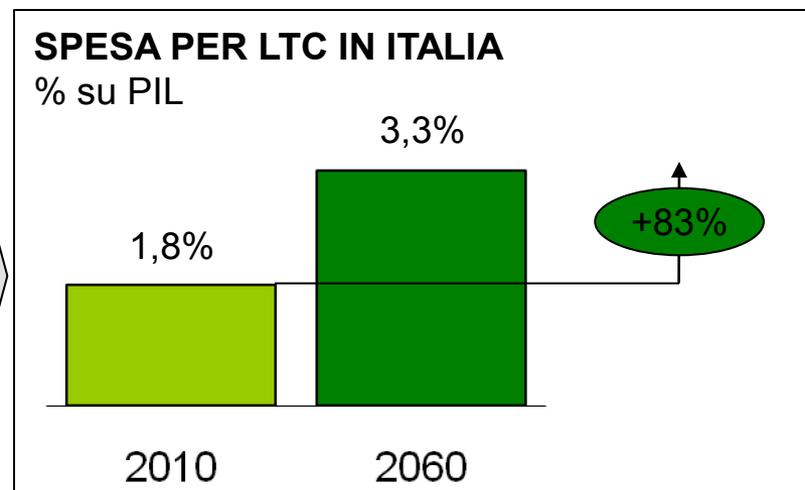
1. mitigazione della spesa, grazie al maggiore potere contrattuale dei terzi pagatori;
2. pianificazione della spesa, con potenziale collegamento tra accumulo delle risorse ed investimento;
3. mutualità tra gli assistiti;
4. recupero dell'evasione fiscale.

# DINAMICA DEMOGRAFICA E PREVISIONI DI SPESA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Secondo ISTAT nel 2050 gli over 60 saranno il 38,9% della popolazione complessiva rispetto all'attuale valore di 26,4%. Il numero delle persone non autosufficienti è presumibilmente destinato ad aumentare



Secondo quanto ipotizzato dalla Ragioneria Generale dello Stato la spesa attribuibile all'assistenza ai non autosufficienti potrebbe raddoppiare passando dall'attuale 1,7% a circa il 3,3% del PIL nel 2060



# DIFFUSIONE DELLA SANITÀ INTEGRATIVA IN ITALIA

## Strumenti

## Istitutori

## Partecipazione

## Incentivi fiscali sui contributi

Casse / Fondi

- Contratti nazionali
- Accordi aziendali
- Associazioni sindacali

- Determinate categorie di lavoratori, in genere estesa ai familiari (alcune stime arrivano a circa 10 mln di assistiti al 2010)

- Contributi deducibili dal reddito fino a 3.615€ se versati a Fondi/Casse integrativi o adeguati al decreto del 27/10/2009.

Sussidi assistenziali (sms)

- Società mutuo soccorso

- In genere aperta a tutti cittadini su base volontaria (circa 400.000 assistiti)

- Contributi detraibili, fino ad un massimo di 1.291€ o deducibili come sopra

Polizze malattia

- Imprese di assicurazione

- Aperta a tutti cittadini su base volontaria (circa 1,5 mln di polizze)

- Premi soggetti ad una tassazione del 2.5% e nessun beneficio fiscale

In totale circa 12 milioni di assistiti, seppure con livelli di assistenza molto variabili

# LE PRESTAZIONI EROGATE DAI FONDI SANITARI – FONDO EST



## Caratteristiche principali

Istituito nel 2005 per il settore del commercio, turismo, ortofrutticolo e farmaceutico speciale, è aperto all'adesione di aziende di settori affini. Copre i lavoratori non dirigenti e figli entro il 1° anno di vita\*. La copertura del rischio è garantita a partire dal 7° mese successivo all'iscrizione e sino al termine del rapporto di lavoro (max 75 anni). La gestione è affidata a 3 compagnie di assicurazione. Il Contributo di adesione è pari a 120€

### Prestazioni

### Limiti di rimborso

Ricovero per  
intervento  
chirurgico

- Strutture convenzionate: 100%
- Strutture non convenzionate: 80%, franchigia di 2000€ , massimale di 8.000€ per intervento

Alta Diagnostica

- Strutture convenzionate: 100%, franchigia 25€
- Strutture non convenzionate: 75%, franchigia di 55€.
- Massimale di 6.000€ annui

Visite  
specialistiche

- Strutture convenzionate: 100%
- Massimale di 700€ annui

Cure  
odontoiatriche

- Strutture convenzionate: 100% per ablazione tartaro una volta l'anno, impianto osteointegrato e corone fisse con un massimale di 3.000€ annui

Nota(\*) Solo per malformazioni.

# LE PRESTAZIONI EROGATE DAI FONDI SANITARI – FASCHIM



## Caratteristiche principali

Istituito nel 2003 per il settore chimico, chimico farmaceutico, fibre, abrasivi e G.P.L., è aperto all'adesione di aziende di settori affini. Copre i lavoratori non dirigenti e loro familiari. La copertura del rischio è garantita a partire dal 4° mese successivo all'iscrizione e sino al termine del rapporto di lavoro. La gestione del Fondo è autonoma. È previsto un contributo\* di 651 €.

Prestazioni	Limiti di rimborso
Ricovero per intervento chirurgico	• 100% del tariffario
Alta Diagnostica	• 100% del tariffario
Visite specialistiche	• 60€ per visita
Cure odontoiatriche	• 30% per tutte le prestazioni sostenute • Massimale di 250€ annui. Il massimale è aumentato a 2.500€ annui per implantologia e protesi. In tale caso è previsto uno scoperto di 500€.

Nota(\*) Nucleo familiare composto da 2 o più soggetti.

# LE PRESTAZIONI EROGATE DALLE SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO – “CESARE POZZO”



## Caratteristiche principali

Istituito nel 1877 per gli autoferrotramvieri, è aperta all'adesione individuali dei cittadini e alla gestione di forme collettive. Copre i soci e i loro familiari. La copertura del rischio è garantita a partire dal mese successivo all'adesione. La gestione è autonoma. È previsto un contributo\* di 432 € (formula tutela globale).

### Prestazioni

### Limiti di rimborso

Ricovero per  
intervento  
chirurgico

- Strutture convenzionate: rimborso fino ad un massimo di 10.000€ per grandi interventi

Alta Diagnostica

- 50% con una franchigia di 40€ e un massimale annuo di 3.000€

Visite  
specialistiche

- 50% fino ad un massimo di 30€ a visita al massimo 2 visite all'anno

Cure  
odontoiatriche

- Non previste

Nota(\*) Nucleo familiare composto da 2 o più soggetti.

# ESEMPI TIPO DI POLIZZE MALATTIA IN ITALIA E RELATIVI COSTI

Prestazioni principali		Prodotto base	Prodotto alta gamma	
Rimborso spese	• Ricovero con intervento chirurgico	V	V	
	• Ricovero senza intervento chirurgico		V	
	• Day surgery	V	V	
	• Parto senza sottolimiti		V	
	• Diagnostica e visite specialistiche pre/post ricovero	V	V	
	• Visite specialistiche		V	
	• Esami alta diagnostica		V	
	• Check-up		V	
	Indennità e altre prestazioni	• Diaria giornaliera da ricovero e convalescenza	V <sup>1</sup>	V
		• Diaria giornaliera inabilità temporanea da malattia		V
• Cure oncologiche			V	
• Assistenza (consulto medico, info, prenotazioni, ...)		V	V	
<b>Costi (stime indicative)</b>				
1 Assicurato adulto	~400€	~ 1.000€		
2 Assicurati adulti 2 bambini	~800€	~ 2.000€		

Nota: nei rimborsi spese ci sono dei massimali annui e per evento, le diarie attorno a 50€-100€ giornalieri. 1) Nel prodotto base sostitutiva del rimborso spese se ricovero pagato dal SSN

## MESSAGGI CHIAVE

La sanità integrativa è una realtà destinata a crescere in Italia per ragioni strutturali che metteranno sotto pressione soprattutto alcuni settori della spesa sanitaria pubblica. Già oggi buona parte della popolazione dispone di una copertura sanitaria integrativa attraverso vari strumenti, seppure con livelli di copertura diversi, tra cui le assicurazioni private.

**La copertura delle spese mediche attraverso i diversi prodotti assicurativi costituisce uno dei ruoli svolti dal settore assicurativo privato nella sanità il quale offre coperture anche a parte dei fondi e casse di assistenza sanitaria attraverso la stipula di polizze collettive. Inoltre, il settore contribuisce a mitigare il costo dei servizi sanitari stingendo convenzionamenti con i provider e gestisce servizi di assistenza collegati.**

L'assistenza degli individui non autosufficienti è una questione che assumerà grande importanza negli anni futuri. Per coprire i futuri bisogni dei cittadini lo Stato ha cercato di indirizzare la spesa dei fondi sanitari verso tali ambiti. Tuttavia, data la particolare natura del rischio (tra sociale e sanitario) negli ultimi anni sono sorti strumenti diversi che cercano di offrire una risposta alle necessità dei cittadini.

## ALTRE COPERTURE OFFERTE DALLE IMPRESE DI ASSICURAZIONE

Tipo copertura	Descrizione
<b>Permanent Health Insurance</b>	In caso di infortunio o malattia è previsto il pagamento di una rendita per il periodo in cui l'assicurato è totalmente incapace di percepire reddito da lavoro
<b>Perdita di autosufficienza (Long Term Care)</b>	Indennità liquidabile sotto forma di capitale o rendita in caso di perdita dell'autosufficienza dell'assicurato nel compimento degli atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, ecc.)
<b>Dread Disease</b>	Capitale forfettario corrisposto in caso di malattia particolarmente grave. Negli anni per far fronte alle esigenze del mercato vi è stata una forte evoluzione del prodotto



## Origine

- Forme di lunga durata (>10 anni) tipiche del mercato UK
- Prevedono la corresponsione di una rendita per i periodi in cui l'assicurato è incapace di percepire un reddito da lavoro, definita come condizione di assoluta incapacità (temporanea o permanente), a causa di infortunio o malattia, di svolgere una occupazione

## Normativa italiana

- Non esiste una definizione italiana di PHI. La normativa rinvia alle disposizioni comunitarie che a loro volta rinviano alla prassi dei mercati di origine
- In sostanza, sono tutte le coperture (ramo IV) che prevedono benefici a fronte del rischio di divenire incapaci a causa di un danno derivante da infortunio, malattia o infermità
- I contratti devono durare almeno 5 anni, o essere a vita intera o essere legati al pensionamento, non devono essere rescindibili dall'assicuratore, se non in casi particolari contrattualmente previsti
- La prestazione può essere in capitale o in rendita
- Le coperture che, come la LTC, comportano la prestazione di capitali o rendite in caso di invalidità totale o parziale possono essere fatte rientrare nella categoria PHI

# SOLUZIONI ESISTENTI DI COPERTURE LONG TERM CARE



## Categorie

## Descrizione sintetica

Prodotti assicurativi liberamente acquistabili sul mercato

- Prodotti “stand alone”:
  - Ramo vita (rendita vitalizia in caso di perdita dell’autosufficienza)
  - Ramo malattia (rimborsi/indennizzi, eventuali servizi in caso di perdita dell’autosufficienza)
- Coperture opzionali aggiuntive su altri prodotti (ad es. su piani individuali pensionistici, rendite vitalizie)
- I prodotti possono essere individuali o collettivi

Prestazioni legate alla contrattazione collettiva o al territorio

- Fondi (o prestazioni inserite nelle casse di assistenza sanitarie istituiti dalla contrattazione collettiva)
- Fondi istituiti su base territoriale



Tali fondi o si assicurano per l’erogazione delle prestazioni oppure si autoassicurano (ci sono esempi concreti di entrambe le modalità operative)



## TIPOLOGIA PRESTAZIONE E PAGAMENTO PREMI

- A seconda della tipologia di prodotto o garanzia aggiuntiva presente in altro prodotto base il cliente sceglie il livello di prestazione (tra opzioni predefinite o libere), ad es.:
  - Importo della rendita;
  - Massimale del rimborso spese o indennità periodica (comprensiva di eventuali servizi sostitutivi);
- La durata pagamento premi (costo copertura) può essere limitata ad un certo numero di anni (anche premio unico) o a vita intera

## DEFINIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

- Generalmente la definizione dello stato di non autosufficienza si basa su un certo numero di ADL (activities of daily living)
- Quando l'assicurato non può svolgere una certa quantità di ADL (o le può fare parzialmente con un sistema di punteggio) scatta il diritto alla prestazione

## EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

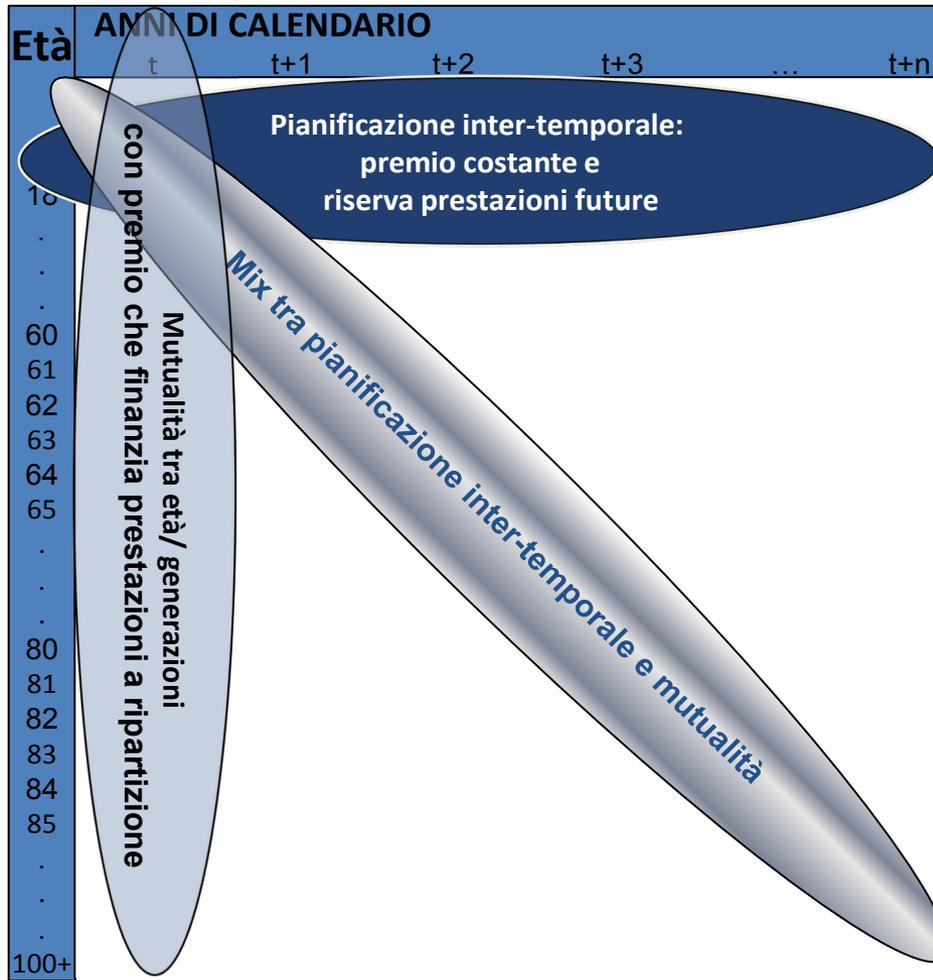
- L'erogazione delle prestazioni avviene, generalmente, finché l'assicurato è in vita e permane nello stato di non autosufficienza

I prodotti attualmente sul mercato hanno prezzi "accessibili" e sono facilmente disponibili nei fascicoli informativi presenti nei siti web delle imprese di assicurazione

# PRODOTTI LTC – TRA MUTUALITÀ E PIANIFICAZIONE INTERTEMPORALE



CONCETTUALE



La copertura LTC, rischio crescente con l'età, può essere teoricamente articolata in 3 modi:

- **pianificazione inter-temporale a capitalizzazione (premio costante o predeterminato):** nella 1a parte del periodo di copertura l'individuo paga un premio maggiore rispetto al rischio effettivo, accantonando riserve per prestazioni future;
- **mutualità a pura ripartizione:** si effettua un pooling per anno di calendario relativamente ad alcune fasce di età, ossia per gruppi omogenei o attraverso un fondo, con premio di puro rischio senza accantonamento di riserve;
- **Mix tra pianificazione inter-temporale e mutualità inter-generazionale:** sia accantonamento per prestazioni future (capitalizzazione anche su base collettiva) sia pooling

# PRODOTTI LTC – PIANIFICAZIONE INTERTEMPORALE (1/2): ESEMPIO POLIZZA LTC STAND ALONE



Un primo esempio di pianificazione inter-temporale del finanziamento della copertura è la polizza individuale “stand alone”, che prevede una rata di rendita vitalizia per un individuo di età  $x$  che si copre pagando un premio costante per una durata prestabilita.

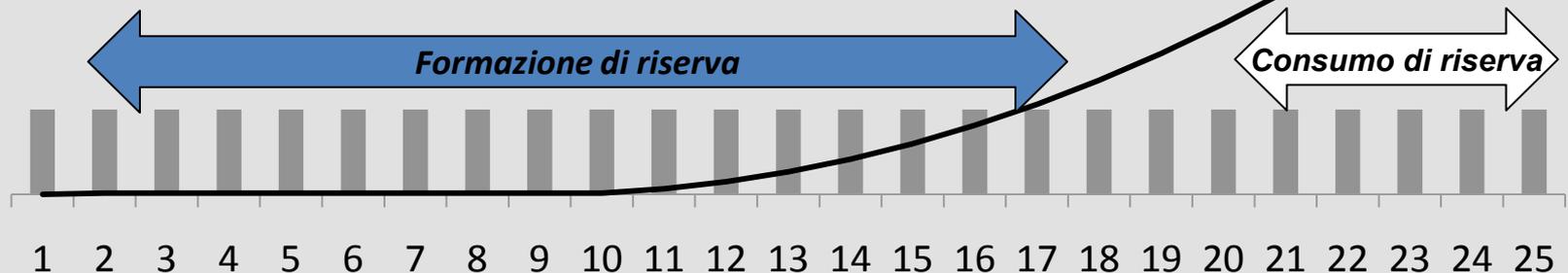
**Pro:** conoscenza ex-ante dell'esborso di premio costante, non rescindibilità del contratto da parte dell'impresa **Contro:** impegno poliennale, condizioni generalmente non rivedibili

## ESEMPIO DI PRODOTTO LTC CON ACCUMULO DI RISORSE NEL TEMPO

CONCETTUALE

■ Premio LTC

— Prob. non autosufficienza



## PRODOTTI LTC – PIANIFICAZIONE INTERTEMPORALE (2/2): ESEMPIO GARANZIA LTC IN UN PRODOTTO PREVIDENZIALE

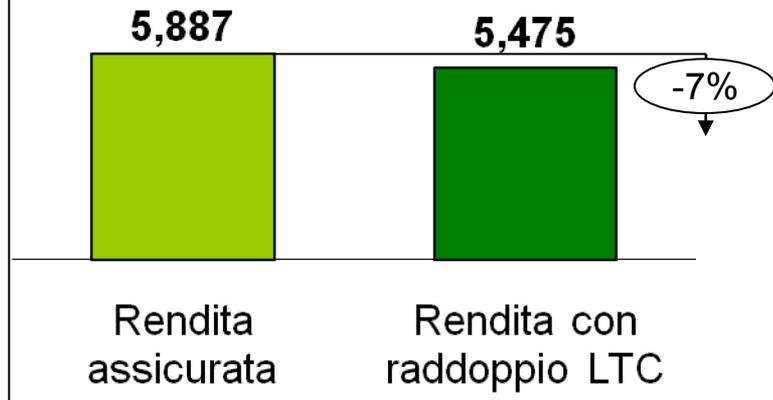


Un ulteriore esempio di pianificazione inter-temporale del finanziamento della copertura è la copertura LTC abbinata all'erogazione di una rendita vitalizia, in modo da prevedere l'opzione di una rendita che si incrementa in caso di perdita di autosufficienza

**Pro:** conoscenza ex-ante della differenza tra rendita “classica” e rendita con LTC, non rescindibilità da parte dell'impresa

**Contro:** irreversibilità della scelta

**Esempio: opzione di raddoppio della rendita in caso di LTC (prodotto a caso esistente sul mercato)**



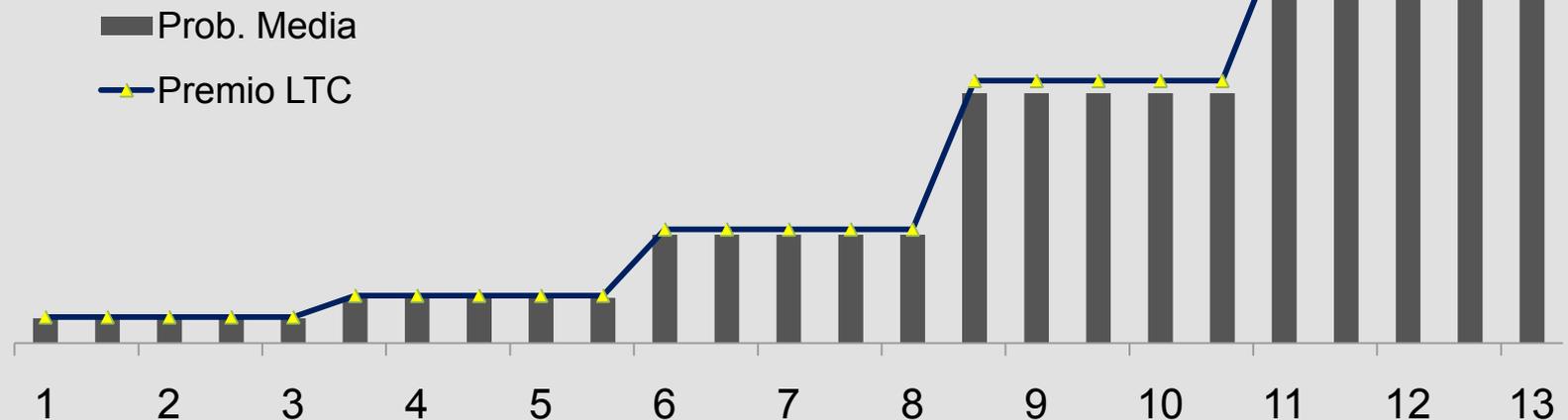
# PRODOTTI LTC – MUTUALITÀ INTERGENERAZIONALE: ESEMPIO COPERTURA COLLETTIVA A PREMIO “NATURALE”



Una copertura che realizza mutualità per un range di età/ generazioni prevede il pooling in un certo anno (o n anni) di calendario, anche mediante un fondo, dei diversi premi di rischio relativi alle età/ generazioni assicurate. Negli anni seguenti, il premio cresce al crescere dell'età media degli assicurati.

**Pro:** flessibilità/ adattabilità anche a coperture collettive, possibili sconti di quantità o per minor selezione in quest'ultimo caso **Contro:** premi crescenti al crescere età media assicurati, possibilità per l'impresa di non rinnovare il contratto (salvo patto contrario)

## ESEMPIO DI COPERTURA LTC CON MUTUALITÀ TRA DIVERSE ETÀ E PREMIO CRESCENTE



# PRODOTTI LTC – MIX TRA MUTUALITÀ INTER-GENERAZIONALE E PIANIFICAZIONE INTER-TEMPORALE

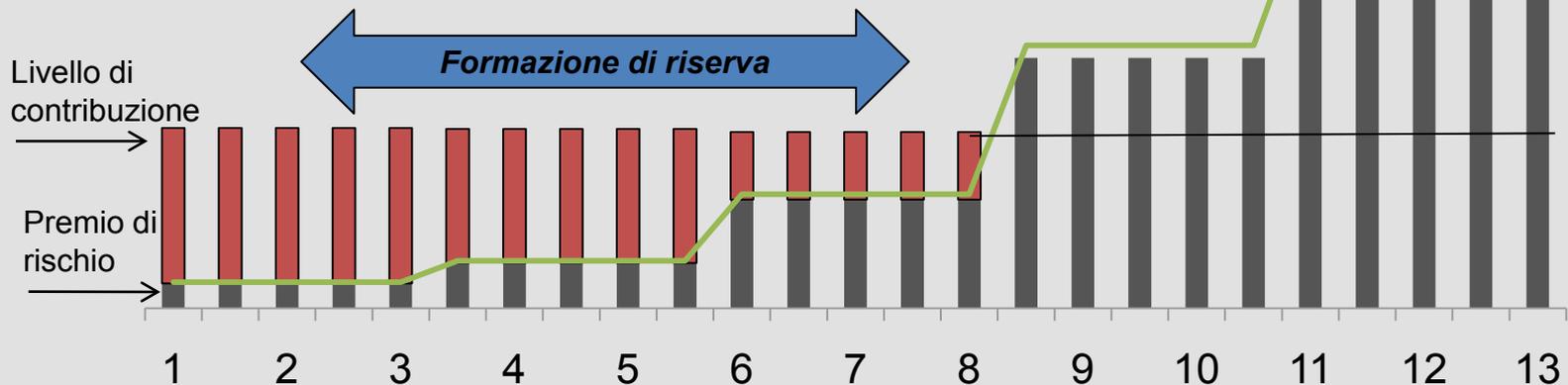


La combinazione dei 2 modelli precedenti realizza sia mutualità inter-generazionale che accantonamento per prestazioni future, prevedendo un premio di rischio medio per i soggetti assicurati e la capitalizzazione collettiva dei contributi eccedenti per far fronte all'aumento del rischio al crescere dell'età media degli assicurati.

**Pro:** flessibilità/ adattabilità a coperture collettive, possibili sconti di quantità o per minor selezione, livello di contribuzione stabile nel lungo periodo **Contro:** non portabilità del diritto a livello di singolo individuo, giovani che cedono mutualità agli anziani (almeno in fase di start-up)

## ESEMPIO DI COPERTURA LTC CON MUTUALITÀ TRA DIVERSE ETÀ E CONTRIBUTO COSTANTE

CONCETTUALE



# LA COPERTURA DREAD DISEASE



La copertura consiste nella corresponsione di un capitale o una rendita di importo prefissato al verificarsi di una delle malattie gravi indicate in polizza.

## Categorie

## Descrizione sintetica

### Copertura anticipativa

- Un'aliquota prestabilita della somma assicurata della garanzia principale viene anticipata al manifestarsi di una delle malattie gravi indicate in polizza;
- La copertura vita rimane in vigore per la parte residua della somma assicurata, libero o meno dal versamento di ulteriori premi
- Generalmente è offerta in abbinamento a coperture vita principali

### Copertura aggiuntiva

- La somma assicurata è pagata al verificarsi della malattia grave indicata in polizza
- La copertura vita rimane in vigore per l'intera somma assicurata
- Può prevedere un periodo di carenza

## ESEMPIO PRODOTTO DREAD DISEASE AGGIUNTIVA (1/2)



### **FORMA**

aggiuntiva a temporanea caso morte capitale e a premi annui costanti

### **DEFINIZIONE COPERTURA**

malattia grave che comporti un'invaldità permanente dell'assicurato superiore al 5%.

### **MALATTIE GRAVI CHE DANNO DIRITTO ALLA PRESTAZIONE**

- cancro;
- chirurgia dell'aorta;
- chirurgia delle valvole cardiache;
- chirurgia di by-pass aorto-coronarico;
- ictus;
- infarto;
- insufficienza renale;
- trapianto degli organi principali.

### **DURATA**

Da 1 a 10 anni

### **COSTI** (caso morte + dread disease)

Per 100.000 euro, età 50, durata 10:  
2.085 euro (maschio), 1552 euro (femmina)

### **LIMITAZIONI**

Carenza di 7 anni per eventuale HIV nel caso in cui l'assicurato non si sia sottoposto al relativo test.

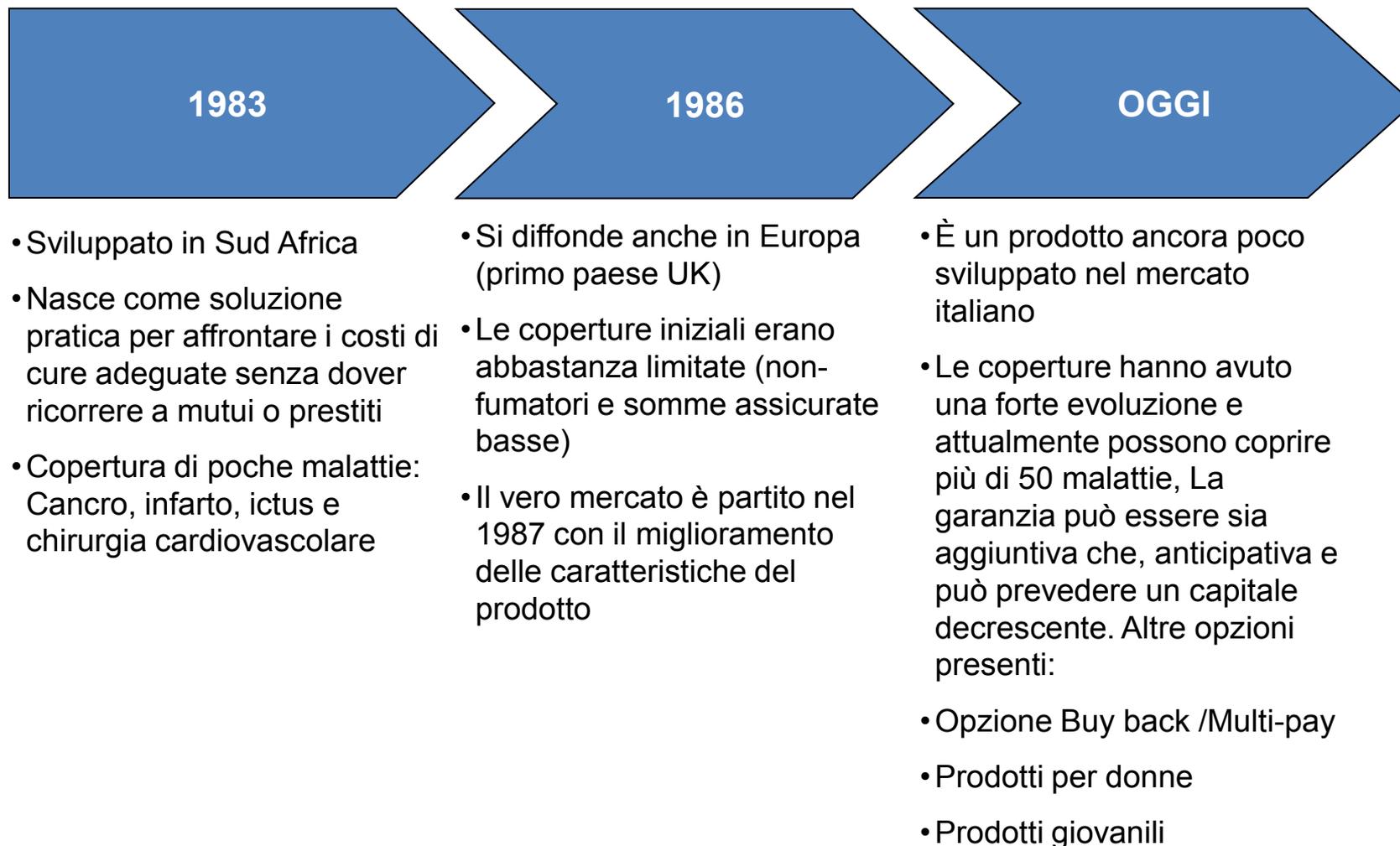
### **ALTRE COSE UTILI DA SAPERE**

E' previsto l'accertamento preventivo delle condizioni di salute dell'assicurato mediante visita medica, con costo a suo carico.

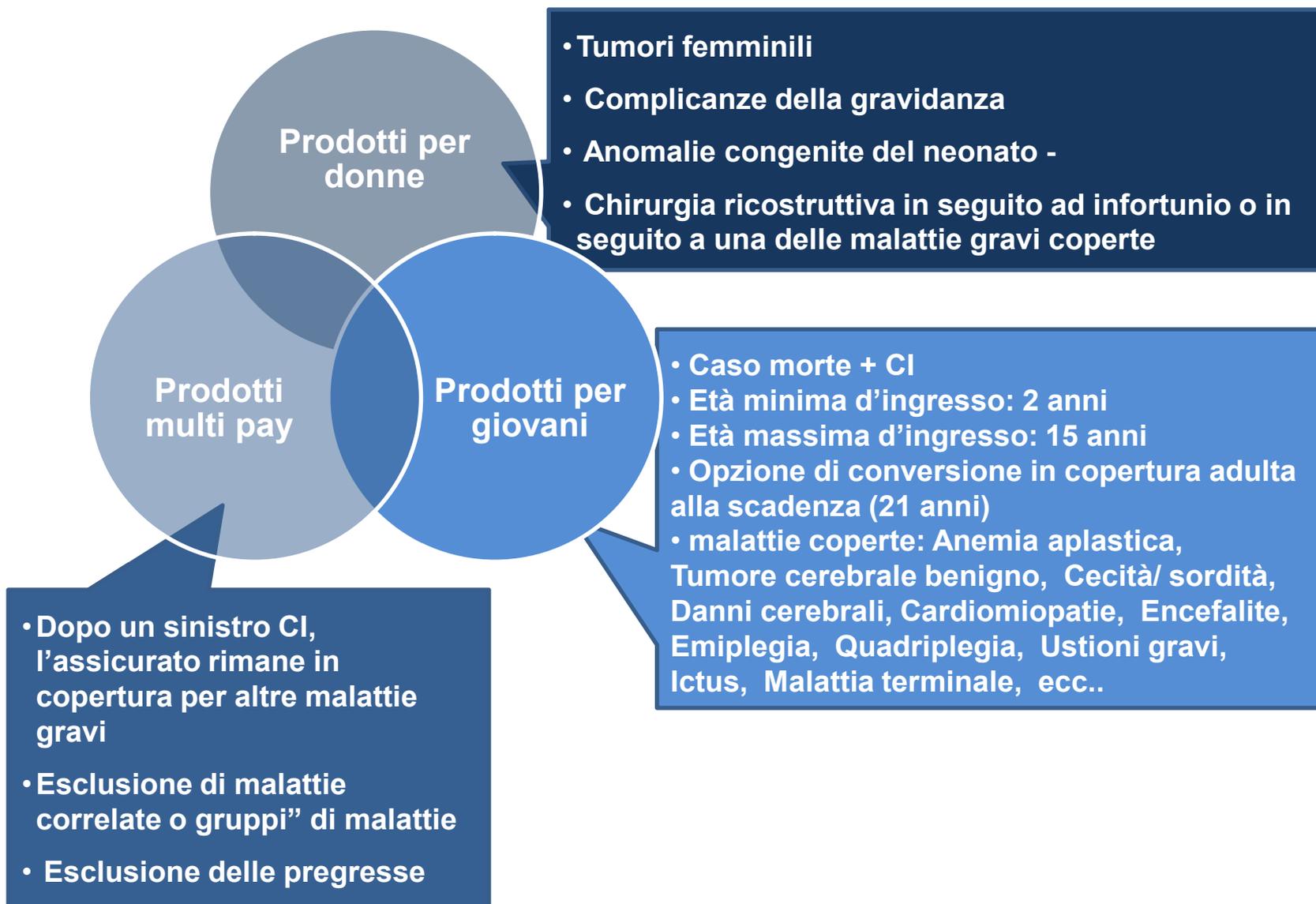
### **ESCLUSIONI**

- a) attività dolosa del Contraente o del Beneficiario, partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi,
- d) eventi causati da armi nucleari, incidente di volo, suicidio, attività sportiva non dichiarata.

# PRODOTTI DREAD DESEASE – NASCITA ED EVOLUZIONE



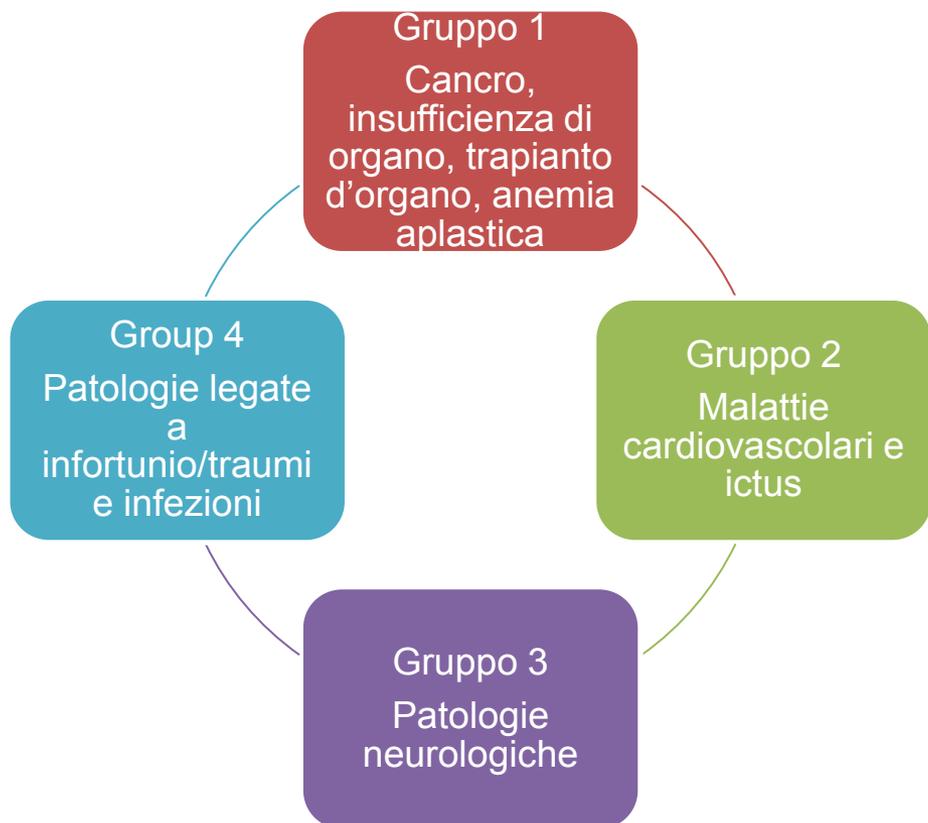
# PRODOTTI DREAD DISEASE – NASCITA ED EVOLUZIONE



## PRODOTTI DREAD DISEASE – ESEMPIO DI DD MULTY PAY



### Gruppi di patologie coperte



### Erogazione delle prestazioni

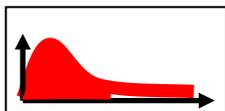
**Esempio 1:** L'assicurato viene colpito da una malattia appartenente al Gruppo 1. La compagnia eroga il 100% del capitale assicurato. L'assicurato può ricevere un capitale addizionale (ulteriore 100%) per al massimo altre due volte se viene colpito da una malattia dei Gruppi 2, 3 o 4.

**Esempio 2:** L'assicurato viene colpito da una malattia appartenente al Gruppo 1 e successivamente da una malattia del Gruppo 2. La compagnia eroga i capitali assicurati. L'assicurato può ricevere un capitale addizionale (ulteriore 100%) se viene colpito da una malattia dei Gruppi 3 o 4.

**Esempio 3:** L'assicurato viene colpito da una malattia che non appartiene ad alcun Gruppo. La compagnia eroga il capitale assicurato. La polizza non ha più efficacia.

# IL RUOLO DEL SETTORE ASSICURATIVO NELLA SANITÀ COMPLEMENTARE IN ITALIA

## Ruolo del settore assicurativo



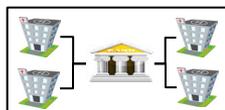
Fornisce copertura assicurativa a larga parte dei fondi e casse di assistenza sanitaria e, su base individuale, a circa 1,5 milioni di assicurati



Distribuisce prodotti malattia utilizzando reti distributive professionalizzate e assoggettate per legge a standard di correttezza nei confronti dei clienti



Investe le riserve tecniche e il patrimonio supplementare che deve detenere per legge con la professionalità di uno dei più importanti investitori istituzionali



Stringe convenzioni con centinaia di provider di servizi sanitari



Gestisce un elevatissimo numero di richieste di servizi di assistenza attraverso call center e strutture dedicate a fornire i servizi richiesti

## Vantaggi

Ottimizzazione della gestione del rischio

Protezione per rischio malattia di individui e riduzione dell'evasione fiscale dei prestatori di servizi sanitari

Collegamento tra accantonamento delle riserve e investimenti produttivi

Mitigazione dei costi e valutazione dei servizi sanitari

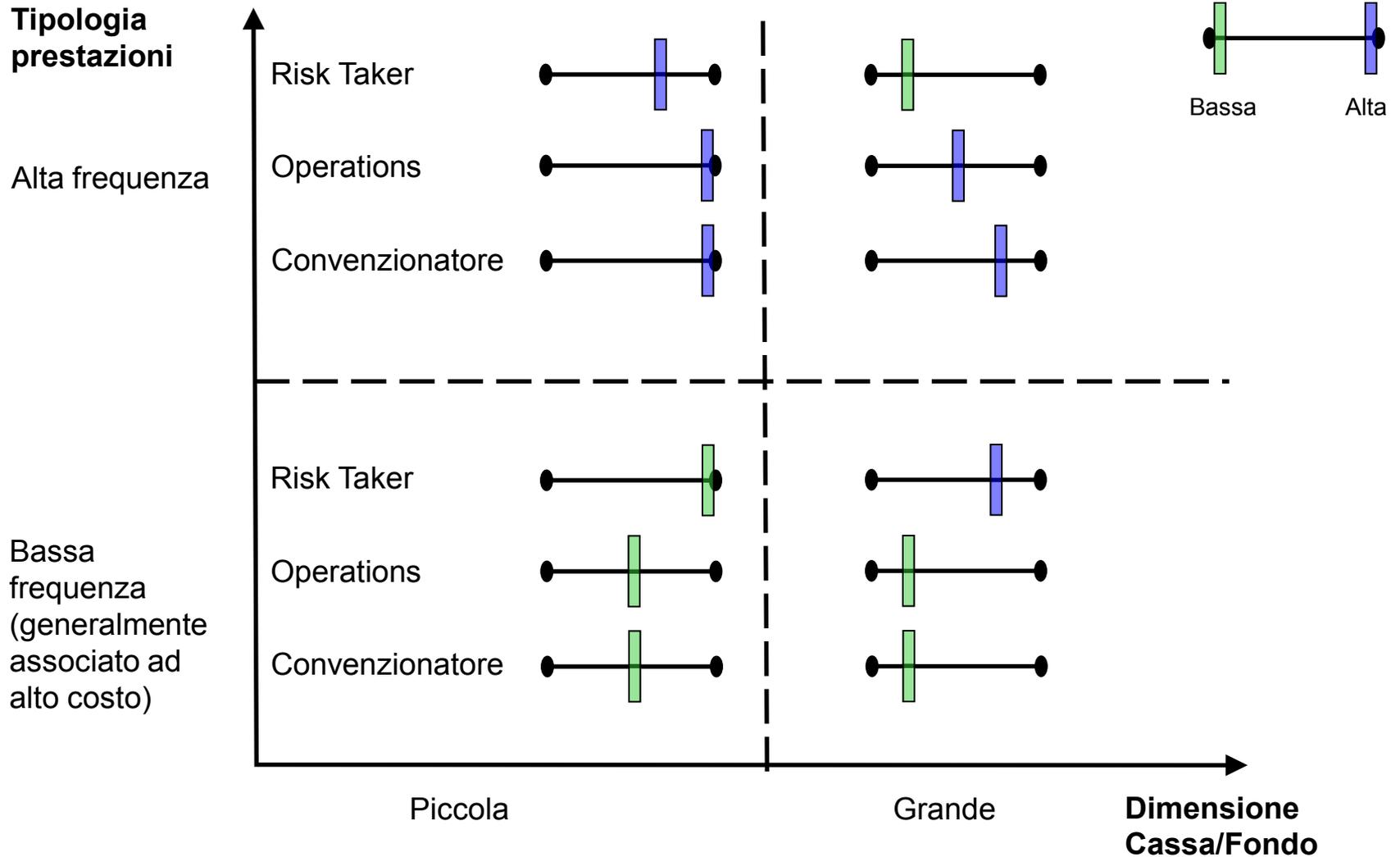
Efficientamento del sistema (ad es. gestione casi meno gravi tramite telemedicina)

# MATRICE POTENZIALI RUOLI/ SPECIFICHE COMPETENZE DEL SETTORE ASSICURATIVO NELLA SANITÀ COMPLEMENTARE

	"Risk taker"	Investitore istituzionale	Distributore Retail	Operations	Promotore Partnership
Fornitore prodotti malattia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fornitore prodotti assistenza	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Servizi amministrativi		Nelle operations e servizi amministrativi il ruolo di TPA specializzati (non assicurativi) assume importanza			<input checked="" type="checkbox"/>
Integratore assicurazione e provider prestazioni sanitarie		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>

# PER LE CASSE E FONDI I SERVIZI DEL SETTORE ASSICURATIVO RIVESTONO DIVERSA IMPORTANZA A SECONDA DELLE CIRCOSTANZE

CONCETTUALE



## MESSAGGI CHIAVE

La sanità integrativa è una realtà destinata a crescere in Italia per ragioni strutturali che metteranno sotto pressione soprattutto alcuni settori della spesa sanitaria pubblica. Già oggi buona parte della popolazione dispone di una copertura sanitaria integrativa attraverso diversi strumenti, seppure con livelli di copertura diversi. Una parte di questi strumenti è costituito da polizze malattia che possono coprire vari bisogni dell'assicurato.

La copertura delle spese mediche attraverso i diversi prodotti assicurativi costituisce uno dei ruoli svolti dal settore assicurativo privato nella sanità il quale offre coperture anche a parte dei fondi e casse di assistenza sanitaria attraverso la stipula di polizze collettive. Inoltre, il settore contribuisce a mitigare il costo dei servizi sanitari stringendo convenzionamenti con i provider e gestisce servizi di assistenza collegati.

L'assistenza degli individui non autosufficienti è una questione che assumerà grande importanza negli anni futuri. Per coprire i futuri bisogni dei cittadini lo Stato ha cercato di indirizzare la spesa dei fondi sanitari verso tali ambiti. Tuttavia, data la particolare natura del rischio (tra sociale e sanitario) negli ultimi anni sono sorti strumenti diversi che cercano di offrire una risposta alle necessità dei cittadini.

# LA COPERTURA DEL RISCHIO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA – TRA ASSISTENZA SANITARIA E PREVIDENZA

## Categorie

## Descrizione sintetica

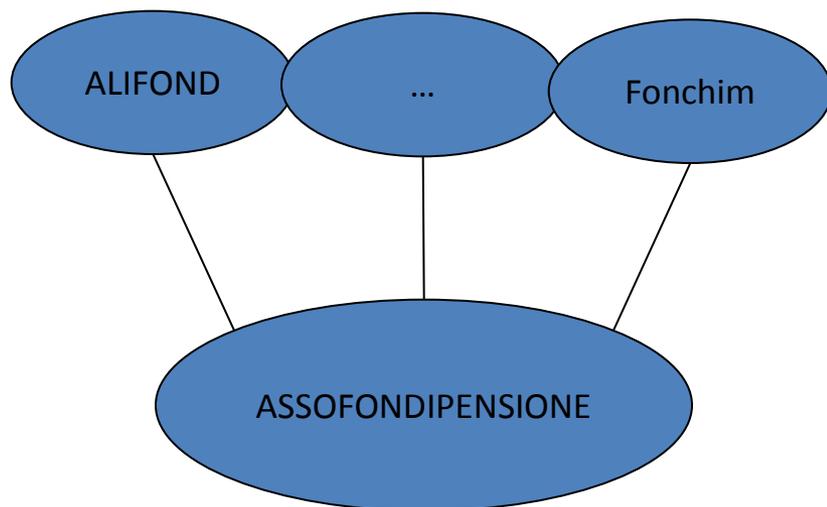
Prodotti previdenziali

- Prodotti individuali di previdenza con opzione di rendita maggiorata in caso di LTC
- Fondi pensione con opzione di rendita maggiorata in caso di LTC

Fondi sanitari contrattuali e territoriali

- Fondi (o prestazioni inserite nelle casse di assistenza sanitarie istituiti dalla contrattazione collettiva)
- Fondi istituiti su base territoriale

# LE FORME PREVIDENZIALI CON PRESTAZIONI PER I NON AUTOSUFFICIENTI



Possibilità di rendita erogata dal fondo pensione in assenza di copertura LTC.

Maschio, 65 anni: 6.000€ annui

Possibilità di rendita erogata dal fondo pensione con raddoppio dell'importo in caso di non autosufficienza.

Maschio, 65 anni: 5.565€ annui

La possibilità di assicurarsi contro il rischio di non autosufficienza riguarda i circa 900.000 iscritti ai fondi pensione negoziali rappresentati da ASSOFONDIPENSIONE

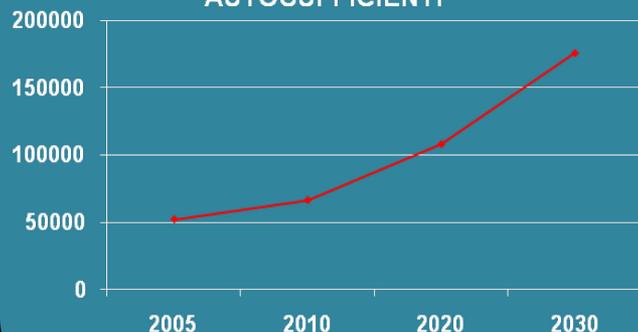
Elaborazioni ANIA: Il confronto delle rendite è stato effettuato a parità di tasso tecnico

## L'INTERVENTO DELLO STATO PER INCENTIVARE LA CURA DEI NON AUTOSUFFICIENTI

L'assistenza degli individui non autosufficienti finché questi siano in vita e rimangano nelle condizioni di non autosufficienza è una questione che assumerà grande importanza negli anni futuri.



COSTO ASSISTENZA AI NON AUTOSUFFICIENTI



Il decreto del 27 ottobre 2009 ha cercato di affrontare tale tema vincolando il godimento del beneficio fiscale al caso in cui il Fondo\Cassa vincoli almeno il 20% delle proprie risorse per determinate prestazioni (cure odontoiatriche, cure per i non autosufficienti, cure riabilitative, ecc.). Tuttavia la maggior parte dei fondi è dedicato a lavoratori attivi e non copre tali lavoratori nel periodo di quiescenza, per tali motivi molti Fondi/Casse stanno orientando tali risorse verso le prestazioni odontoiatriche e riabilitative. Solo alcune realtà si sono attrezzate per la gestione di tale rischio cercando di coniugare i maggiori impegni futuri con l'esigenza di fornire una copertura immediata.

## LA SCELTA DELLA DESTINAZIONE DEL 20%

Come nasce l'idea di destinare il 20% delle risorse all'odontoiatria e alla non autosufficienza

### ODONTOIATRIA

- La spesa odontoiatrica in Italia è stimata in 11 – 12 miliardi di euro annui, per il 95% out of pocket
- La prevenzione odontoiatrica è ancora molto scarsa
- Durante i cicli economici negativi, il consumo di prestazioni odontoiatriche si riduce
- Il ricorso alle prestazioni odontoiatriche è spesso tardivo
- Mediamente le spese odontoiatriche sono ritenute spese catastrofiche per le famiglie

### NON AUTOSUFFICIENZA

- Invecchiamento della popolazione: l'Italia è tra i Paesi più anziani al mondo
- I programmi pubblici si stima assistano solo il 33% degli anziani non autosufficienti
- La spesa out of pocket è ancora molto rilevante, 80.000 badanti in Italia per l'assistenza ai non autosufficienti per un costo complessivo valutato in 10 miliardi di euro
- La spesa pubblica per la non autosufficienza è molto frastagliata fra i vari centri di spesa (INPS, SSN e enti locali)

## UN ESEMPIO DI FONDO TERRITORIALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

La provincia autonoma di Bolzano, attraverso la costituzione del fondo per la non autosufficienza, ha cercato di garantire la permanenza e l'assistenza presso la famiglia, prevedendo un maggiore sostegno all'assistenza a domicilio, tra cui:

- l'assegno di cura;
- l'informazione e la consulenza professionale a chi presta assistenza.

Il Fondo viene finanziato con tre fonti: risorse dei bilanci provinciali, un trasferimento specifico della Regione Trentino Alto Adige e un contributo obbligatorio a carico dei cittadini.

Tipologia di prestazioni erogate

<b>Area sanitaria Fondo Sanitario</b>	<b>Area socio-sanitaria Fondo non autosufficienza</b>	<b>Area sociale Fondo sociale</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cura delle malattie acute</li><li>• Riabilitazione</li><li>• Assistenza protesica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Servizio Assistenza Domiciliare</li><li>• Servizi semiresidenziali</li><li>• Case di riposo e centri per anziani lungodegenti</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Assistenza economica di base</li><li>• Educazione, formazione</li><li>• Occupazione</li><li>• Inserimento sociale</li></ul>

Fonte: PensPlan il progetto della Regione Trentino Alto Adige/Südtirol per la promozione e lo sviluppo della previdenza complementare a carattere locale

# IL FONDO NAZIONALE LTC DEL SETTORE ASSICURATIVO IN PILLOLE

## Descrizione

---

### Beneficiari

- Tutti i lavoratori i dipendenti a partire dal 1° gennaio 2004 e quelli successivamente assunti, nonché i dipendenti andati in pensione a partire dalla stessa data

### Prestazioni

- Rendita vitalizia annua rivalutabile di importo pari a 12.153€

### Definizione non autosufficienza

- 6 ADL (farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, bere e mangiare, continenza) – punteggio ad ognuna (0, 5, 10) a seconda grado di non autosufficienza – al raggiungimento di 40 punti si acquisisce lo status di non autosufficiente

### Contributo

- Versato per ogni lavoratore attivo (i pensionati non contribuiscono) e pari allo 0,5% della retribuzione annua tabellare

### Governance

- Principi e contribuzione fissati dal CCNL
- Assemblea e CDA del fondo composti pariteticamente dalle rappresentanze sindacali e datoriali del settore

# PUNTI FERMI RILEVANTI PER LA REALIZZAZIONE DELLA COPERTURA E PRINCIPALI IMPLICAZIONI CONSEGUENTI

## Rilevanti punti fermi (scelte effettuate)   Principali implicazioni

---

- I contributi per poter finanziare la copertura LTC sono fissati dal CCNL (per il fondo è dunque un dato di fatto)
- Gli assicurati sono i dipendenti in forza (da 1/1/2004) e quelli pensionati (da 1/1/2004) con contratto assicurativo
- La definizione di perdita di autosufficienza è stabilita dal regolamento
- La prestazione è uguale per tutti gli assicurati
- I pensionati con diritto a copertura non versano alcun contributo
- La prestazione per chi è colpito da sinistro non varia più per eventuali adeguamenti successivi della copertura
- I contratti per il servizio assicurativo hanno durata di 5 anni

- 1** Sistema mutualistico:
  - Nei primi decenni del Fondo i lavoratori giovani cedono mutualità a quelli più anziani (infatti, i primi contribuiscono per più anni rispetto ai secondi)
  - I lavoratori con reddito più alto cedono mutualità a quelli con reddito più basso
- 2** Forte evoluzione delle caratteristiche della popolazione assicurata nei primi decenni del fondo:
  - Numerosità in crescita nell'ipotesi realistica che buona parte dei lavoratori in quiescenza vengano rimpiazzati da nuove assunzioni
  - Età media della popolazione in crescita (quasi linearmente con incremento di poco meno di un anno per ogni anno di calendario)
- 3** Contributi seguono la dinamica media stipendiale dei lavoratori, incluse le variazioni dovute ai rinnovi CCNL

Continua ...

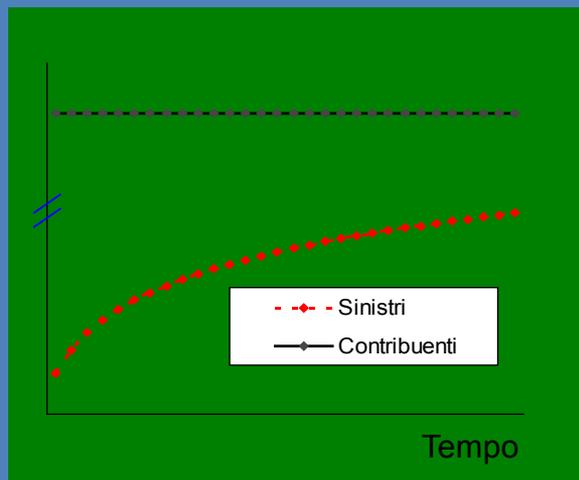
# LA DINAMICHE DEL NUMERO DEI CONTRIBUENTI, DEI SINISTRI E DELLE PRESTAZIONI ATTIVABILI

CONCETTUALE

 Soluzione percorsa e approfondita in seguito

## Teoriche prestazioni attivabili considerando livello di contributo costante come punto 3 pagina prec. (esempi)

Le implicazioni del punto 2 della pagina precedente hanno come conseguenza che la dinamica del numero di sinistri mostri un trend marcatamente crescente mentre il numero di contribuenti sia sostanzialmente stabile nel tempo



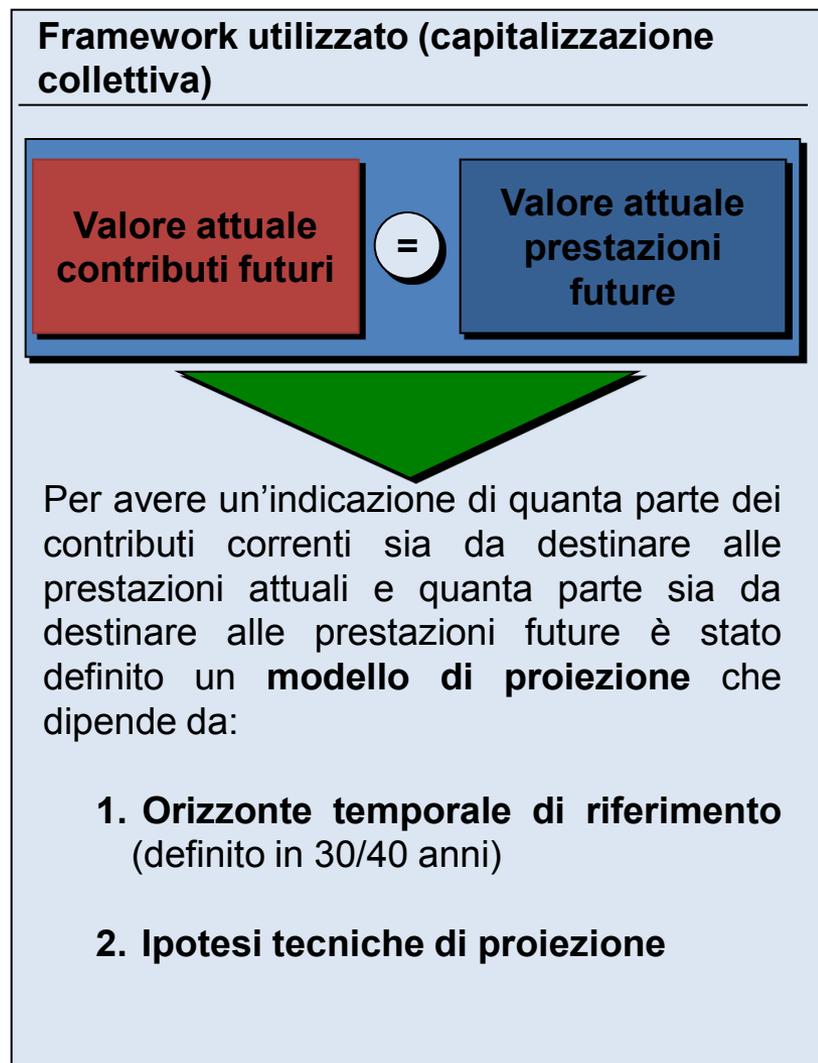
A prestazioni decrescenti

- Se si utilizzassero tutti i contributi dell'anno per finanziare i sinistri dell'anno (contributo = costo atteso sinistri) si avrebbero giocoforza delle prestazioni decrescenti nel tempo soprattutto nei primi decenni del fondo

A prestazioni non decrescenti

- Se si vogliono prestazioni non decrescenti nel tempo, occorre accantonare una parte dei contributi nei primi anni (solo parte di essi finanziano i sinistri dell'anno) costituendo una riserva da cui si attinge negli anni successivi per pagare i sinistri

# FRAMEWORK DI FINANZIAMENTO DELLE PRESTAZIONI ADOTTATO



- 1** Con parte dei contributi il fondo acquista una polizza assicurativa per coprire i sinistri a varie finestre temporali
- 2** Con la rimanente parte dei contributi il fondo acquisisce un contratto di capitalizzazione con rendimento determinato dalla curva dei tassi al fine di accantonare risorse per le prestazioni future

