

Bimestrale Marzo/Aprile 2010 Spedizione in abbonamento postale 70% Roma

# Broker ( numero 125

PERIODICO DELL'AIBA ASSOCIAZIONE ITALIANA BROKERS DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI

Speciale Convegno 27 Aprile 2010

Auditorium del Museo dell'Ara Pacis - Roma

“Le Casse di assistenza,

sintesi tra sanità pubblica e privata:

la funzione del broker”

Bimestrale > numero 125 > marzo/aprile 2010  
Direttore responsabile > Giorgio Mario Ghezzi  
Sede e redazione > V.le Liegi, 48/b > 00198 Roma  
Tel. 06/8412641 > Fax 06/8554714  
[www.aiba.it](http://www.aiba.it) > [info@aiba.it](mailto:info@aiba.it)  
Progetto grafico > Edigraf - Roma  
Pubblicità > Finaiba Srl  
Tipografia > Art Color Printing Srl - Roma  
Aut. Trib. Roma > N. 376 del 21/6/89  
Finito di stampare il 1/6/2010

Broker viene inviato a chiunque  
desideri riceverlo. A tale scopo si  
prega di voler contattare la Segre-  
teria.



## Le casse di assistenza, sintesi tra sanità pubblica e privata: la funzione del broker

### Francesco G. Paparella - Presidente Aiba

Buongiorno e benvenuti.

Grazie di aver accettato l'invito della nostra Associazione per dibattere un tema di grande interesse per tutto il Paese. La vostra numerosa presenza dimostra quanto questa scelta sia stata opportuna. Prima di iniziare i lavori mi corre l'obbligo ed anche il piacere di ringraziare il Ministero dello Sviluppo Economico che ci ha dato il suo patrocinio e ringraziare le presenze delle autorità qui in sala, a dimostrazione di come il tema della sanità, vuoi privata vuoi pubblica, sia di interesse generale. E' con noi oggi, qui, ed io lo ringrazio particolarmente, il senatore Maurizio Gasparri, presidente del gruppo al Senato del Pdl che inviterei a dire due parole. Grazie.

### Maurizio Gasparri - Presidente Gruppo Pdl Senato

Grazie al dottor Paparella e grazie a tutti

voi. L'attualità nazionale ed internazionale ci dice quanto sia importante il tema che trattiamo oggi. Basti pensare, ad esempio, al recente dibattito che si è sviluppato negli Stati Uniti per garantire prestazioni migliori a tutela della salute dei cittadini. Le vostre riflessioni e le vostre attività sono in questo momento di fondamentale importanza poiché, al di là delle soluzioni e degli accordi Stato-Regione per tamponare le emergenze, occorre una riflessione strategica basata su di un principio di sussidiarietà alto e nobile.

Il mondo politico ha il dovere di ascoltare le vostre riflessioni ed i vostri contributi al fine di comprendere bene come agire, così da garantire sempre meglio ai cittadini la tutela del diritto alla salute. A tal fine un'integrazione sempre maggiore tra pubblico e privato, unito ad un taglio a sprechi e spese improduttive, sono necessari per ottenere una gestione migliore dell'intero settore della sanità nell'interesse della cittadinanza. Vista l'importanza dei temi riguardanti la salute, confidiamo nella vostra saggezza e nei vostri consigli, per dare al Paese una prospettiva di medio e lungo periodo che sappia coniugare l'economicità e la tutela di valori primari come la salute ed i diritti sociali, evitando però quell'eccessiva intromissione della politica che finisce poi con il moltiplicare costi e sprechi a discapito delle esigenze della collettività. Grazie a tutti voi per il prezioso contributo di idee.

### Francesco G. Paparella - Presidente Aiba

Ringrazio il Presidente Gasparri.

E' con grandissimo piacere che chiamo ora qui sul palco, in rappresentanza dell'on. Tajani, il dottor Lucio Battistotti, che è il Direttore della Rappresentanza in Italia della Commissione Europea. Grazie dottor Battistotti.



## Lucio Battistotti - Direttore Rappresentanza in Italia della Commissione Europea

Buongiorno. Oggi rappresento il vicepresidente Tajani che, purtroppo, non è potuto venire perché è stato richiamato a Bruxelles. Loro sanno che l'Unione Europea non ha competenze dirette in materia di welfare e politiche sociali; magari qualcuno di voi direbbe anche: per fortuna, altrimenti le intromissioni potrebbero essere pesanti! Che cosa può fare e sta facendo l'Unione Europea? Sta cercando di coordinare le politiche dei diversi Stati membri senza intromettersi, raccogliendo le buone pratiche e vedendo quali siano le evoluzioni.

In questo mondo che sta invecchiando ci sono nuove esigenze e la tutela della salute, come ricordava il presidente Gasparri, si deve adeguare a queste esigenze, a questo mondo che cambia. Quindi, la necessità è quella di controllare quello che sta succedendo, cercare di farlo conoscere agli altri, perché una delle ragioni d'essere dell'Unione Europea è proprio quella di prendere le parti migliori, di studiare quello che gli altri fanno, nel rispetto del principio della sussidiarietà che è citato sia a livello nazionale, ma ancor più a livello sopranazionale. E' per questo che i lavori di una associazione come l'Aiba sono molto, molto interessanti per la Commissione Europea. Le risorse pubbliche, a causa del cambiamento della piramide demografica e delle maggiori esigenze, non saranno più sufficienti e quindi le forme di intervento privato, sono sempre più importanti. Trovare il giusto mix in questa direzione è fondamentale per il nostro futuro.

Quindi, a nome del vicepresidente Tajani, auguro buon lavoro a tutti e credo che le conclusioni dei lavori di oggi saranno utili anche all'Osservatorio per le politiche sociali che sta a Bruxelles e che tiene conto dell'evoluzione del concetto di sanità nei diversi Paesi. Grazie a voi e buon lavoro.

## Francesco G. Paparella - Presidente Aiba

Grazie, Dottor Battistotti. Ora l'intervento di una persona che rappresenta l'elemento senza il quale non si può fare sanità privata, e cioè il presidente dell'Ania, Fabio Cerchiai, che ringrazio di essere qui. Prego.



## Fabio Cerchiai - Presidente Ania

Una brevissima riflessione anche da parte mia. Noi abbiamo la fortuna di vivere in un Paese dove esiste un sistema sanitario universale, un sistema pubblico, un sistema che comunque non esclude nessuno e mette tutti sullo stesso piano; poi questo è relativamente vero, come sappiamo, perché l'efficienza delle strutture sanitarie in l'Italia è obbiettivamente diversa, come ha ricordato il presidente Gasparri. E questo è il primo punto su cui credo che l'industria assicurativa debba meditare. Ovviamente quando dico industria assicurativa intendo tutte le sue componenti, quindi anche la distribuzione; quindi i brokers e gli agenti che hanno un ruolo fondamentale nel favorire un monitoraggio qualitativo delle strutture sanitarie pubbliche. Ci sono delle regio-

*Nella pagina a lato:  
il sen. Maurizio Gasparri;  
in questa pagina: Lucio  
Battistotti e Fabio Cerchiai*



ni che sono un esempio; purtroppo la maggior parte di queste stanno al Nord e non al Sud, ma gli esempi hanno un grande vantaggio: sono imitabili, sono delle referenze attive e positive e credo che questo sia il primo sforzo che dobbiamo cercare di fare. Anche perché oggi parliamo di sanità, ma non si tratta solo e tanto di curare bene le persone, che è già un impegno, un obbligo, un diritto per le persone e un dovere per chi si occupa di sanità. Ma si tratta - e la scienza medica oggi lo consente - di prevenire che le persone si ammalinino. Il problema non è solo quello di garantire a chi si ammala, a chi compromette temporaneamente il suo stato di salute, le terapie necessarie e garantirle nel tempo più breve, ma addirittura, approfittando dei progressi della tecnologia e della scienza medica che ogni giorno presentano confini nuovi, di evitare che le persone si ammalinino. E questo è quello che in un'industria si chiama investimento. La presenza del presidente Gasparri è preziosa, nel senso che anche sotto il profilo della spesa pubblica tutta la spesa che tende ad evitare che si creino le malattie, oltre a corrispondere ad un dovere sociale è anche un risparmio di costi successivi. Mi riferisco al tema più ampio della prevenzione, che vede effettivamente un'altra area di collaborazione importante fra pubblico e privato. Voi sapete che l'evoluzione delle nostre coperture assicurative sempre più va nel senso di escludere dall'intervento della compagnia di assicurazione la manutenzione ordinaria - per manutenzione ordinaria intendo la visita specialistica che può essere corrisposta o dalla struttura sanitaria o da organismi collettivi privati, quali le Casse, che sono qui rappresentate e che la svolgono con criteri di risparmio più intelligenti - e invece fornire quelli che si chiamano check-up periodici che possono consentire di prevenire l'insorgere delle malattie. Quindi - e questo è il punto su cui vorrei concludere la mia riflessione - non c'è una strada diversa da una cooperazione nuova tra pubblico e privato? Il privato non deve togliere spazio al pubblico, deve integrarne gli spazi; il pubblico deve tendere a degli standard di efficienza che non sono gli standard di eccellenza, che saranno per definizione possibili solo in alcune realtà. Ma sono in una risposta media qualitativa che deve invece tendere a coprire la generalità

del territorio nazionale e il resto lo si fa attraverso un intelligente utilizzo di strumenti di intervento e cooperazione privata, tra cui ci sono i fondi sanitari, le casse sanitarie e le coperture assicurative. Non credo che le coperture assicurative debbano assorbire tutta quest'area; sono uno strumento e come tale deve essere intelligentemente, efficacemente ed efficientemente utilizzato a complemento e sostegno di un'operazione di carattere continuo. Questo richiede che il pubblico sia disponibile a guardare al privato in una logica nuova, in un orizzonte medio-lungo, in un percorso in cui il privato non può rinunciare ai margini di guadagno, ma può conciliare l'interesse privato con l'interesse generale. E se non lo facesse, sbaglierebbe, perché andrebbe a ricercare un margine di profitto non sostenibile, non durevole nel tempo. Quindi in questi ambiti bisogna tendere a conciliare l'interesse privato con l'interesse generale, che deve restare il punto di riferimento anche dell'industria privata in tutte le sue componenti. Quella che svolgerete oggi quindi è una riflessione molto attuale ma anche molto utile ed importante, per proseguire su un percorso di collaborazione - che sollecito da molti anni - in termini innovativi e propositivi, tra industria privata e sistema pubblico. Buon lavoro.

### **Francesco G. Paparella - Presidente Aiba**

Grazie Presidente. Ultimata questa parte, che ci ha dato particolare soddisfazione per gli interventi che abbiamo ascoltato, lascio la parola al nostro moderatore, il dottor Stefano Ziantoni, giornalista Rai, che tutti conoscete e che ci condurrà per mano in un mondo che ci interessa molto, qui rappresentato in tutte le sue componenti. Grazie.

### **Stefano Ziantoni - Moderatore**

Buongiorno a tutti. Faccio i complimenti ai tre interventi che ho ascoltato: avete fatto una nitida fotografia. Pur stando in un tempio della cultura vorrei proporvi non tanto di realizzare un quadro - il quadro lascia troppo spazio alla fantasia dell'artista - bensì di scattare fotografie della realtà. Dunque complimenti a voi tre, perché avete messo sul tavolo tematiche per fare un'ottima conversazione. Faccio una precisazione: quando parlo del mondo

della sanità, intendo non solo il mondo della salute, ma anche quelli del benessere e del relax. In poche parole: lo star bene. Da alcuni dati che sono andato a spulciare, la gente è disposta a spendere meno per alcuni oggetti che in altri tempi - cinque, dieci, quindici anni fa - erano al primo posto delle statistiche mentre spendono - passatemi questa espressione - più volentieri per star bene. Senza dimenticarci, però, di una crisi economica che ha messo in ginocchio persone, aziende, sistemi economici e finanziari collaudatissimi e, in questi giorni lo stiamo leggendo, anche nazioni intere. Fondamentalmente la gente vuole star bene e soprattutto vuol vivere meglio ed in questi primi tre interventi è stato proprio delineato questo minimo comune denominatore. Quale è la difficoltà? Io mi sono segnato tre definizioni che la gente dà della sanità: determinante, vincolante, indispensabile. Poi vedremo perché e per come, ma sicuramente il nodo da sciogliere - e probabilmente lo faremo anche in questa convention - è conciliare le esigenze personali con le possibilità reali. Questa è la sintesi dei vostri primi tre interventi. Allora, la domanda provocatoria, ma non troppo perché è lo spunto per iniziare il nostro dibattito, è: questa conciliazione, questo coniugare esigenze personali e possibilità reali lo può fare la figura del broker? Voi e i vostri interventi cercheranno di stabilire se sì, se no e in che misura.

Invito i relatori a salire sul palco, così che possiamo cominciare questa sana conversazione e chiamo: il dottor Simonpaolo Buongiardino, Presidente Fondo Est; Amerigo Cicchetti, Economia Sanitaria Università Cattolica di Roma; Sergio Corbello, presidente Assoprevenienza; Giovanni Cucinotta, responsabile Servizio Studi Isvap; Roberto Manzato, direttore Vita e Danni non Auto dell'Ania; Paolo Rubini, presidente Anra; Giuseppe Turchetti, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ed il presidente dell'Aiba, nonché il padrone di casa, il dottor Francesco Paparella.

Io riprendo dalla mia brevissima introduzione. Ed in particolare dalle tre definizioni riguardo il rapporto persona-sanità. Perché ho detto che è determinante, vincolante, indispensabile? Per tre motivi. Primo: viviamo più a lungo. Una considerazione: probabilmente il mondo della sanità, insieme a quello del clima, è quello che



Stefano Ziantoni

cambia più velocemente. Mentre nella moda ci sono corsi e ricorsi (una giacca può tornare di moda anche dopo cinque o sei anni), il mondo della sanità e il mondo del clima vanno sempre avanti, non si ritorna mai indietro. Quindi, viviamo più a lungo. Non

#### STEFANO ZIANTONI

Stefano Ziantoni è nato a Roma il 24 gennaio 1962. Giornalista professionista dal 1988, nel 1990 viene assunto in Rai al Tg1.

Da settembre 1991 è conduttore del Telegiornale. A dicembre del '95, a Betlemme, realizza una intervista esclusiva mondiale a Yasser Arafat. A Marzo 1999, grazie all'abilitazione ad effettuare i voli come navigatore sui "Tornado", è imbarcato su uno di questi velivoli e documenta - unico giornalista ad aver avuto l'autorizzazione dalla Nato - le missioni degli aerei italiani impegnati nella guerra nella ex Jugoslavia.

Da aprile 2006 ottiene la qualifica di Capo redattore.

Nel 2008/2009 segue in Italia e all'estero il Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano mentre, sempre nel 2008, conduce la diretta su Rai Uno - a cura del Tg1 - per l'apertura del vertice internazionale della FAO sull'alimentazione.

Conduttore di più edizioni di "Unomattina Estate" e di "Sabato e Domenica", ha condotto inoltre "La notte del Millennium" di Rai Uno, in occasione della benedizione Urbi et Orbi e del messaggio augurale del Pontefice.

Tra i numerosi riconoscimenti professionali: il Premio giornalistico Cittadella (1991) per uno Speciale Tg 1 sul Nucleo di Intervento Speciale della Polizia, il Nocs; il Premio internazionale Bereshit (1997); il Premio Città di Fiumicino (2001); il Premio Natura, Arte, Incontro (2006); il Premio Internazionale d'Angiò (2009).

# Convegno

è un caso che oggi non si parli più di terza età ma di quarta età. Un dato importante: 12 milioni di persone hanno oltre 60 anni; di questi - sono ultimi dati - il 34 per cento si dice soddisfatto del Sistema Sanitario Nazionale, mentre il 66 no. Il mondo della sanità - ribadisco che per mondo della sanità intendo salute, benessere, relax - è un mondo che interessa tutti, non solo i sessantenni e gli ultra sessantenni, ma anche i più giovani. Ho detto anche che spendiamo più volentieri per stare e vivere meglio. Vivendo più a lungo aumenta lo stress, ma c'è anche più informazione, per cui moltissime persone sono venute a conoscenza di sistemi per rilassarsi, star bene, per curare il proprio corpo. Non è un caso che nell'anno 2009, l'anno che passerà alla storia come l'anno della grande crisi, aziende farmaceutiche ed alcuni settori del turismo - in particolare quello termale, delle beauty farm e del benessere - hanno risentito meno dei problemi della crisi economica: la loro curva è andata in giù meno che altri settori. La gente spende per la salute, il relax e per i propri figli. Sui figli non si risparmia. Vi faccio un esempio, molto personale. Mia mamma, per i 25 anni di matrimonio, ha rinnovato la cucina, perché un tempo si usava rinnovare la cucina. L'altro giorno un mio amico ha celebrato i 25 anni di matrimonio: domenica la messa e il giorno dopo partenza per Dubai. E vi assicuro che né lui, ma tantomeno lei, ha pensato per questa ricorrenza di rifarsi la cucina. Hanno optato per un viaggio, un viaggio di relax: a dimostrazione di come i tempi sono cambiati e alcuni prodotti un tempo al primo posto nelle scelte in occasione di ricorrenze oggi cedono il passo a nuove esigenze. In poche parole: oggi noi rinunciamo ad un abito, ad un ristorante, l'elettrodomestico lo facciamo riparare e tiriamo avanti, la macchina ce la conserviamo, ma non risparmiamo sul nostro benessere, sulla nostra salute. Quale sarà dunque la sanità del futuro? Se è vero come è vero che l'obiettivo dell'assistenza sanitaria è promuovere e migliorare le condizioni di vita di tutti noi, - e badate che la previdenza e l'assistenza, insieme alla salute sono al primo posto delle richieste dei cittadini e non a caso in Europa tutti i governi si sono mossi affinché queste tre esigenze dei cittadini venissero ampiamente soddisfatte - la sanità del futu-

ro significa più servizi, più efficienza, più - e qui, purtroppo, è la parola critica - più sostenibilità. Sostenibilità significa costi: costi per lo Stato e per le famiglie. Cominciamo con lo Stato. Molte Regioni italiane - lo abbiamo scoperto durante la campagna elettorale delle regioni - hanno un deficit alto e, se andiamo a vedere alcune Regioni particolari, questo deficit è costituito dai 2/3 dalla voce sanità. Quanto pesa la voce sanità! Lo scorso anno, la spesa sanitaria - i dati sono dell'Istat - ha sfiorato i 103 miliardi di euro, quasi il 7 per cento del Pil, pari a circa 1.800 euro annui per abitante. E il sistema sanitario italiano è tra i migliori! Perché assicura l'assistenza a tutti! Io l'ho detto già da quest'estate, quando occupandomi in trasmissione della campagna di Obama centrata anche e soprattutto sul nuovo sistema sanitario americano dissi che quello italiano era tra i migliori al mondo. Il Ministro Fazio ha reso noto che lo spreco oscilla tra il 5 e il 10 per cento; vero è anche che a causa degli sprechi i conti vanno in rosso. E allora, l'amministratore che cosa deve fare? Deve tagliare necessariamente un servizio e, guardate, la realtà: questa è la prima pagina di oggi del quotidiano "Tirreno". Il titolo è: "Sanità: petizione on-line. Grosseto su Facebook: SOS contro i tagli a 'maternità'". Quindi, se i conti sono in rosso, chi è che ne fa le spese? Ne fanno le spese i servizi e ciò significa prestazioni specialistiche eliminate. Dunque, alla fine, chi è che ne fa le spese? Sempre e comunque il cittadino. Vogliamo vedere quanto costa la sanità alle famiglie? Dal 43/mo Rapporto del Censis sulla situazione sociale del Paese: nell'anno della crisi si segnala - leggo, perché non voglio sbagliare i dati - si segnala una crescita delle spese per la salute degli italiani: molto per l'11,5 per cento, abbastanza per il 27,5 e poco per l'8,3. E poi c'è una serie di dati sui quali non mi soffermo ma che evidenziano un dato particolarmente allarmante: le spese per il dentista. Qualche mese fa - non so se vi ricordate - è stata pubblicata una statistica dell'Istat per cui la gente non va più dal dentista perché non ha più i soldi. Nel 2007 - sono sempre dati ufficiali e riscontrabili - le famiglie italiane hanno contribuito con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari al 21,9 per cento. Interrogati su come è il Sistema Sanitario Nazionale, gli

Italiani affermano: tutto sommato è buono. Lo sapete al primo posto quale servizio è stato messo? Le farmacie. Probabilmente perché io vado in farmacia, interagisco direttamente con il medico e trovo subito il potenziale o presunto rimedio. Le farmacie al primo posto. Non si possono dimenticare, però, alcuni episodi di malasanità soprattutto nel meridione. Sempre in alcune regioni del Sud - sempre dal Rapporto Censis - scricchiola anche il rapporto con il medico di famiglia e con i pediatri. Concludo con un altro dato significativo: al 10,5 per cento degli Italiani è capitato che il medico di famiglia non abbia diagnosticato una patologia emersa successivamente attraverso controlli più approfonditi. Sono in chiusura. Nella mia brevissima introduzione avevo detto: coniugare esigenze personali alle possibilità reali. Ribadisco: Barack Obama è diventato presidente degli Stati Uniti puntando - non solo, ma in grande parte - sul sistema sanitario nazionale. E' stato detto nella perfetta fotografia realizzata dai tre interventi iniziali, e mi permetto di sintetizzare: credo che il passaggio fondamentale sia una costruttiva programmazione tra struttura pubblica e privata, una concorrenza virtuosa e sicuramente non ostile che può dare frutti a tutti. E io pongo nuovamente la domanda: il broker, la figura del broker, può rispondere a tutto questo?

Invito il presidente dell'Assoprevidenza, dottor Sergio Corbello, ad illustrarci e anche lui a scattare quella fotografia che alla fine di questo convegno sicuramente costituirà un album utile per gli uomini politici perché è vero che non dobbiamo dimenticare il cittadino ma sappiamo anche che il braccio operativo è l'istituzione, la politica. Prego dottor Corbello.

### **Sergio Corbello - Presidente Assoprevidenza**

Ringrazio, innanzitutto, l'Associazione e il suo Presidente, Dottor Paparella, per avermi invitato - come responsabile di un centro tecnico nazionale, privo di fini di lucro, qual'è Assoprevidenza - ad aprire i lavori e ad entrare nel merito della nostra mattinata di studio.

Consentitemi un ricordo, che spero sia ben augurante, anche se esprimerò delle considerazioni che, di primo acchito, potrebbero anche sembrare non improntate all'otti-



*Sergio Corbello*

mismo. Circa 20 anni fa, nel 1992, nel dicembre del '92, fui tra i relatori del primo grande convegno nazionale dedicato alla previdenza complementare. Si trattava di una manifestazione organizzata, presso l'Hotel Gallia di Milano, dalla neo-costituita Divisione Convegni del "Sole 24 Ore". Si registrò una partecipazione oceanica, di circa 500 presenze. Fu quindi un importantissimo evento, che ebbe una vasta e tangibile dimostrazione dell'altissimo interesse suscitato dall'argomento trattato. Da allora sono passati quasi quattro lustri e, ahimè, da quel bell'inizio - connotato da alta attenzione e da molto entusiasmo - e dalle innumerevoli altre manifestazioni, spesso affollatissime, dedicate al medesimo tema, susseguitesì nel corso degli anni, non posso certo dire che sia scaturito un forte progresso operativo per la previdenza privata di secondo pilastro. Non è un caso che ancora ieri il "Corriere della Sera" abbia pubblicato un mio intervento, in cui sollecitavo urgenti iniziative, anche di carattere legislativo, per cercare di rilanciare la componente pensionistica privata e riuscire a sbloccare una situazione che, di fatto,

Ora, in ordine all'assistenza complementare, sulla spinta di nuovi profili normativi, da circa sei mesi a questa parte, si stanno susseguendo incontri, convegni, iniziative varie, tutti connotati da partecipazioni quantitativamente e qualitativamente assai rilevanti e c'è davvero da compiacersi

# Convegni

vedendo il pubblico che anche oggi è qui convenuto. Circa un mese fa, ad un analogo momento di studio, organizzato da Assoprevidenza, vi sono contate circa 300 presenze, che, grosso modo, mi sembra corrispondano anche al numero di qualificati convenuti alla nostra manifestazione odierna. Per l'assistenza complementare, quindi, si può senz'altro dire che, quanto ad interesse, la partenza è molto buona. C'è da domandarsi, però, se non si corra il rischio, di qui a vent'anni, di dover constatare che anche l'assistenza sanitaria di secondo pilastro - "l'altra metà del cielo" dell'intervento previdenziale privato, nell'ottica di un centro tecnico nazionale votato alla materia pensionistica e assistenziale complementare - si sia venuta a trovare nella stessa situazione di stallo in cui oggi versa la previdenza complementare.

Non sono stato chiamato a fare profezie né Assoprevidenza è centro tecnico di arte mantica, ma, a ragion veduta, reputo di poter rispondere negativamente al dubbio avanzato. Valutando freddamente la situazione - ed è su questa che vorrei brevemente intrattenermi nel prosieguo - mi sembra, infatti, che i dati di partenza che connotano la materia dell'assistenza complementare fortunatamente risultino alquanto diversi da quelli della previdenza complementare. Ciò, fermo restando che, bisogna dirlo con chiarezza, l'una e l'altra sono necessità assolute per il Paese e un'imprescindibile realtà da costruire per il benessere futuro, che andrebbe garantito a tutti i cittadini, o, per lo meno, per la sostenibilità sociale prospettica pensionistica ed assistenziale.

La previdenza complementare - consentitemi di muovere da questa, argomentando poi a contrario o in parallelo per l'assistenza - ha preso sostanzialmente le mosse nel 1992/93 con una prima legislazione organica, che è intervenuta sia pro futuro sia a regolare delle realtà già esistenti. La situazione dell'assistenza complementare è, di fatto, del tutto analoga.

La normativa di settore in ordine alle pensioni di secondo pilastro si è formata sotto la spinta di una gravissima emergenza economica, che aveva imposto al Governo Amato (quasi un dicastero di guerra) i primi interventi riduttivi sulle pensioni di base. La nuova disciplina circa la previdenza complementare si venne però a formare -

è qui il primo vulnus grave di quel settore - in presenza di una forte componente ideologica, che la osteggiava. La battaglia fra i favorevoli e i contrari, tra i fautori di un "mono-pilastro" previdenziale tutto pubblico, a ripartizione, e quelli del doppio binario, di un incontro tra pubblico e privato, tra ripartizione e capitalizzazione, hanno finito di determinare nella legislazione in questione una complicatezza non indifferente. Basti pensare, per quanto riguarda il lavoro subordinato, che nel decreto legislativo n.124/1993 e nel successivo decreto n.252/2005 vi è una fortissima enfaticizzazione della contrattazione collettiva che, direi, è quasi deificata come fonte genetica della previdenza di secondo pilastro. Ciò, salvo stabilire che la tanto osannata fonte collettiva è in grado solo di costruire "dei veicoli" - i fondi pensione - su cui i lavoratori debbono salire esprimendo uno specifico atto di volontà individuale. In questo contesto, ripeto, la normativa sulla previdenza complementare è divenuta una disciplina estremamente complicata, di difficile messa a fuoco, conseguenza di una faticosa messa a punto. Debbo confessare che, all'attualità, pur lavorando da vent'anni sulla materia, avendo partecipato a tutte le commissioni tecniche per la formulazione delle norme di settore, talora mi trovo in imbarazzo ad individuare "al volo" la disposizione che regola una fattispecie. Abbiamo infatti costruito, va detto francamente, un qualcosa di estremamente complesso, per disciplinare, oltretutto, un fenomeno di per sé quanto mai complicato, per la cui accettabile comprensione occorrerebbe un diffuso livello di cultura previdenziale e finanziaria in vero non banale.

Qual è, allora, la situazione dell'assistenza complementare? Rilevo che abbiamo rischiato di realizzare qualcosa di analogo alla previdenza complementare, se ripenso ai primi interventi sistematici che hanno segnato, dal punto di vista normativo, la materia. Mi riferisco ai provvedimenti degli anni '90, dell'inizio degli anni '90, alla riforma del Ministro Bindi per intenderci, in cui si iniziò a tracciare delle costruzioni cervelotiche, tenendo conto, per l'appunto, da un lato dell'esistente e, dall'altro, del costruendo, baloccandosi tra fondi doc e fondi non doc, dando avvio ad una complicata vicenda, che, per fortuna, per l'iner-



## Colora la tua offerta assicurativa: scegli D.A.S.!



*Da 50 anni più Valore ai tuoi Diritti*

Sono oltre 200 i broker che hanno scelto D.A.S., la Compagnia Leader in Europa nella tutela legale, per differenziarsi in un mercato altamente competitivo e dare un valore aggiunto alla propria offerta assicurativa, con prodotti dalle garanzie esclusive e assolutamente innovative.

D.A.S. Assicurazioni riserva al canale broker un'unità di business dedicata, con professionisti esperti, in grado di garantire la massima assistenza e consulenza alla rete di vendita, anche grazie al supporto di strumenti tecnologici all'avanguardia.

**Per informazioni contatta l'unità broker di D.A.S. al numero 02 77691141 o scrivi all'indirizzo di posta elettronica: [unitabroker@das.it](mailto:unitabroker@das.it).**

zia del legislatore, è rimasta allo stato esclusivamente potenziale. E questa circostanza, francamente, la giudica una bella fortuna... Si è vissuti dagli anni '90 fino a poco tempo fa in carenza di specifica attività legislativa sulla materia, dovendo però inseguire, anno per anno, il beneficio fiscale, per le forme già esistenti, attraverso interventi dell'ultimo minuto nelle leggi finanziarie. La norma tributaria, infatti, era stata resa precaria dalla Bindi. Qualche volta si è trattato veramente di interventi dell'ultimissimo minuto, perché la formulazione della finanziaria è - o, forse, possiamo iniziare a dire, era - uno dei più convulsi momenti tipici dell'attività legislativa nazionale, per l'intersecarsi in essa di infinite istanze, esigenze ed interessi. Talora è quindi accaduto che, veramente istante finale, si sia dovuto pressare il Ministro competente, per inserire la norma tributaria a favore del comparto. In difetto, per l'anno successivo non vi sarebbe stato il beneficio fiscale della deducibilità per la contribuzione versata in favore dell'assistenza complementare, con il rischio di "far saltare" la maggior parte delle realtà esistenti, per lo più frutto della contrattazione collettiva di taluni settori più avanzati o della lungimiranza di talune imprese.

Siamo vissuti, quindi, per anni, fino all'inizio del secolo, in questa situazione di sostanziale precarietà fiscale, ma senza peculiari momenti di produzione legislativa. Nel 2007, final-

mente, la materia sanitaria è stata riconsiderata per la parte sostanziale, dando stabilizzazione al trattamento tributario. La legge 24 dicembre 2007, n. 244, la legge finanziaria per l'anno 2008, ha cristallizzato il beneficio fiscale, assicurando, finalmente, una certezza di leva tributaria all'assistenza complementare e, ad un tempo, demandando l'applicabilità della nuova disciplina a una normativa regolamentare successiva, da emanare ad opera del Ministro competente. E' sulla spinta del legislatore fiscale e, quindi, operando a ritroso rispetto a quella che dovrebbe essere la

#### SERGIO CORBELLO

Astigiano, classe 1951, laureato in Giurisprudenza presso l'Università di Torino è presidente di Assoprevidenza, consigliere di amministrazione e direttore generale della Fondazione Magna Carta. Svolge un'intensa attività professionale quale Amministratore Unico della CO & CO S.R.L. - Sergio Corbello & Partners. In veste di professionista è, tra l'altro, Presidente della "filiale" italiana di HEWITT spa, componente del Consiglio di amministrazione di SIAS spa, di FIMIT sgr spa, di BNT - Banca della Nuova Terra spa e Vice Presidente di BNT Consulting, spa. Ha partecipato alla fondazione, dapprima, della rivista di settore "Previdenza Pubblica e Privata" e, quindi, della successiva "Il Diritto della Sicurezza Sociale - Previdenza e Assistenza pubblica e privata", essendone, per entrambe, tra i direttori. Tra i vari incarichi ricoperti: Dirigente del Gruppo Sanpaolo, è stato Presidente e Consigliere di Amministrazione degli enti di previdenza e di assistenza complementare del Gruppo stesso; in particolare, è stato Presidente della Cassa di Assistenza e del Fondo di Previdenza Complementare per il Personale del Banco di Napoli. Ricopre anche l'incarico di Consigliere di amministrazione della Compagnia Sanpaolo Vita S.p.A. per il triennio 2002/2004. Dalla costituzione dell'organismo è Consigliere di Amministrazione del Comitato Amministratore del FPLD integrato ex d.lgs. 357/1990 presso l'INPS, in Roma, dopo essere stato per molti anni componente del Comitato Provinciale INPS di Torino. Ha svolto incarichi presso il Ministero del Tesoro e il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. Dal 2004 al 2008 è stato Consigliere di Amministrazione dell'INPDAP. In campo internazionale, è stato Presidente dell'A.E.I.P. (Association Européenne des Institutions Paritaires) per il biennio 2003/2005. L'A.E.I.P. è associazione no profit di diritto belga, ufficialmente accreditata presso l'Unione Europea, con rappresentatività per il settore previdenziale e assistenziale. E' socio dell'Istituto di Sicurezza Sociale, in qualità di esperto di diritto del lavoro e previdenziale, e dell'Istituto Italiano degli Attuari. Presso il secondo fu membro del Consiglio Direttivo per il quadriennio 2002-2006. Nel 2003 ricevette il Premio internazionale Valentino per la finanza. E' Presidente dell'Associazione Amici della Banca Popolare dell'Emilia Romagna.



logica - prima la norma civilistica, poi la norma tributaria - che si è avviata la costruzione di una disciplina di settore. Il titolare del Dicastero della Sanità era il Ministro Turco, che si sentì, in qualche misura, in dovere di riprendere la costruzione Bindi, attenuandola però fortemente. Come tecnici del settore, Assoprevidenza, insieme a talune altre entità qualificabili come esponenziali del comparto, si adoperò, con l'occasione, di demolire una volta per tutte la differenza fra fondi doc e non doc, quello che era, cioè, il retaggio ideologico degli anni novanta. Non ci siamo riusciti fino in fondo, anche a causa dei richiamati doveri/voleri di coerenza del Ministro in carica nei confronti di una collega di partito, per esigenze, quindi, sia detto tra virgolette, squisitamente politiche del decisore ultimo. Si è comunque ottenuto di ridimensionare sensibilmente la questione.

Il decreto Turco venne alla luce in articolo mortis rispetto al Governo Prodi, che nel frattempo era collassato. Il nuovo Esecutivo in carica, successivamente alle elezioni, ha saggiamente ritenuto di riprendere tout court la disciplina lasciata in eredità dalla Turco, dandovi continuità normativa. Il primo momento di continuità è stato rappresentato dal decreto dell'ottobre scorso del Ministro Sacconi - in quel momento ancora competente per Lavoro e Sanità - in tema di anagrafe dei fondi sanitari. Con questo provvedimento abbiamo riavviato la macchina normativa, in cui ora

si stanno componendo i tasselli mancanti. Ciò che mi pare interessante e importante notare, però, è che, proprio a differenza di quella che è stata la costruzione della previdenza complementare, si sta realizzando un marchingegno normativo, un apparato ordinamentale, tendenzialmente semplice ed a bassissimo tasso di ideologia.

I problemi, ovviamente, non mancano, perché nel nostro Paese il legislatore è spesso carente, omissivo, contraddittorio. Tuttavia, mi pare di poter cogliere - e ne posso fornire diretta testimonianza dopo incontri recentemente intervenuti con l'attuale Ministro della Sanità, presente anche uno dei colleghi che è qui al tavolo - una forte volontà da parte del decisore politico di cercare di comporre una disciplina che veramente concili quanto, molto puntualmente, hanno sottolineato gli illustri relatori che, stamane, ci hanno rivolto un saluto iniziale: riuscire a integrare la realtà della sanità di base pubblica, che va imprescindibilmente salvaguardata come traguardo di civiltà - come opportunamente sottolineava, nello specifico, Fabio Cerchiai - con quella delle forme d'assistenza complementare privata. Riprendo, quindi, il discorso che avevo avviato circa la valutazione prospettica che reputo di poter esprimere per il comparto sanitario, richiamando criticamente quanto è avvenuto (o non avvenuto) per vent'anni nel comparto della previdenza complementare. E' mio assoluto convincimento che riunioni come questa

# Convegni

di oggi, come quelle svoltesi nei giorni scorsi, come quelle che si terranno nell'immediato futuro, dimostrando un grosso interesse da parte di tutti gli operatori, daranno luogo ad una concreta e diffusa realtà di assistenza privata di secondo pilastro. Questo perché la disciplina che stiamo costruendo per il comparto, mi ripeto, è una disciplina che si delinea come connotata da semplicità e che trova realizzazione in assenza di rilevanti ostacoli ideologici. Il fenomeno assistenza sanitaria complementare è poi un dato di facile comprensione tra i cittadini. Per carità, detto questo, non vorrei sembrare Candide: i problemi certo non mancano, a cominciare dal profilo tributario. Oggi come oggi - tutti i presenti sono degli addetti ai lavori - sapete che per costruire una cassa sanitaria per il comparto del lavoro subordinato o per quello del lavoro autonomo, disponendo di una fonte collettiva o meno, vi sono delle problematiche fiscali da considerare e preliminarmente risolvere. Richiamo gli artt. 10 e 51 del Tuir: come interpretarli? Non è una questione di poco momento. In sede Asso-previdenza, tuttavia, riteniamo sia una problematica ragionevolmente superabile. L'apparente inconciliabilità o, per lo meno, diversità di portata delle due norme potrebbe non sussistere, in ragione di una loro serrata lettura sistematica. Stiamo conducendo al riguardo degli approfondimenti tecnici, ancora da completare. Siamo, tuttavia, confidenti di poter pervenire a superare la distonia che vedrebbe, da un lato, i lavoratori subordinati in grado di costruire delle casse d'assistenza, in cui, rispettato che sia il noto vincolo del 20% - altra tematica davvero interessante, ancora tutta da interpretare - potrebbero essere garantite tutte le prestazioni che si voglia considerare, e, dall'altro i lavoratori autonomi soltanto in condizione di costituire casse che assicurino prestazioni integrative, il cui contenuto va ripescato nella normativa della Bindi. Sarebbero, quindi, soltanto quelle prestazioni assolutamente marginali, la circoncisione e altra bagatelle, cioè una rete di coperture francamente ridicola. Noi crediamo che, da un punto di vista tecnico, si possa ricomporre unitariamente il sistema. A fronte anche di una volontà politica positivamente orientata, contiamo si riesca ad ottenere un'interpretazione unitaria anche da parte dell'Agenzia delle Entrate e di

tutte le competenti autorità dell'Amministrazione Finanziaria, così da poter costituire dei fondi sanitari che svolgano, tanto per gli autonomi quanto per i subordinati, un ruolo veramente efficace, quel ruolo di sussidiarietà, di cui è stato detto autorevolmente all'inizio della nostra mattinata di studio. Dal punto di vista tecnico, e questo è un altro dato che voglio sottolineare, la costituzione di fondi sanitari è una procedura costruttiva tutto sommato relativamente semplice. Per fortuna il legislatore non ha posto delle limitazioni - sto ovviamente pensando al mondo del lavoro subordinato - all'utilizzo della contrattazione collettiva e dello strumento regolamentare e questo elemento di sistema è un dato fondamentale da considerare. Nella già ricordata proposta che avanzavo ieri sul "Corriere", a proposito della previdenza complementare, dicevo: consentiamo nuovamente - come accadeva prima dell'entrata in vigore del d. lgs. n.124/1993 - alle fonti collettive di disporre la partecipazione obbligatoria, ai sensi del contratto collettivo, dei lavoratori a un fondo pensione. Ciò, fatta ovviamente salva la possibilità, entro un tempo ragionevole, di comunque chiamarsi fuori, di recedere dal piano pensionistico. Per la sanità complementare il principio di diretta cogenza dell'accordo collettivo non è mai stato messo in dubbio ed è regolarmente applicato. Questo dato è di importanza capitale, posto che è di tutta evidenza tecnica che una solida base per costruire una cassa di assistenza, per una qualsiasi comunità, è quella di poter contare su una partecipazione a vita intera del bacino di utenza interessato, senza fenomeni di selezione avversa. Il consentire di acquistare liberamente il biglietto per salire sul veicolo assistenziale, perché si intravede un bisogno specifico, e di scendere alla prima fermata, dopo aver soddisfatto il bisogno stesso, secondo quanto, purtroppo, troppo spesso accade nelle polizze sanitarie individuali, sarebbe una componente ostativa alla sostenibilità tecnica di qualsiasi piano di assistenza complementare. Utilizzando lo strumento collettivo - ripeto: ivi compreso il regolamento aziendale - si possono costruire delle realtà, in cui le popolazioni, i bacini di utenza, partecipano senza soluzione di continuità, consentendo di mescolare soggetti di età e con caratteri-

# Come vincere l'emergenza sinistro?

## Affidatevi al team BELFOR



Il programma di assistenza prioritaria per uscire dalle situazioni critiche e limitare le conseguenze di un sinistro. Far sì che la vostra azienda non sia sconvolta da piccole o grandi catastrofi e riprenda al più presto l'attività, è il nostro lavoro.

[www.belfor.it](http://www.belfor.it)  
[pia@it.belfor.com](mailto:pia@it.belfor.com)

**BELFOR**   
we manage your damage

Pronto intervento salvataggio / Risanamento di merci ed impianti / Risanamento di fabbricati civili ed industriali / Ripristino di apparecchiature elettriche ed elettroniche / Interventi di deumidificazione e deodorizzazione / Recupero documenti e materiale cartaceo / Recupero dati da supporti magnetici / Decontaminazione da muffe / Bonifiche ambientali / Danni da calamità naturali / Interventi chiavi in mano / RED ALERT® Programma di assistenza prioritaria Internazionale / Business Continuity Plan / Disaster Recovery Plan

stiche diverse, con tutto quanto di positivo ne deriva. Avendo l'onore di parlare ad un consesso di addetti ai lavori, posso, anzi debbo, esimermi da ogni ulteriore considerazione sul punto.

Tornando alla normativa in corso di formazione, è opportuno ancora segnalare come il Ministro Fazio abbia espressamente manifestato ogni disponibilità a valutare, con il supporto degli operatori del settore, eventuali interventi implementativi o correttivi, posto che vi è una volontà politica assai determinata di realizzare una solida e diffusa componente di assistenza complementare privata. Ciò, per le ragioni che il Senatore Gasparri e il Presidente Cerchiai ci hanno detto in apertura di giornata: la sanità pubblica ha assoluta necessità del polmone della sanità privata.

Per mettere utilmente a fuoco degli aggiustamenti tecnici che consentano uno sviluppo positivo e rapido del comparto, Asso-previdenza - insieme ad altre entità esponenziali del settore, entità che vanno dalla Confindustria all'Ania, dall'Abi alla Fimiv ed alle quali, da oggi, si aggiunge, con grande piacere, l'Aiba - ha costituito, nei giorni scorsi, un tavolo tecnico informale di autoregolamentazione. Al tavolo tecnico non mancherà di certo il lavoro, atteso che vi sono delle letture interpretative da fornire alle norme già emanate. Sicuramente occorreranno delle "benedizioni" da parte dell'autorità pubblica, ma è decisamente importante che le realtà già esistenti possano essere promotrici di idee e di soluzioni tecniche. Le soluzioni proposte, ovviamente, prima di tutto devono essere "tecniche", cioè avere dei fondamenti ben puntuali, risultare ragionevoli e, quindi, suscettibili di venire recepite dall'Amministrazione senza particolari traumi di sistema.

Avendo già occupato fin troppo spazio, non avrei altro da aggiungere, se non ribadire che ritengo si stia avviando un rilevante e diffuso processo di costruzione di fondi e casse di assistenza. In questo contesto sicuramente un dato molto importante nell'individuazione delle prestazioni delle forme assistenziali sarà quella medicina preventiva che è stata richiamata in precedenza. Ciò, al di là di ogni considerazione sociale, per le economie che la prevenzione comporta rispetto all'inseguire il danno malattia. In questo contesto vi sarà sicuramente - per andare specificatamente all'argomen-

to del convegno - un ruolo importante per i broker, anche se personalmente ritengo che la strada maestra sia di costruire delle grandi e solide casse di assistenza che, se la popolazione che ad esse fa riferimento è in numero sufficiente, possano ragionevolmente operare come forme autogestite, quindi prive di coperture assicurative o con coperture solo parziali. In questo contesto credo che la professionalità del broker sarà di individuare i bisogni e i rischi che queste casse non possano coprire attraverso una mera autogestione, fornendo loro delle puntuali indicazioni di rischiosità.

Desidero ancora esprimere una considerazione finale, che è connessa al fenomeno dell'invecchiamento che è stato evocato questa mattina. Invecchiamento vuol dire necessità di assistenza dell'anziano nel lungo periodo; non necessariamente dell'anziano malato, ma dell'anziano in quanto tale: "senectus ipsa morbus" è una battuta fin troppo facile. Ebbene, le prestazioni di Long Term Care sono una via di mezzo - lo dico sempre - tra previdenza e assistenza. Forse vanno più verso l'assistenza. Esse sono comunque una realtà da costruire, da costruire in maniera attenta perché rispondono già oggi ad un bisogno, ma in futuro dovranno rispondere ad un bisogno diffusissimo, stando alle prospettive di generalizzato invecchiamento della popolazione del nostro Paese. Da questo punto di vista, per questa fattispecie, il ruolo dei broker può essere molto importante. Ritengo che le soluzioni che oggi prospettano le coperture di Long Term Care - che si sostanziano in una rendita aggiuntiva - rappresentino delle coperture assolutamente ancora embrionali. Ho il sospetto, ma più di un sospetto, che si debba fare un passo avanti e immaginare come queste risorse finanziarie, le rendite aggiuntive, si possano poi concretizzare in servizi effettivi regolamentati. Per il nostro Paese è una realtà ancora tutta da costruire! Sto pensando, a tal fine, all'utilizzo delle cooperative sociali: si tratta di realizzare un'attività di servizio diffusa sul territorio in cui le iniziative dei privati saranno molto importanti. Richiamo su questo l'attenzione anche del mondo dei broker, perché sebbene tale attività non sia, di per sé, strettamente legata alla funzione del broker, essa può essere però veicolata e giustamente sostenuta anche dalla vostra categoria. Grazie.

## Stefano Ziantoni - Moderatore

Io volevo, da spettatore e da curioso, chiedere al dottor Corbello i tempi.

## Sergio Corbello - Presidente Assoprevidenza

Anche per questo profilo confermo l'ottimismo. I tempi sono l'oggi. Intendiamoci: è evidente che vi sono ancora delle messe a fuoco tecniche da compiere; sto pensando, ad esempio, al dato tributario.

Ciascuno di noi è del mestiere e, quindi, sa che la leva tributaria è il primo momento, il primo fattore - anche psicologico - da cui si può muovere per costruire una cassa di assistenza significativa.

Allora, il discorso che ho in precedenza richiamato, la tematica relativa agli artt. 10 e 51 del Tuir, il leggere in maniera sistematica le due norme e far sì che il beneficio fiscale sia unitario per entrambe le tipologie di origine di casse è un dato fondamentale.

Noi, come Assoprevidenza, ci stiamo molto adoperando sul punto, consapevoli della circostanza che non è un lavoro da compiere nel lungo termine, è un lavoro dell'oggi, è un obiettivo da conseguire nell'immediato.

Avuto quindi riguardo alla tempistica, molto opportunamente sottolineata dal nostro coordinatore, ribadisco di reputare che il 2010 sia potenzialmente l'anno della sanità complementare, dell'assistenza complementare - preferisco usare questo termine - perché vi sono tutti i presupposti per un avvio virtuoso del settore.

D'altronde, rilevo che anche tra le parti sociali, tra le fonti collettive, vi è una forte attenzione per questa materia; tutte le piattaforme contrattuali stanno individuando la sanità complementare come istituto oggetto di regolamentazione collettiva.

Va detto che vi è anche è un dato culturale da tenere ben presente.

Mentre la previdenza complementare presuppone di compiere uno sforzo di comprensione di un fenomeno che si colloca nel lunghissimo periodo, per l'assistenza complementare si ragiona di coperture che si rivolgono all'oggi.

A fronte dell'intrinseca complessità della tematica "previdenza di secondo pilastro" non vi è, tra l'altro, da parte dei cittadini, la contezza di quella che sarà la copertura previdenziale di base alla fine del loro ciclo

lavorativo.

Perché? Perché gli enti ancora non lo comunicano.

Non si ha, quindi, sufficiente conoscenza proprio di quello che sarà il fenomeno previdenza di base futura, non secondo l'ordinamento che è possibile costruire con nuove norme eventualmente da emanare, de iure condendo, come si usava dire un tempo, ma in base a quello già esistente, a normativa vigente, de iure condito.

Sulla sanità, la percezione sociale del bisogno è straordinariamente più semplice, nel senso che un fondo sanitario - ne avrete costruiti tutti, chissà quanti, presso le aziende - beh, l'anno dopo funziona. Le prestazioni vengono erogate, a fronte delle coperture previste.

Il bacino d'utenza ha l'immediata consapevolezza che si è realizzato un meccanismo che - tornerei ad una battuta di prima - lo fa vivere meglio, perché risponde a dei bisogni reali.

E' centrale, quindi, la capacità diffusa di comprensione sociale della materia, senza la quale, alla fine, non si fa nulla. La capacità di comprensione sociale dell'assistenza complementare, della sanità complementare, dell'assistenza sanitaria complementare, che dir si voglia, da parte della popolazione, è molto alto e questa è una spinta straordinaria.

Conclusivamente, a domanda rispondo: il 2010 è l'anno giusto, l'assistenza di secondo pilastro si svilupperà quest'anno e negli anni immediatamente successivi. Non stiamo parlando di proiezioni di lungo periodo, ma dell'oggi.

## Stefano Ziantoni - Moderatore

Leggo un passaggio del rapporto del Censis che introduce l'intervento del Professor Giuseppe Turchetti della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

L'impatto della crisi sembra concretizzarsi in un peggioramento delle possibilità di accesso ai servizi sanitari anche pubblici che pesa di più proprio sui meno abbienti; quasi il 40% dei soggetti di livello socio-economico basso è stato costretto - ribadisco - è stato costretto a rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie e il 37,8 per cento ha ridotto l'acquisto di farmaci a pagamento.

Quali soluzioni definire per far fronte a questa situazione? Prego.

## Giuseppe Turchetti - Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Grazie all'Aiba, al Presidente Paparella, per l'invito, ma grazie soprattutto per aver organizzato una giornata di dibattito e riflessione sul tema della sanità e del suo finanziamento. Il tema della sostenibilità economico-finanziaria del nostro sistema sanitario è da tempo considerato rilevante: tuttavia, oggi, rispetto a solo pochi anni fa, alla luce delle proiezioni di crescita della spesa nel breve-medio periodo, le preoccupazioni dei tecnici e dei politici sono molto più pressanti e il tempo a disposizione per introdurre soluzioni e correttivi è davvero poco.

Le riflessioni che vorrei proporre riguardano alcuni dei temi già sollevati negli interventi introduttivi di questo nostro incontro, sia relativamente alla sostenibilità del sistema che alle diverse forme collettive di copertura della spesa sanitaria.

Si faccia riferimento ai dati relativi alla spesa sanitaria totale - intesa come somma della spesa pubblica e della spesa privata - in percentuale sul Pil in alcuni Paesi europei. In prima battuta si osserva come il peso della spesa sanitaria italiana rispetto al Pil non sia superiore rispetto a quello di altri Paesi; confrontando con Francia, Germania e la media dell'Europa a quindici, l'Italia si posiziona ad un livello leggermente inferiore e decisamente più basso rispetto a quello degli Stati Uniti: 8,7% il dato italiano contro il 16% di quello statunitense per l'anno 2007. Tuttavia, la fotografia di questo

dato numerico non deve trarre in inganno: le considerazioni in merito alla dinamica della spesa sanitaria creano, infatti, preoccupazione. Un elemento importante da sottolineare per una corretta valutazione della problematica è il peso che la spesa sanitaria privata ha sulla spesa sanitaria totale.

Nel nostro Paese, circa tre quarti della spesa sanitaria totale è pubblica e il restante quarto è di tipo privato; tuttavia, quest'ultimo, se consideriamo il valore della spesa sanitaria totale, arriva a una cifra pari a circa venti-venticinque miliardi di euro, una dimensione della spesa privata particolarmente rilevante in un sistema sanitario pubblico e caratterizzata dal fatto di essere qua-

### GIUSEPPE TURCHETTI

Laureato in Economia e management presso la Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Professore di Economia e Gestione delle Imprese presso la stessa Scuola Sant'Anna.

Dal febbraio 2005 è membro del Senato Accademico della Scuola Superiore Sant'Anna, eletto quale rappresentante dei professori di seconda fascia per il triennio 2005/2007 e per il triennio 2008/2010. Membro del Comitato Scientifico della Rivista Diritto ed Economia dell'Assicurazione, Membro e cofondatore del Laboratorio MAIN (Management e Innovazione) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Coordinatore delle attività di ricerca e di formazione in tema di economia e gestione delle imprese assicurative della Scuola Superiore Sant'Anna. Membro del Board direttivo della Società scientifica internazionale Health Care Technology Management (dal 2007 ad oggi). Membro del Comitato Scientifico della rivista International Journal of Networking and Virtual Organizations, Inderscience. Membro del Consiglio Direttivo e Coordinatore dell'Associazione ex Allievi della Scuola Superiore Sant'Anna.

Titolare presso la Scuola Superiore Sant'Anna dei seguenti corsi (all'interno di corsi di laurea e di corsi di dottorato): Economia e Management delle Imprese di Assicurazione; Economia e Gestione delle Imprese; Marketing Avanzato; Innovazione e Gestione delle Imprese Biomedicali (1998-2009). Titolare presso la Facoltà di Economia dell'Università degli Studi di Pisa del corso Economia e Gestione delle Imprese Assicurative - corso avanzato. Direttore del Corso di Formazione Avanzata su Marketing e Distribuzione di Prodotti Assicurativi, attivato presso la Scuola Superiore Sant'Anna (1993-2010). Docente in numerosi Master Universitari attivati sia presso la Scuola Superiore Sant'Anna che presso altri Atenei. Relatore a numerosi convegni nazionali e internazionali. Autore di numerose monografie e volumi.

si tutta spesa out-of-pocket.

I dati appena illustrati disegnano la situazione attuale, ma, come ricordato, sono le previsioni di crescita della spesa sanitaria nei prossimi anni ad essere preoccupanti, in quanto i fattori alla base di tale dinamica sono difficilmente controllabili o arrestabili. I primi driver di crescita della spesa sono rappresentati dal progressivo incremento della percentuale di anziani e grandi anziani sul totale della popolazione - dovuto ad un innalzamento dell'aspettativa di vita - e dal maggiore numero di prestazioni sanitarie attese legato all'aumento del numero dei disabili e dei malati cronici. Altri fattori riguardano sia il rapido progresso delle conoscenze scientifiche e tecnologiche, che ampliano le opportunità diagnostiche e terapeutiche, sia un cambiamento delle aspettative della popolazione sul concetto di salute, che si traduce in una attenzione crescente alla libertà di scelta e alla differenziazione del servizio e in una domanda di maggiore qualità delle prestazioni ricevute, intesa anche come tempi di risposta più rapidi.

Tutto questo determina una pressione significativa sui conti pubblici, ponendo seri interrogativi in merito alla sostenibilità finanziaria del nostro sistema sanitario, problema, peraltro, comune a tutti i principali Paesi industrializzati e al centro del dibattito tecnico e politico da molti anni. Si pensi alla campagna presidenziale di Barack Obama, fondata sulla riforma del Sistema Sanitario americano e, più indietro nel tempo, si ricordi come la riforma della sanità abbia costituito la tematica principale su cui si era basata anche la campagna presidenziale del primo mandato di Bill Clinton, riforma che avrebbe dovuto gestire la moglie Hillary. Anche in Europa molti Paesi sono andati incontro a modifiche significative della struttura di offerta e dei meccanismi di finanziamento delle prestazioni sanitarie. Fra tutti, ricordiamo la riforma che ha realizzato recentemente l'Olanda. Molteplici sono le strategie di controllo della spesa adottate nei diversi Paesi: una prima è rappresentata dalla riduzione dei servizi garantiti gratuitamente, un razionamento delle prestazioni spesso gestito attraverso l'introduzione di crescenti livelli di co-payment (si veda, ad esempio, la Francia); un'altra prevede la ridefinizione della struttura di offerta delle prestazioni sani-



*Giuseppe Turchetti*

tarie e assistenziali; una ulteriore strada perseguibile è quella di favorire il conseguimento di più elevati livelli di efficienza e di competizione fra le strutture sanitarie, che rappresentano di per sé elementi di novità per molti Sistemi Sanitari pubblici; infine, si può andare ad agire regolando i prezzi e/o le quantità dei prodotti e delle prestazioni sanitarie.

Per rispondere alla sfida della sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, allora, si potrebbe intervenire cercando di: a) allocare al meglio le risorse disponibili, recuperando efficienza nella gestione delle prestazioni sanitarie: razionalizzare la struttura di offerta, i processi di acquisto e di logistica, riorganizzare i percorsi sanitari; b) definire delle priorità di adozione e di rimborso delle prestazioni erogate, in particolare quelle prestazioni che vedono l'utilizzo della tecnologia, di per sé altamente costosa. La letteratura internazionale, infatti, indica come più della metà della crescita della spesa sanitaria sia dovuta all'innovazione tecnologica. Quindi, per tenere sotto controllo la dinamica della crescita della spesa, è necessario intervenire gestendo al meglio l'introduzione delle nuove tecnologie nella pratica clinica; c) ridefinire il meccanismo di finanziamento pubblico. Nel corso degli anni alcune iniziative sono state prese: la responsabilizzazione delle Regioni in tema di organizzazione, gestione e finanziamento delle prestazioni sanitarie, l'introduzione dell'Irap, delle addizio-

# Convegni

nali Irpef e di altre tasse locali. Un elemento, tuttavia, in controtendenza è la ridefinizione dei Lea (Livelli Essenziali di Assistenza); gli ultimi interventi che hanno riguardato i Lea, infatti, non solo non hanno limitato il loro campo di interesse, ma sono andati nella direzione opposta, cioè di ampliarne ulteriormente il perimetro. E questo, inevitabilmente, porta ad una crescita della spesa. In aggiunta, un aspetto preoccupante di questo incremento della spesa è rappresentato dalla componente cosiddetta "out of pocket", cioè la componente privata di spesa sostenuta direttamente dai singoli cittadini. Questa rappresenta la forma di spesa peggiore, la più iniqua che si possa immaginare, perché è fortemente regressiva e ha un impatto sul bilancio delle famiglie molto differenziato in funzione della capacità reddituale.

Ogni anno le famiglie italiane spendono decine di miliardi di euro in sanità attingendo dai propri risparmi o dal reddito che producono.

Se il razionamento non è la soluzione migliore, se andare verso una maggiore efficienza è augurabile, se gestire in modo più appropriato l'introduzione di nuove tecnologie è certamente una strategia desiderabile, tutto questo è sufficiente? Le dinamiche che riguardano i dati di spesa prodotti dai più accreditati Istituti di ricerca ci dicono di no. Diventa quindi centrale acquisire nuove risorse operando una diversificazione delle fonti di finanziamento: polizze assicurative individuali e collettive, i cosiddetti fondi sanitari doc ex art. 9 della legge n. 229 del 1999 - peraltro già presenti precedentemente - e, infine, i fondi sanitari non doc, a cui facciamo riferimento in modo specifico oggi.

Quali sono le forme collettive di copertura proponibili? I fondi sanitari doc e non doc, prima di tutto. Nel corso degli anni la distinzione fra le due tipologie è andata man mano sfumando e in modo particolare con l'ultimo provvedimento (DM del 31 marzo 2008, modificato dal DM del 27 ottobre 2009) che va nella sostanza ad annullare il vantaggio fiscale che i fondi doc avevano rispetto ai fondi non doc. I fondi sanitari integrativi del Ssn (fondi sanitari doc) sono destinati a finanziare prestazioni aggiuntive e non comprese nei Lea, erogate da professionisti e strutture accreditate, quindi prestazioni integrative rispet-

to a quelle offerte nei Lea, ma anche alcune prestazioni rientranti nei Lea, come diagnostica e specialistica, svolte all'interno di strutture sanitarie pubbliche e quindi in regime di intramoenia (questa, se vogliamo, è l'area più vicina a quella dei fondi non doc), prestazioni socio sanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali. Le caratteristiche distintive dei fondi doc indicate dalla legge 229/99 (Legge Bindi) erano: la denominazione di fondo sanitario integrativo del Sistema Sanitario Nazionale, l'agevolazione di natura fiscale e, soprattutto, il divieto di porre in essere politiche di selezione dei rischi e discriminazioni nei confronti di particolari gruppi di interesse (questo è stato uno dei motivi alla base del ritardo quasi decennale che ha interessato l'attività legislativa in questo settore). Il Decreto Ministeriale del 31 marzo 2008, modificato successivamente dal Decreto Ministeriale del 27 ottobre 2009, stabilisce le prestazioni che fondi doc e fondi non doc dovranno fornire ogni anno a partire dal 2010, e istituisce l'anagrafe dei fondi sanitari (il termine della prima iscrizione era il 30 aprile 2010) presso il Ministero della Salute. Le diverse forme di prestazioni riguardano prestazioni socio-sanitarie, prestazioni sociali, prestazioni legate al recupero della salute dei soggetti temporaneamente inabilitati e assistenza per la prevenzione, la cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche. Riguardo ai fondi non doc, quelli che dedicassero il 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alle coperture di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti alle aree sopra elencate, riceverebbero la stessa agevolazione fiscale prevista per i fondi doc; in particolare, in riferimento alle prestazioni di assistenza per la prevenzione, cura e riabilitazione di patologie odontoiatriche, non è difficile immaginare che questo 20% possa essere agevolmente raggiunto.

I fondi doc, secondo la normativa, sono integrativi del Sistema Sanitario Nazionale; sono inoltre duplicativi, per quanto riguarda le prestazioni svolte in regime intramoenia, e, infine, si potrebbero considerare anche parzialmente sostitutivi, in quanto è possibile, a fronte di un vantaggio fiscale, assimilare tale soluzione a un'opzione di opting-out alla tedesca, con la differenza, tuttavia, determinante, che



### Protezione Rischi

Protezione personalizzata in ogni dettaglio.

### Responsabilità Civile

Sicurezza e risparmio per tutta la famiglia.

### Assistenza Stradale

La tranquillità al posto di guida.



## Una scelta sicura e vantaggiosa per chi si affida a te.

Una polizza nuova, unica e completa, tra le più personalizzabili e vendute del mercato, per rendere ancora più competitiva la tua offerta. Dalla Responsabilità Civile alla protezione dai rischi, fino all'assistenza stradale. Con tutta l'esperienza del Gruppo Fondiaria Sai, leader nel mercato RC Auto.

# Convegni

il cittadino non perde il diritto di ricevere la prestazione gratuitamente attraverso il sistema pubblico. Il fatto di poter ricevere la copertura di una prestazione in regime di intramoenia attraverso il fondo doc non toglie all'individuo il diritto di ricevere la stessa identica prestazione in regime ordinario. I fondi non doc, invece, sono integrativi del Sistema Sanitario Nazionale, duplicativi e parzialmente sostitutivi e non soltanto sulle prestazioni relative all'intramoenia, ma anche su gran parte delle prestazioni rientranti nei Lea ed erogate ovunque, da qualsiasi struttura e non solo da quelle pubbliche (a parte ovviamente i diversi livelli di compartecipazione alla spesa di rimborso se si esce dal circuito delle strutture convenzionate). Questo è un aspetto importante da sottolineare: la natura sostanzialmente duplicativa di queste prestazioni. Attualmente, sono milioni gli iscritti ai fondi non doc presenti in varie forme sul mercato, siano essi fondi, casse o mutue. E' una soluzione sicuramente migliore dell'out-of-pocket perché ha tutte le caratteristiche note di mutualità. La domanda che possiamo porci è se in assoluto rappresenti la soluzione migliore a cui possiamo aspirare. A questo riguardo vorrei chiudere con alcune riflessioni che spero possano essere oggetto di ulteriore approfondimento.

A mio avviso vi sono alcune aree di miglioramento importanti per tendere a un assetto che possa coniugare al meglio sostenibilità finanziaria del sistema, qualità delle prestazioni, equità di accesso. Innanzitutto, è urgente ridurre ulteriormente la spesa out-of-pocket, aumentando la quota di spesa privata intermediata professionalmente. In secondo luogo, dato che molta parte della spesa out-of-pocket è rappresentata da spesa farmaceutica ed odontoiatrica, perché non favorirne un maggiore ingresso all'interno delle forme di copertura professionale introducendo livelli di copayment più elevati? L'esperienza francese in questo settore può aiutarci a svolgere delle riflessioni su quelle che possono essere le implicazioni di tale operazione. In terzo luogo, la soluzione duplicativa e parzialmente sostitutiva richiamata in precedenza di per sé non rappresenta una soluzione particolarmente efficiente in quanto, come per la spesa out-of-pocket, riguardando prestazioni rientranti nei Lea,

potremmo avere duplicazione di prestazioni, senza risparmi significativi sul bilancio pubblico, anzi.

Il passaggio vero, sul quale si è a lungo indugiato e ancora si indugia, è la necessità di una ridefinizione del perimetro dei Lea. Questo è l'elemento centrale per ogni ragionamento futuro. In questo caso, infatti, le prestazioni offerte dalle varie forme di finanziamento privato possono diventare da duplicative a integrative-complementari, con un indubbio impatto positivo: a) sui gestori di tali soluzioni di finanziamento, perché vedrebbero aprirsi un intero mercato; b) sui cittadini, perché vedrebbero aumentare il livello di differenziazione del servizio e allo stesso tempo ridurre il livello di iniquità connesso alla soluzione del pagamento out-of-pocket; c) sulla finanza pubblica, perché quelle prestazioni non sarebbero più all'interno del finanziamento pubblico ma rientrerebbero all'interno di un perimetro di finanziamento privato, con un ulteriore possibile vantaggio da parte delle strutture pubbliche perché potrebbero trasformarsi da finanziatori delle prestazioni a erogatori delle stesse, e quindi ricevere un pagamento a fronte delle prestazioni che erogano. Tuttavia, condizione necessaria perché tale opzione possa essere perseguita è l'introduzione di una politica di incentivazione fiscale più incisiva e coraggiosa rispetto a quella attuale. Infine, quale ultimo spunto di riflessione per un miglioramento del sistema, potremmo immaginare, come si discute da tempo in altri Paesi, di promuovere una convergenza tra dimensione previdenziale, dimensione sanitaria e dimensione assistenziale. Queste tre dimensioni, peraltro, sono fortemente legate dato che il momento in cui di queste tre prestazioni si va a beneficiare è contestuale.

Per concludere, il maggiore sviluppo dei fondi doc e non doc potrebbe andare nella direzione di favorire: a) una migliore organizzazione e canalizzazione della domanda di prestazioni incrementandone il livello di appropriatezza e gestendo in modo più efficace i tempi entro i quali fornire una risposta sanitaria adeguata ai cittadini; b) una più efficace ed efficiente organizzazione dell'offerta delle prestazioni sanitarie; c) una riduzione della pressione sulla finanza pubblica; d) una maggiore equità della spesa privata per le prestazio-



ni sanitarie, riducendo la spesa out-of-pocket delle famiglie e aumentando quella intermediata da operatori professionali, capaci di favorire un più equo pooling del rischio e, attraverso misure di incentivazione fiscale, una minore regressività.

In questo percorso, il broker può dare un contributo determinante: 1) promuovendo una migliore e più diffusa cultura della sicurezza sia tra i singoli cittadini che, in particolare, tra le aziende e i datori di lavoro, incentivandoli ad adoperarsi perché forme di intermediazione professionale della spesa sanitaria privata possano svilupparsi; 2) affiancando gli organizzatori e i gestori di tali forme di intermediazione fornendo competenze tecniche e professionalità nel confezionamento delle soluzioni da proporre al mercato; 3) svolgendo per i propri clienti il ruolo di selezionatore delle offerte migliori in termini di garanzie proposte e rischi coperti e di controllore della qualità dei providers delle prestazioni sanitarie presso cui i fondi e le casse si rivolgono. È un mercato potenzialmente enorme che si sta aprendo e il broker vi può svolgere un ruolo da protagonista.

### **Stefano Ziantoni - Moderatore**

Un'ultima riflessione Professor Turchetti: la sanità alla fine è un prodotto che il cittadino va ad acquistare e così, come per tutti gli altri prodotti per i quali facciamo una selezione, anche la sanità va trattata come tale. Non crede? Troppe volte viene

trattata come una realtà non concreta. Prego.

### **Giuseppe Turchetti - Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa**

Nella gran parte dei prodotti e dei servizi che acquistiamo siamo abituati a dare una valutazione di ciò che ci viene venduto o erogato. Allo stesso modo, è necessario educare i cittadini e definire indicatori capaci di rendere il più possibile oggettiva la valutazione della qualità delle prestazioni erogate all'interno delle nostre strutture di cura. L'obiettivo è quello di stilare un ranking, di calcolare degli indicatori di qualità delle prestazioni e delle strutture che erogano le prestazioni sanitarie. Questo rappresenta un elemento importante perché contribuisce alla diffusione della cultura della valutazione di questi prodotti/servizi da parte dei cittadini e incentiva, allo stesso modo, le strutture di cura a perseguire l'efficienza e l'efficacia dei servizi offerti.

### **Stefano Ziantoni - Moderatore**

Comunque, per vostra informazione, in questo servizio la scuola Sant'Anna di Pisa ha bacchettato la Asl di Massa Carrara e, invece, ha promosso la Asl della Versilia. Introducendo il dottor Buongiardino io vorrei fare una considerazione: la macchina è stata avviata, anche in maniera semplice, lo ha ricordato il dottor Corbella che, ottimista, ha detto che il 2010 sarà l'anno dell'assistenza complementare, a dispetto

delle lungaggini burocratiche. Abbiamo parlato di una figura di intermediazione estremamente importante: in questo scenario, in questa ottica, in questa fotografia, i fondi saranno protagonisti o co-protagonisti? E in che misura?

## Simonpaolo Buongiardino - Presidente Fondo Est

Buongiorno, mi permetterà, prima di arrivare alla sua domanda, di parlare del Fondo Est, perché credo che tra i relatori presenti io rappresento un caso pratico, un caso che voglio portare alla vostra conoscenza. Il Fondo Est è un fondo di origine contrattuale e, quindi, previsto dalle parti sociali, Cgil-Cisl-Uil da un lato, Confcommercio, con le articolazioni del turismo che stanno al suo interno dall'altro, che nella sottoscrizione dei relativi Contratti collettivi nazionali di lavoro hanno introdotto la sanità integrativa. Sanità integrativa che già era presente sui livelli alti contrattuali, mi riferisco a dirigenti e quadri, ma non era prevista sui livelli bassi, cioè operai e impiegati in generale, completando così il quadro generale. Devo dire che il sistema del terziario è l'unico che ha completato, in via orizzontale, il percorso, cioè rendendo possibile per tutte le categorie contrattuali del terziario e del turismo la sanità integrativa. In altri sistemi, per esempio industriali, vediamo alcune articolazioni verticali che hanno ottenuto ciò, ma per categoria: i meccanici, i chimici, ecc. Qui stiamo a livello orizzontale, quindi copriamo tutte le tipologie contrattuali. Credo sia un punto importante che definisce anche la modalità di approccio al tema che le parti sociali hanno inteso, appunto, affrontare. Assistenza sanitaria integrativa che si è aggiunta alla previdenza, che si è era già realizzata e alla formazione naturalmente. Questi sono i tre canali, i tre elementi che definiscono il cosiddetto welfare contrattuale, almeno per quanto ci riguarda. Poi ce ne sono altri come il sostegno al reddito, altri aspetti che al momento non sono ancora ben declinati. Tornando a Fondo EST, mi piace percorrere le tappe velocemente: luglio 2005, le parti costituiscono il fondo, cioè vanno da un notaio e perfezionano atto costitutivo e statuto ma non succede niente per un anno; luglio 2006, assumo la presidenza di questo fondo; ottobre 2006, dichiariamo alle aziende: è ora di pagare la presta-

zione sanitaria; aprile 2007, iniziano le prestazioni. Oggi siamo a tre anni dall'avvio delle prestazioni e il nostro fondo conta 1.125.000 iscritti. Credo che la dimensione dei fondi di questo genere presenti a livello nazionale nel nostro settore e nei settori affini, come la cooperazione, sia ai 1.600.000 iscritti. Il che vuol dire che fondo Est ha una quota del 75%. A questo si è giunti in breve tempo perché hanno concorso al risultato la determinazione delle parti sociali, quindi in primis delle aziende che pagano il contributo sanitario. Il versamento è stato considerato quota parte della retribuzione. Su questo aspetto ci sono stati momenti di contestazione rispetto all'obbligatorietà che non abbiamo inteso controbattere in termini legali con forza e con durezza, perché sapevamo di poter contare su una massa dimensionale tale che alla fine avrebbe fatto giustizia di ogni tentativo di contestazione. Un milione e centoventicinque mila lavoratori che, malgrado la situazione economica oggi dia segnali negativi, cioè di chiusure di aziende, continuano a essere in crescita. Recuperiamo gradualmente quelle aree di non adempienza che ancora ci sono. Noi consideriamo, come base di riferimento i rivelamenti del censimento 2001, che è l'unico disponibile anche se troppo datato: in quel calcolo si dichiarano circa due milioni e duecento mila lavoratori di questo comparto, vuole dire che ne abbiamo raggiunti più della metà. Sarebbe un dato non brillante, in realtà lo è perché, come è stato detto soprattutto dal presidente Gasparri che ha aperto i lavori, dal dottor Battistotti e lo stesso presidente Cerchiai, purtroppo questa Italia è lunga e stretta e noi registriamo oltre il 70-75% di adesione della Lombardia ma purtroppo il 15% della Calabria. Questo è un dato che penalizza soprattutto il Mezzogiorno. Piove poi sul bagnato perché proprio laddove è minore l'efficienza pubblica, minore è l'adesione a questi fondi integrativi che in qualche modo potrebbero fare da contraltare e offrire aiuto ai lavoratori. Noi abbiamo, tra Piemonte, Lombardia e Veneto oltre la metà degli iscritti. Questa è la realtà dell'Italia e poi man mano che scendiamo lungo la penisola, con una buona tenuta dell'Emilia Romagna, scendiamo progressivamente al centro e poi arriviamo al meridione, purtroppo profondo, con la punta negativa del-

“LA SOLUZIONE È GIÀ NELLE TUE MANI!”



Musée du Louvre, Paris - Amore e Psiche Stanti, A. Canova 1796 - Photo: ©Loliva2008



Se vuoi rivoluzionare la tua operatività e i tuoi processi di business, la soluzione è già nelle tue mani.

Dall'esperienza di Armundia nasce Armundia Brokerver\*, la soluzione applicativa dedicata al broker assicurativo.

L'architettura tecnologica allo stato dell'arte garantisce sostenibilità di tempi e costi, fruibilità flessibile della piattaforma, agevole manutenibilità ed implementabilità dei processi di sistema. Meno volume di carta gestito, automazione delle attività a basso valore aggiunto, nuovi tools per aumentare la qualità del servizio ai clienti, costante allineamento con la Compagnia. Innovazione e proattività.

E' la soluzione che aspettavi. E' già nelle tue mani.

Amore e Psiche insieme sono assoluti complementari. Ecco perchè Psiche donò ad Amore una farfalla...

[WWW.ARMUNDIA.COM](http://WWW.ARMUNDIA.COM)



\*Il software è fruibile in licenza d'uso o con servizio di ASP attivo sul portale [www.brokercorner.it](http://www.brokercorner.it)

# Convegni

la Calabria. Possediamo una serie di dati notevoli sulla composizione dei nostri campioni che vorremo anche poi mettere a disposizione perché conosciamo quantitativamente, non qualitativamente, i nostri iscritti: dove risiedono, l'età, l'incidenza del ricorso alle prestazioni etc. Abbiamo una prevalenza femminile al 57%, ma anche questa è diversificata lungo la penisola. Il dato nazionale è al 57% ma al Nord ancora di più sono le donne, al centro è quasi pari, al Sud sono più gli uomini delle donne. Questo dato andrebbe esaminato per trarne valori sociologici, insomma per capire cosa succede nelle nostre diverse aree. Per quanto riguarda l'età media è intorno ai 37 anni, il baricentro della fascia di età è quello che sta tra i 31 e i 40 anni, che è un'età interessante perché da un punto di vista assicurativo consente di operare con sufficiente tranquillità per quanto riguarda i rischi e gli aspetti delle prestazioni. Lavoriamo su una piattaforma informatica che abbiamo realizzato appositamente perché sapevamo che una numerosità di questo tipo non aveva uguali e quindi ci siamo costruiti un pacchetto originale, appoggiato sul web, naturalmente, per cui tutto funziona in una logica di accesso virtuale. Si accede anche con gli altri mezzi naturalmente, soprattutto telefonicamente attraverso il call center. Abbiamo raggiunto una dimensione di circa 70 dipendenti; la quota sanitaria è diversificata ma diciamo che il settore Turismo ha fatto un passo in avanti perché ha rinnovato il contratto prima del Commercio e quindi ha una quota unificata 10 euro mese, 120 euro l'anno, mentre il Commercio è ancora un passo indietro poiché ha una distinzione tra tempo pieno e tempo parziale, per il tempo pieno sono 10 euro, il tempo parziale 7 euro. Abbiamo ancora da risolvere qualche altro aspetto perché nel terziario non copriamo i contratti a termine, che è un po' un'anomalia, tenendo conto che, invece, gli apprendisti sono compresi e gli apprendisti sono, per definizione, a termine, almeno secondo l'attuale disciplina: sono situazioni che dobbiamo recuperare. Dicevo circa 70 addetti e riusciamo a tenere un costo di gestione che non supera il 7%, considero questo un dato significativo e anche di bontà della gestione. Ci avvaliamo di un contratto assicurativo con due compagnie che curano anche il network,

cioè il sistema di rapporto per le prestazioni. Noi continuiamo a lavorare in implementazione, siamo partiti con un nomenclatore originale che aveva fatto tesoro di esperienze precedenti, tenuto conto del basso valore assoluto del contributo sanitario che le aziende pagano. Il nomenclatore prevede rimborsi dei ticket, diagnostica, visite specialistiche, chirurgia, i grandi interventi e poi la maternità e la neonatalità, cioè abbiamo voluto dare un segnale di attenzione al bambino al primo anno di vita, per le malformazioni di nascita. Abbiamo introdotto alcune prestazioni all'approvazione del decreto Turco, come odontoiatria e prevenzione; di prevenzione si è parlato in apertura dei lavori, abbiamo impostato pacchetti di prevenzione, declinati al maschile e al femminile perché diverse sono le esigenze e anche le frequenze di intervento da mettere in campo. Siamo molto dispiaciuti che la prevenzione sia stata eliminata, da quell'impegno del 20% come quota di rispetto.

Abbiamo incontrato il ministro Fazio e ho molto spinto su questo argomento, ricevendo risposte negative. Naturalmente, quando è stato varato il decreto Sacconi, abbiamo immediatamente riorganizzato il nomenclatore perché non possiamo permetterci di stare sotto il 20%, in quanto le imprese che pagano la quota sanitaria non possono rischiare l'indetraibilità. Abbiamo spinto ulteriormente sull'odontoiatria perché è quella più facile da raggiungere, quella che immediatamente viene percepita e sull'inabilità temporanea, quindi presidi ortopedici, ausili medici e fisioterapia per superare soprattutto gli aspetti collegati agli infortuni. Ci sarebbe molto da lavorare sugli altri due aspetti che sono le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; una specie di scioglilingua. Prima o poi, bisognerà chiarire se sottotraccia, ma non tanto, c'è la Long Term Care. Questo è un argomento sul quale il fondo è disponibile ad impegnarsi, ma il fondo ha una caratteristica: si entra nel fondo a 18 anni, si esce a 60-65 anni, il tempo della vita lavorativa. Allora, se si deve affrontare il tema della Long Term Care non sanitaria, ma diciamo economica, quindi con un sostegno vitalizio, bisognerà fare un patto di solidarietà perché, per noi, l'iscritto che ha diritto alle prestazioni, al momento della quiescenza, esce dal siste-

ma dal momento che non c'è più un'azienda che paga il contributo. Quindi bisogna fare piani che prevedano forme di accumulazione da spendere poi negli anni che vanno dopo la quiescenza, con versamenti volontari, perché la Long Term Care prima dei 60-65 anni non ha un significato di grande utilità se non per eventi che hanno magari altri tipi di copertura: eventi traumatici, incedenti ecc. Quindi sul decreto Turco e sul decreto Sacconi siamo intervenuti con grande velocità e siamo fiduciosi di portare a casa la conferma di quel 20% di soglia. Questo completa la presentazione. Sono stato sollecitato da un paio di argomenti. Uno è appunto quello della Long Term Care di cui ho voluto parlare, invece l'intervento di Turchetti mi porta a fare riflessioni, del tutto personali, ma che provo a riportare.

Noi abbiamo voluto essere integrativi, era il nostro obiettivo, non volevamo essere sostitutivi, ma il confine tra integrativo e sostitutivo è labile. Abbiamo visto altri fondi sanitari in cui questo confine è stato abbondantemente superato. Sto pensando ai dirigenti, Fasdac piuttosto che Fasi, dove è una scelta di status quella di sganciarsi dalla sanità pubblica per entrare sulla sanità privata. Io credo che sia una deformazione del sistema. Penso che, invece, i fondi integrativi dovrebbero rimanere tali.

Ma allora? E' chiaro che se per una risonanza magnetica, per esempio, noi diamo un tempo di attesa di una settimana e se il pubblico dà un tempo di attesa di mesi allora diventiamo sostitutivi. Il problema è definire i campi di azione e rendere efficienti le strutture pubbliche. Perché quando si avessero chiari gli obiettivi con strutture pubbliche efficienti, allora non ci sarebbe più duplicazione e potremmo fare a meno di occuparci di risonanza magnetica che si può avere dal pubblico in tempi brevi, curare altri aspetti e dare altre prestazioni per essere veramente integrativi.

Quindi, non mi appassiona tanto consentire risparmi alla sanità pubblica, mi interesserebbe di più che la sanità pubblica si specializzasse e desse efficienza al proprio interno per continuare ad essere i fondi molto più integrativi nel superamento dei Lea, insomma, per andare su quelle prestazioni che il pubblico non dà e allora il pubblico potrebbe, forse, recedere rispetto



Simonpaolo Buongiardino

a certe prestazioni che oggi fornisce in modo inefficiente, in modo indistinto, in modo faticoso.

Ecco, ho voluto contribuire un po' anche al dibattito rispetto agli interventi. Grazie.

### Stefano Ziantoni - Moderatore

Io vorrei chiederle: maggiore è l'inefficienza della sanità pubblica, minore è il

#### SIMONPAOLO BUONGIARDINO

Laureato in Economia e Commercio presso la Bocconi di Milano. Dal 1971 imprenditore commerciale nel settore automobilistico. Dal 1988 Presidente Aicami - concessionari auto - ora Assomobilità. Dal 1995 Amministratore dell'Unione del Commercio, del Turismo, dei Servizi e delle Professioni della Provincia di Milano. Dal marzo 2006 Membro di Giunta di Confcommercio - Confederazione Generale Italiana del Commercio, del Turismo, dei Servizi e delle PMI. Dall'aprile 2007 Presidente di Federmotorizzazione - Confcommercio (Federazione Nazionale Commercianti della Motorizzazione) - Confcommercio. Dal luglio 2006 Presidente Fondo Est - Assistenza Sanitaria Integrativa Terziario. Dall'ottobre 2007 Presidente della Fondazione Capac - Politecnico del Commercio. Dal maggio 2007 Presidente di A.C.M. Servizi Assicurativi SpA. Dal luglio 2008 Presidente M.I.R. - Milano Immobili e Reti s.r.l. Dal febbraio 2009 Presidente MeglioMilano - Associazione per la qualità della vita a Milano

Il 27 dicembre 2006 è stato insignito del titolo di Grande Ufficiale dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana.

Il 7 dicembre 2008 è stato insignito della Civica Benemerenzza dell'Ambrogino d'Oro del Comune di Milano.

numero di coloro che aderiscono? È strano! Nel momento stesso in cui abbiamo detto che la Sanità è comunque un prodotto, come mai dove maggiore è l'inefficienza della sanità pubblica c'è minore partecipazione? Ve lo siete chiesti? Avete dato una risposta? E come trasformare questa formula matematica di inversamente proporzionale in senso opposto?

## Simonpaolo Buongiardino - Presidente Fondo Est

Sì, io non ho risposte se non collegandomi alla struttura stessa della società Italiana che è questa. Cerco di spiegarmi questo con il lavoro nero, con altri aspetti che appartengono un po' al nostro meridione. Cosa cerchiamo di fare? Intanto la correlazione non è casuale: da un lato c'è una macchina pubblica che fa fatica a dare prestazioni di efficienza e dall'altro ci sono aziende che non rispettano gli impegni e non li rispettano o perché si sottraggono dal pagamento, o perché hanno altri metodi di pagamento delle retribuzioni e, in entrambi i casi, ci sfuggono. Allora abbiamo fatto e stiamo facendo uno sforzo di comunicazione rivolto in particolare al meridione perché, da un lato le aziende e dall'altro i lavoratori, siano informati e sollecitati. Affinché le aziende, attraverso le organizzazioni di rappresentanza sindacale - datoriale, in questo caso io rappresento il mondo datoriale di Confcommercio, siano sollecitate ad ottemperare all'obbligo che gli è stato posto in capo e dall'altro perché i lavoratori diventino acceleratori, cioè facciano la loro parte presso l'azienda per sollecitare il pagamento del contributo a Fondo Est. E' il concetto del passaparola che molto ci ha portato. Io non ho una risposta sul problema meridionale. Probabilmente vi si sommano le inefficienze, l'inefficienza pubblica e l'inefficienza privata. E' l'anno dei fondi? Io credo di sì. Fondo Est è un fenomeno straordinario e, per sua dimensione, unico. Quindi, 1.125.000 è una dimensione e la platea talmente diffusa che non lascia più spazio a ripensamenti. E' un fenomeno che porterà emulazione sicuramente perché il concetto del welfare, in questo caso della sanità integrativa, ormai è una realtà che, anche grazie al nostro contributo di presenza, porterà sicuramente risultati. Se poi dovessimo entrare sul tema Ltc, cioè nel momento in cui un fondo da

1.125.000 di lavoratori riuscisse a dare una risposta in termini di contributo economico vitalizio in caso di invalidità diventerebbe straripante rispetto a tutto il sistema Italiano.

## Stefano Ziantoni - Moderatore

Abbiamo capito che in un'ipotetica locandina di un film il fondo non è coprotagonista ma è protagonista.

Io volevo porre una domanda al dottor Manzato, prendendo spunto da un articolo che è uscito ieri sul "Messaggero" a pagina otto, "Siringhe, bisturi e aghi made in Cina, le Asl risparmiano sulla nostra pelle". Questo articolo mi ha fatto scattare, è deformazione professionale, una curiosità. Sono andato brevemente a fare, come si suol dire volgarmente, i conti della serva ed ho constatato che nel mondo della sanità la percentuale di inchieste giudiziarie superano di gran lunga qualsiasi altro aspetto, qualsiasi altra sfera. Ma questo articolo cioè "Siringhe, bisturi e aghi made in Cina" mi fa muovere una domanda, una richiesta al dottor Manzato: forse occorre adeguare maggiormente le regole proprio per evitare episodi del genere?

## Roberto Manzato - Direttore Vita e Danni non auto - Ania

In una battuta si può dire che il sistema sanitario deve cercare di elevare gli standard di qualità e di sicurezza delle cure. In alcuni casi l'Italia presenta delle eccellenze che andrebbero "esportate" in tutti quei casi ove ci siano situazioni critiche sia di natura infrastrutturale che di natura organizzativa. Tornerei, a questo punto, al tema del mio intervento di oggi, ossia quello relativo al ruolo del settore assicurativo, in Italia, nella sanità integrativa o complementare. E' già stato detto negli interventi precedenti che la spesa sanitaria è complessivamente destinata a crescere. L'Ocse, per il nostro Paese, stima che la spesa complessiva per la sanità potrà superare il 13% del Pil nel 2050 rispetto ad un valore attuale che si aggira attorno all'8,5%. È facilmente intuibile, a causa dei noti vincoli di bilancio pubblico, che l'incremento di spesa dovrà essere finanziato dalla spesa privata. Inoltre, dal momento che gran parte di tale spesa è costituita da quella out-of-pocket (cioè sostenuta di tasca propria quando le condizioni di salute la

rendono necessaria), sembra necessario un deciso sviluppo della sanità integrativa o complementare cioè quella costituita da fondi, casse di assistenza sanitaria e polizze assicurative. I vantaggi di tale sviluppo risiedono nel fatto che la spesa intermedia permette di mitigare i costi delle prestazioni sanitarie grazie al maggiore peso contrattuale del terzo pagatore rispetto al singolo individuo, inoltre essa organizza una mutualità tra gli aderenti, permettendo loro di pianificare una spesa certa contenuta contro una spesa incerta a volte potenzialmente non sostenibile dal singolo. La spesa intermedia, peraltro, aiuta a recuperare parte dell'elusione o dell'evasione fiscale eventualmente presenti nelle attività di prestazione dei servizi sanitari ed infine può favorire l'accumulo di risorse - che possono essere investite con profitto in attività produttive - necessarie per far fronte alle esigenze sanitarie tendenzialmente crescenti con l'età degli assistiti. La sanità complementare, come è stato già detto negli interventi precedenti, oltre ad avere buone prospettive di crescita, sembra essere già adesso una cospicua realtà. Infatti il numero degli assistiti dai fondi e dalle casse di assistenza sanitaria sono stimati da fonti ministeriali in circa dieci milioni di individui. Le Società di mutuo soccorso contano più o meno quattrocentomila assistiti e c'è, naturalmente, il settore assicurativo che ha l'ambizione, e soprattutto le competenze, per assumere un ruolo sempre di maggior rilievo nella sanità complementare. Già adesso il settore: fornisce copertura assicurativa con eventuali correlati servizi amministrativi a buona parte dei fondi e casse di assistenza sanitaria attraverso la stipula di polizze collettive; fornisce copertura assicurativa malattia a circa 1,5 milioni di assicurati attraverso polizze individuali; il settore gestisce efficacemente milioni di richieste di risarcimento all'anno; distribuisce prodotti malattia utilizzando reti distributive, vigilate dall'authority di settore, professionalizzate e dotate di elevati standard comportamentali nei confronti dei clienti; investe le riserve regolamentari per le prestazioni assicurate e il necessario patrimonio supplementare di vigilanza con la professionalità di uno dei più importanti investitori istituzionali presenti nel nostro Paese; stringe convenzioni con centinaia di



Roberto Manzato

provider di servizi sanitari mitigandone il costo e valutando la qualità dei servizi resi; gestisce un elevatissimo numero di richieste di servizi di assistenza, correlati alle coperture assicurative prestate, attraverso i propri call center e strutture dedicate a fornire i servizi richiesti. In termini di premi il sistema assicurativo nel ramo malattia conta su circa due miliardi di euro all'anno e il risultato economico in termini di combined ratio, cioè il rapporto fra costi e ricavi, si aggira attorno ad un range tra il 100% e il 103%.

Da quanto detto, dovrebbe risultare abbastanza chiara qual è l'utilità di una polizza malattia per gli assicurati, resta forse da analizzare meglio come l'assicuratore può essere utile ai fondi, casse di assistenza sani-

#### ROBERTO MANZATO

Laureato in Scienze Statistiche ed attuariali presso l'Università di Trieste.

Direttore della Direzione "Danni non auto, Vita e prevenzione" dell'Ania. Coordinatore di due organi statutari associativi: il Comitato di coordinamento d'area "Vita, Previdenza e Risparmio gestito" e quello "Altri rami danni". Presidente del Fondo Unico Nazionale Long Term Care per il personale non dirigente del settore assicurativo.

In precedenza manager dell'ufficio italiano della McKinsey&Company, Account manager della divisione Life&Health di Swiss Re, Consulente della Tillinghast-Towers Perrin.

# Convegni

taria e società di mutuo soccorso. In sintesi gli assicuratori permettono a questi soggetti di trasferire il rischio relativamente all'entità delle prestazioni da erogare, offrono servizi di gestione amministrativa collegati alle polizze e mettono a disposizione un network di fornitori di servizi sanitari convenzionati.

Naturalmente l'importanza di tali aspetti varia sia al variare delle dimensioni del fondo sia al variare della tipologia di prestazioni che si vogliono assicurare. Risulta intuibile che tutti gli aspetti ricordati possono essere appetibili per le casse e i fondi di piccole dimensioni, mentre potrebbero essere poco importanti per le prestazioni ad alta frequenza e basso costo medio per le casse e i fondi di grosse dimensioni. Le coperture assicurative e la loro importanza vanno dunque valutate caso per caso e attentamente personalizzate.

Per tali valutazioni la consulenza di un broker può rappresentare un servizio di valore.

Infine vorrei proporre alcune semplici iniziative che possano migliorare l'efficienza del sistema della sanità complementare.

In primo luogo si potrebbero prevedere alcune misure, nel pieno rispetto del libero mercato, che incentivino la concorrenza in termini di qualità/prezzo fra i vari fornitori di servizi sanitari quali ad esempio la raccolta e pubblicazione da parte di una Istituzione pubblica di statistiche, anche su base territoriale e per tipologia di

struttura, sui prezzi praticati per le varie prestazioni. Una tale base informativa rappresenterebbe un ottimo strumento di ausilio per le negoziazioni tra terzi pagatori e fornitori di servizi.

Inoltre si potrebbe incentivare la cessione o il convenzionamento, da parte delle strutture pubbliche, di blocchi di prestazioni (si pensi, per esempio, alle visite specialistiche in regime di intramoenia, all'alta diagnostica) con fondi, casse o assicuratori. Una previsione di questo tipo, in certi casi, potrebbe incentivare la concorrenza fra i fornitori di servizi a tutto vantaggio degli aderenti alla sanità complementare e potrebbe anche aiutare ad utilizzare gli impianti e le risorse pubbliche a piena capacità, aumentandone la produttività.

Credo che anche per i fondi sanitari, casse o enti di assistenza sanitaria e società di mutuo soccorso, possa essere utile che il legislatore fissi una disciplina chiara ed efficace in tema di controlli interni ed esterni, trasparenza nei confronti degli assistiti, professionalità degli amministratori e personale direttivo, riserve tecniche, equilibrio gestionale e solidità patrimoniale nel caso le prestazioni fossero garantite. Inoltre mi preme ricordare che le polizze malattia sia collettive sia individuali non solo sono state escluse dai benefici fiscali (deducibilità o non concorrenza al reddito) concessi ai fondi sanitari, casse o enti di assistenza sanitaria e società di mutuo soccorso ma continuano ad essere sogget-



te ad una imposta sul premio pari al 2,5%. Tale imposta, peraltro, ha anche un effetto distorsivo nella scelta dei fondi, casse ed enti se assicurarsi o auto assicurarsi. Sembrerebbe logico, invece, concedere gli stessi incentivi a strumenti, pur diversi, che garantiscano prestazioni rientranti nei medesimi ambiti di intervento previsti per fondi e casse.

Ultimo tema da discutere è quello relativo al finanziamento del fenomeno della non autosufficienza che è destinato ad aggravarsi con il graduale invecchiamento della popolazione. Quello che è stato fatto con i recenti decreti ministeriali sui fondi sanitari non affronta affatto il problema perché, se da un lato prevede che parte delle prestazioni dei fondi sanitari debbano essere destinate a quelle odontoiatriche o socio-assistenziali, dall'altro molti fondi e casse coprono i propri assistiti finché essi sono in attività lavorativa non lasciando spazio alla copertura relativa alla perdita dell'autosufficienza il cui bisogno è particolarmente sentito nelle età più avanzate. Il settore assicurativo ha cercato di affrontare il problema per i propri dipendenti, creando con le parti sociali il Fondo unico nazionale Ltc. Esso è finanziato con un contributo annuo a totale carico delle imprese pari, attualmente, allo 0,5% della retribuzione annua tabellare. I beneficiari del fondo sono tutti i lavoratori del settore assicurativo in forza al 1° gennaio 2004 a cui si applica il Ccnl del settore assicurativo, nonché il personale successivamente assunto. Inoltre, le prestazioni del Fondo sono garantite anche al personale cessato (o che cesserà) dal servizio a partire dal 1° gennaio 2004 con diritto a pensione. I dipendenti del settore, pertanto, rimangono assicurati dal Fondo per tutta la vita a patto che vadano in quiescenza con il suddetto contratto.

Tale aspetto è di fondamentale importanza visto che l'esigenza di tale copertura si manifesta principalmente nelle età più avanzate. Il Fondo, al fine di garantire un equilibrio attuariale di lungo periodo, ha utilizzato un "framework finanziario" di capitalizzazione collettiva al fine di finanziare le prestazioni. In estrema sintesi, il Consiglio di Amministrazione del Fondo, utilizzando anche i risultati di un modello di proiezione, decide con cadenza quinquennale quanta parte dei contributi desti-

nare all'acquisto di una copertura assicurativa che garantisce le prestazioni per i sinistri che si manifestano nel quinquennio di validità della copertura.

I contributi rimanenti vengono investiti e quindi "riservati" per finanziare le prestazioni future che, dal momento che la popolazione tenderà ad invecchiare rapidamente nei prossimi anni, saranno più onerose.

La prestazione per gli individui che non autosufficienti consiste in una rendita vitalizia annua anticipata, rivalutabile in base ai rendimenti ottenuti da una gestione separata, pagabile all'assicurato dal momento in cui questi diventa non autosufficiente finché rimane in tale stato.

L'importo di tale rendita è pari a 12.253 euro annui. La definizione di non autosufficienza è indicata nel regolamento del Fondo e si basa su sei attività del vivere quotidiano: farsi il bagno, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza, bere e mangiare.

Per ogni attività sono stati definiti 3 livelli di autosufficienza a cui corrisponde un punteggio crescente (0 nel caso di piena autosufficienza, 5 in caso di parziale non autosufficienza, 10 in caso di totale non autosufficienza). Il medico dell'impresa aggiudicataria, o una commissione arbitrale in caso di controversie con il beneficiario assicurato, assegna un punteggio ad ogni attività.

Il riconoscimento dello stato di non autosufficienza si consegue al raggiungimento di almeno 40 punti.

L'esperienza del Fondo potrebbe essere un esempio concreto, per quanto non unico, di come si possa affrontare anche con cifre ragionevoli la problematica del finanziamento dell'assistenza ai non autosufficienti.

Per concludere direi che la sanità complementare è una importante componente del nostro sistema di welfare. Mi sembra che i segnali di sviluppo del settore al momento siano abbastanza incoraggianti.

### **Stefano Ziantoni - Moderatore**

Professor Cicchetti, più efficienza, più concorrenza, più qualità del prodotto, se poi tutto è unito alla trasparenza l'obiettivo è ottimale. Questo un passaggio dell'intervento del dottor Manzato, però alla fine occorrono le coperture.

## Americo Cicchetti - Università Cattolica Sacro Cuore

Non c'è dubbio. Una volta si diceva che i conti si fanno con l'oste. Ho ascoltato con grande interesse gli interventi. Io sono un economista, sono un ricercatore che si occupa di economia sanitaria da diversi anni in questa università, dove siamo riusciti a mettere insieme le competenze delle Facoltà di Economia e della Facoltà di Medicina con un percorso lungo e difficile. Questo la dice lunga su come questi due mondi, quello dell'economia e della medicina, hanno poi difficoltà nel convivere e quindi anche la difficoltà a rispondere a domande sulla sostenibilità. Però ho ascoltato questo dibattito anche in altre due prospettive. La prima delle due è quella di "terzo pagante". Mi trovo in questo periodo nel Comitato prezzi e rimborsi dell'Agenzia italiana del farmaco dove, ad ogni seduta, si valutano farmaci per 2-3 miliardi di euro di spesa e dove la sfida è sempre quella di trovare dei criteri che possano dare alle scelte di introduzione nel mercato una logica del costo-efficacia, ovvero il valore clinico acquistato con i fondi a disposizione. La seconda prospettiva è quella del "produttore" di assistenza sanitaria privato, presso il Policlinico A. Gemelli dell'Università Cattolica, dove il 12-13% del fatturato viene proprio da accordi con le assicurazioni e i fondi integrativi. Allora, vedendo la questione da questi diversi punti di vista e avendo studiato il Servizio sanitario nazionale in questi ultimi anni credo realmente che esista un problema di sostenibilità. Sicuramente ci siamo accorti che gli interventi fatti in questi ultimi anni per ridurre la crescita della spesa sono serviti a poco, ma semplicemente perché questa non è

una spesa che si può contenere. Interessante però che in tutto questo periodo i disavanzi si siano accumulati soprattutto in alcune Regioni, elemento che nasconde un problema di efficienza che molto spesso è concentrato in certe parti del Servizio sanitario nazionale. Abbiamo visto ancora in questi anni che la crescita della spesa ha riguardato più il settore pubblico che il settore privato, che il settore pubblico ha cercato di rincorrere quanto più possibile la crescita della spesa incrementando il finanziamento. Una analisi effettuata nel 2009 in collaborazione con lo Studio Ambrosetti mostra la tendenza nella crescita della spesa sul PIL. Il problema di sostenibilità del Ssn nasce prima di tutto dal problema della crescita dell'economia. Dal 2001 al 2009, considerando gli ultimi due anni negativi, l'economia nazionale è cresciuta di meno dell'1%. Però siamo riusciti a sostenere un incremento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale del 50% e abbiamo incrementato la spesa del 45%. Vuol dire che ci mancano almeno, almeno 45 punti di ricchezza per stare alle stesse

### AMERICO CICCHETTI

Ordinario di Organizzazione Aziendale alla Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. E' Coordinatore del Corso di Laurea in "Economia e Gestione delle Imprese, delle Aziende e dei Servizi Sanitari" e Direttore del Master universitario di II livello in "Organizzazione e Gestione delle Aziende Sanitarie" e del Master universitario di I livello in "Management delle imprese biomediche e biotecnologiche" (interfacoltà Economia - Medicina e Chirurgia, Sede di Roma). E' Visiting Professor presso il Center for Medical Education and Health Care della Thomas Jefferson University, Philadelphia, PA. Membro del Board of Directors dell'Health Technology Assessment International (Società scientifica internazionale), Vice Presidente della Società Italiana di Health Technology Assessment (SIHTA) e Membro dell'Accademia Italiana di Economia Aziendale

E' membro del Comitato prezzi e Rimborso dell'Agenzia Italiana del Farmaco. Membro del Comitato di Indirizzo della Fondazione Roma (2006-2010). Membro dell'Osservatorio sull'Economia Civile della Camera di Commercio di Roma. Collabora stabilmente con il SIVEAS - Sistema di valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali).

E' autore di 5 monografie e oltre 100 articoli su riviste nazionali ed internazionali.

condizioni del 2001. Ecco, questo è il problema della sostenibilità al di là di tutto. E' un problema di non avere quella crescita che permette un gettito fiscale in grado di assicurare le risorse necessarie per sostenere il settore sanitario, mantenendo però inalterata la spesa in altri comparti (es. gli incentivi allo sviluppo).

Allora, da qui parto per una brevissima riflessione: perché la situazione dello sviluppo di questo comparto, cioè dei fondi sanitari, ha questa difficoltà al decollo? Si dice che quest'anno sia l'anno dei fondi. Io lo spero sinceramente, perché fino ad ora viste quelle tendenze e vista anche la scarsa penetrazione rispetto a quella che è la spesa privata, cioè il basso livello di intermediazione della spesa privata che esiste in questo Paese, credo che sia opportuno chiedersi il perché e quali siano stati i vincoli. Certamente ci sono stati dei vicoli dal punto di vista ideologico e politico, però io ritengo che ci siano anche dei vincoli non affrontati da un punto di vista tecnico. Il primo nodo è la dimensione della sanità privata. A me sembra che questo polmone sia molto più grande di quello che si pensa e crescerà molto velocemente nel futuro. Il problema tecnico da risolvere sia inerente al tipo di "taglio" che vogliamo dare al pacchetto di servizi che rappresentano il bisogno dei cittadini. Il taglio tra il pubblico e il privato può essere di due tipi: o verticale, o orizzontale. In senso orizzontale c'è bisogno di definire chiaramente quali prestazioni debbano essere a carico del comparto "assicurativo" che va incentivato evidentemente attraverso un chiaro e significativo beneficio fiscale. Il secondo tipo di taglio è verticale come fanno i francesi e come ha ricordato il professor Turchetti. Quando introduco un farmaco in Francia non decido, come invece avviene da noi, se il farmaco è rimborsato o meno. Decido se il farmaco è rimborsato o meno e poi la percentuale di rimborso in relazione alla gravità della patologia a cui va a far fronte quel farmaco. Sono due modalità diverse, bisogna chiarirsi le idee su questo. Allora credo che qui ci sia del lavoro tecnico da fare per chiarire questo punto che è fondamentale per poter andare avanti. I sostanziali chiarimenti del contenuto dei Lea significa definire una "lista positiva" di prestazioni che rappresentano il diritto all'assistenza sanitaria dei



*Americo Cicchetti*

cittadini in maniera esplicita. Da questo pacchetto escludo quindi una parte che rappresenta il co-payment da parte di cittadini che evidentemente attraverso uno strumento, che però deve avere un beneficio fiscale, permette l'accesso all'insieme delle prestazioni necessarie. Però attenzione, questo pone altri due problemi tecnici. La definizione del "pacchetto LEA", sicuramente tecnica, ha dei risvolti politici molto rilevanti.

Il primo sta in cima, bisogna trovare dei meccanismi per condividere i principi di giustizia distributiva ovvero il modello di equità che in questo paese vogliamo realizzare attraverso il sistema sanitario. Questo è un problema fondamentale che non si affronta se non con un approccio tecnico che però prevede il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse. Tra questi ci sono certamente ed in primo luogo i cittadini: la voce dei pazienti, quando la ascoltiamo? quando è possibile capire se una persona preferisce avere una chemioterapia per via orale o per infusione? E come la vuole coprire questa prestazione? Noi abbiamo bypassato questo che è un problema fondamentale per andare, come dire, a provare a risolvere la cosa sotto un profilo essenzialmente di finanza pubblica. Però questo è un problema che rimane immutato e irrisolto da 15 anni, cioè quando si è cominciato a parlare di fondi integrativi col decreto legislativo 502. La questione non è mai stata seriamente affrontata.

La seconda cosa questione da affrontare in modo sistematico è quella della definizione dei livelli essenziali di assistenza. Fino ad ora abbiamo definito i livelli essenziali di assistenza come una lista negativa. Ogni prestazione erogabile è nel diritto all'assistenza sanitaria del cittadino, articolo 32 della Costituzione, tranne "qualcosa". Nel momento in cui abbiamo provato invece a dare una definizione positiva dei livelli essenziali di assistenza, nel 2008, il decreto è stato ritirato perché non c'era la copertura finanziaria. Nel momento in cui abbiamo provato a definire effettivamente il pacchetto e sono stati fatti dei conti ci si è resi conto che quel pacchetto non era sostenibile. In quel momento si sarebbe dovuto affrontare sistematicamente il tema dei fondi: nel momento in cui si definisce la lista, si verifica ciò che non è sostenibile e immediatamente identifico la quota da finanziare attraverso i fondi integrativi. Il Decreto del 2008 sui Fondi sembrerebbe chiarire quale pacchetto di servizi è di competenza dei "fondi" (lungodegenza, odontoiatria ecc.): ma in realtà credo che non siano sufficienti quelle aree per dare risposta a questa dinamica di spesa, a questa crescita. Ecco perché alla fine una questione tecnica, che è la definizione del pacchetto Lea, poi alla fine blocca la possibilità di sviluppo di un comparto che invece sarebbe fondamentale per dare una risposta ad una dinamica che è quella che avete visto, che è assolutamente ingestibile da qui ai prossimi anni.

A questo punto però c'è un ultimo elemento che ha a che fare con chi è chiamato a produrre i servizi - pubblico e privato. Perché per fare in modo che il sistema di finanziamento, diciamo l'altra gamba del sistema di finanziamento, possa funzionare io debbo avere anche un sistema di offerta pronto a recepire questa offerta ulteriore. Allora il sistema di offerta è fatto da pubblico e da privato e non tutte le regioni sono come la Toscana, dove il 97% dei pazienti escono da ospedali per acuti gestiti da pubblico con un livello di qualità mediamente elevato. Allora da un lato c'è il problema, come dire, di fare accelerare le regioni del centro-sud che sono in difficoltà. Devo dire sinceramente che i dati che abbiamo analizzato per il "Rapporto Osservasalute" quest'anno ci dicono che lo strumento del piano di rientro è un bello strumento di

finanza pubblica, ma non è che aiuti molto a spingere le Regioni a ristrutturare il proprio sistema di offerta. Credo che su questo anche al Ministero della Salute se ne siano accorti e è quindi necessario trovare dei meccanismi diversi. Non è il piano di rientro che favorisce questo livellamento della qualità dell'assistenza e dell'efficienza dell'assistenza. A questo punto però, proprio perché non tutte le regioni sono come la Toscana; il Lazio, ad esempio, ha il 45% dei pazienti dimesso da ospedali per acuti privati e del privato c'è un 27% che è no profit di ispirazione cristiana e il resto è strutture Aiop eccetera. E' necessario, in questi casi, pensare ad un meccanismo di governo del sistema regionale che tenga conto di questa eterogeneità di pubblico e privato nei diversi contesti. Devo poter governare una Regione come il Lazio con strumenti che permettano un governo forte della committenza, che cosa vuol dire governo della committenza? Vuol dire che sia pubblico che privato vanno messi sullo stesso livello e il settore pubblico finanziatore e il settore privato finanziatore devono avere la possibilità e gli strumenti per scegliere su basi oggettive per scegliere il miglior servizio possibile per i propri assistiti. Questo vuol dire fare quello che ha iniziato a fare molto bene, devo dire, la Regione Toscana con l'aiuto del S. Anna, cioè a misurare le performance del pubblico e del privato nella stessa maniera. Loro sono facilitati perché misurano prevalentemente il pubblico, noi nelle altre regioni dobbiamo pensare di tirar fuori dei meccanismi di valutazione della performance, degli esiti, perché poi è quello che vogliamo sapere i cittadini quando vanno a scegliere, che favoriscano una scelta razionale e che permettano al sistema di essere certamente un po' più efficiente, un po' più efficace.

### Paolo Rubini - Presidente Anra

Grazie per questo invito, grazie a nome di tutta l'Anra. Cercherò di essere rapido. La mia presentazione è in cinque punti: darò qualche dato sulla sanità, già fornito peraltro da altri relatori; passerò all'assistenza sanitaria integrativa evidenziandone i temi più caldi dal punto di vista di chi gestisce i rischi in un'azienda. Mi tolgo poi per un attimo il cappello dell'Anra e mi metto quello di Telecom Italia, azienda per la quale

lavoro, parlandovi molto rapidamente del caso di Assilt. Di seguito parlerò dell'alternativa fra autogestione e assicurazione di un fondo, e delle prossime sfide del sistema della assistenza sanitaria integrativa.

Suddivisione spesa sanitaria privata	
Out of the pocket	82,40%
Casse, Fondi	13,90%
Assicurazioni private	3,70%

Il dato sulla quota di spesa cosiddetta Out of Pocket sul totale della spesa sanitaria privata in Italia lo avevamo già visto - 83%(contro il 33% in Francia e il 29% medio per l'Europa) è evidentemente troppo elevato. Il 17% restante è suddiviso tra le assicurazioni private, cui resta in carico il 3,70%, e i fondi integrativi, con il 14% circa della spesa sanitaria privata; quindi in Italia i fondi fanno già un lavoro egregio.

Utilizzo spesa san. privata (su 100 abit.)	
Odontoiatria privata	49%
Specialista privato	37%
Medicina non convenzionale	20%
Polizze sanitarie integrative	15%
Ricoveri a pagamento	3,3%
Assist. a non autosufficienti	85%

Analizzando le percentuali di utilizzazione della spesa sanitaria privata su cento abitanti, si nota il peso rilevante dell'odontoiatria privata e, nell'ambito della percentuale a pagamento per intero, l'elevatissima quota delle visite odontoiatriche (il 92%) e quella invece molto ridotta dei ricoveri, solo nell'ordine del 5%. Un dato che ci dice, evidentemente, quali sono i settori sui quali i fondi integrativi del sistema sanitario pubblico saranno chiamati prevalentemente ad operare.

Parlando dell'assistenza sanitaria privata, Turchetti aveva già citato i milioni di



Paolo Rubini

% a pagamento intero di visite special. ecc. (% val.)	
Visite specialistiche di cui:	56,8%
Odontoiatriche	92%
Ostetrico-ginecologiche	64,5%
Dietologiche	57,1%
Accertamenti diagnostici	20,9%
Ricoveri	5%

assistiti e iscritti ai fondi negoziali, alle casse e alle mutue.

Eccone il dettaglio:

Iscritti a fondi negoziali, casse, mutue		
Anni	Iscritti	Assistiti
1999	657.962	1.436.208
2003	980.865	2.179.363
2004	3.570.000	4.900.000
2007	5.983.000	10.341.210
2008	6.396.700	13.000.000

Indico in questa slide gli iscritti ad alcuni dei cosiddetti fondi verticali, che citava prima Buongiardino; in cima alla classifica (peraltro un po' vecchia) c'è l'Assilt di cui poi parlerò a breve.

Iscritti a principali fondi sanit. italiani (06/07)	
Assilt	205.416
Fasi	127.745
Cesare Pozzo	78.814
Federkasse	58.044
Faschim	55.538
Casagit	51.466
Fasdac	29.994
Fis	27.604
Fisdaf	17.884
	652.505

Veniamo ora ai risultati di un'indagine di clima condotta dalla Watson Wyatt in collaborazione con l'Eurisko, che ci dice quanto interessa la sanità integrativa alla popolazione dei lavoratori dipendenti.

Indagine di clima sui benefits aziendali			
Dirigenti/Quadri		Impiegati	
Auto aziendale	49%	Rimborso spese med.	42%
Asili nido	41%	Laptop	41%
RC Capofamiglia	37%	Auto aziendale	39%
Previdenza integrat.	30%	Orario	33%
Rimborso spese med.	28%	Cellulare	31%

L'interesse degli impiegati è crescente, per il fatto che spesso non ne dispongono ancora, mentre per i dirigenti questo è un benefit ormai radicato già da tempo ed ha un appeal leggermente inferiore rispetto ad altri, essendo dato quasi per acquisito.

Quanto è diffusa l'assistenza sanitaria integrativa?

	2006	2009
Dirigenti	88%	91%
Quadri	66%	76%
Impiegati	54%	63%
Operai	35%	63%

Dal 2006 al 2009 è cresciuta in modo significativo. Ormai il 91% dei dirigenti dispone dell'assistenza sanitaria integrativa e anche gli operai ormai sono al 50%.

Il costo dell'assistenza sanitaria integrativa è in continuo aumento (nel triennio 2005-2007 è cresciuto in Italia del 30%). Le cause sono a tutti note, fra di esse::

- \* L'alto livello di utilizzo del piano
- \* I prezzi delle polizze, in crescita
- \* Un inadeguato disegno del piano sanitario
- \* La mancanza di politiche di prevenzione
- \* L'inflazione medica

Certamente una causa molto interessante, a mio modo di vedere, è la mancanza di politiche di prevenzione in grado di incidere positivamente sul valore della spesa sanitaria. Inoltre, l'inflazione medica - di cui si è parlato poco - è particolarmente significativa, risultando molto più alta

dell'inflazione reale e tale da costringere tutti i Fondi a politiche di razionalizzazione dei costi. Il costo medio pro capite per le diverse categorie è di € 1.745 l'anno per i direttori, € 1.678 per i dirigenti, € 1.052 per i quadri, € 757 per gli impiegati e € 524 per gli operai.

Come contenere i costi? Dall'indagine Watson Wyatt appare sconcertante il fatto che il 38% dei

fondi analizzati non abbiano preso ancora alcuna iniziativa. Ovviamente, una delle iniziative più significative è proprio il co-payment, cioè l'introduzione di franchigie o di scoperti sulle prestazioni; sta diffondendosi anche l'utilizzazione di tariffari,

Azioni per controllo costi assistenza sanitaria integrativa in Italia	
Nessuna	38%
Reti convenz. medici e osped.	32%
Franchigie e scoperti	27%
Riduzioni massimali	14%

soprattutto per le spese odontoiatriche. Stiamo parlando di azioni legate alla qualità delle prestazioni; comincia tuttavia a emergere un significativo utilizzo delle reti convenzionate, a cui si è già accennato, e che pesa per il 32% sulle azioni svolte negli ultimi anni da parte dei fondi integrativi per mitigare i costi. Il maggior focus delle aziende italiane è ancora sul disegno del piano di assistenza sanitaria (62% nell'indagine Watson Wyatt), sul contenuto delle prestazioni, piuttosto che su

Prestazioni coperte da f. sanitari	%
Degenza strutture pubbliche	75,0
Private accreditate	75,0
Visite specialistiche	75,0
Odontoiatria	62,5
Ricoveri strutture private	62,5
Diagnostica	62,5
Interventi chirurgici	50,0
Occhiali/lenti	50,0
Assist. infermieristica domiciliare	37,5
Riabilitazione e lungodegenza	37,5
Protesi	25,0
Estetica e chirurgia	25,0
Farmaci	25,0
Psicoterapie	25,0
Trasporto infermi	25,0
Invalidità/non autosufficienza	12,5
Ticket	
Emodialisi	

un'azione mirata al contenimento e alla razionalizzazione dei costi (53%).

Un elemento significativo di attenzione è, come dicevo prima, quello della prevenzione: i fondi sanitari stanno cominciando a lavorare sul tema, vedremo caso di Assilt, che è certamente interessante da questo punto di vista.

Le prestazioni coperte dai fondi sanitari sono, in questa tabella, espresse in percentuale sul totale delle prestazioni.

Vedete il peso significativo delle degenze, sia in strutture pubbliche che private, e delle visite specialistiche, dell'odontoiatria in modo particolare.

Il problema dell'invecchiamento, della non autosufficienza o dell'invalidità è evidentemente tutto da affrontare, per incorporarlo più stabilmente nei servizi erogati dai fondi sanitari.

Assilt è il fondo dei dipendenti, impiegati e quadri di Telecom Italia, è un fondo che ha una lunga storia. Qui ho voluto soltanto segnalarvi l'attenzione che questo fondo ha sempre avuto - da quando è nato - alla medicina preventiva, con una serie di campagne, ciascuna integralmente finanziata dall'Assilt. L'ultima è quella volta a contrastare l'infezione del virus HPV papilloma virus della popolazione femminile. Nelle prestazioni coperte dall'Assilt il 100% della campagna vaccinale è stato finanziato dal Fondo, mentre la percentuale del liquidato sul presentato per tutte le altre tipologie di spesa è via via inferiore, fino a meno del 50% per quanto riguarda l'odontoiatria. Per darvi un'idea della dimensione dell'Assilt, i suoi oltre duecentomila iscritti ottengono prestazioni per un totale di 53 milioni circa all'anno, di cui la parte più importante è costituita dalla odontoiatria. Le prestazioni indicate dal decreto Sacconi come condizione per una fiscalità favorevole sono tranquillamente al di sopra del 20% previsto dal decreto.

Vorrei, a questo punto, parlare molto rapidamente di come affrontare la tematica della sostenibilità di un fondo sanitario. La mia professione mi ha portato ad occuparmi delle diverse opzioni possibili di finanziamento del rischio legato all'assistenza sanitaria integrativa.

La prima opzione è l'autogestione. Essa ha dei vantaggi evidenti, soprattutto il governo pieno delle prestazioni e delle relazioni con gli aderenti.

# CONVEGNI

La tematica della sostenibilità ci dice che non disponendo di una modellizzazione della spesa sanitaria, un fondo non potrà autogestirsi a lungo. L'autogestione richiede dati sui sinistri suddivisi per tipologia di spesa, per età dell'assistito, per tipologia di struttura sanitaria che ha erogato la prestazione, ed occorre, a fronte dei dati acquisiti, determinare le riserve che consentano, sulla base della proiezione dell'invecchiamento della popolazione, di rendere sostenibili le prestazioni nel tempo. Ricordiamoci che questi fondi sono nati probabilmente su base volontaristica, sulla base di accordi sindacali, certamente senza competenze tecniche sufficienti, ed è quindi probabilmente necessario che queste competenze vengano acquisite in outsourcing. Siamo qui in Aiba per parlare di questo, evidentemente; questo tipo di servizi è nelle corde del broker.

La soluzione alternativa all'autogestione è l'assicurazione, l'unica soluzione possibile per tutti i fondi che non dispongono di informazioni, che non hanno una dimensione tale da consentire un sufficiente grado di mutualità. I vantaggi dell'assicurazione sono che non c'è alcuna necessità di dimensione minima, che esiste un contratto di assicurazione che garantisce i diritti dell'assicurato, che esiste la possibilità di fare riferimento alla mutualità della compagnia e del mercato, che è possibile pianificare il costo in modo più strutturato rispetto al caso dell'autogestione. Tuttavia, ricordiamoci anche gli svantaggi dell'assicurazione: un andamento tecnico, ricordava Manzato, tale da produrre un

combined ratio del 103% (anzi, ancora più alto per quanto riguarda le polizze dedicate alla copertura dei fondi). Quindi nel considerare la dipendenza dal mercato, teniamo conto che esso è evidentemente un mercato in tensione. I costi probabilmente saranno negli anni sempre più alti ed esiste anche un costo implicito di trasferimento del rischio all'assicuratore, oltre che un'imposta sui premi assicurativi francamente molto onerosa.

C'è, quindi, la possibilità di ricorrere a formule miste, sia formule di Risk/Performance-sharing, quindi formule che prevedano fondamentalmente una compartecipazione del Fondo agli andamenti tecnici dell'assicuratore, con il vantaggio che rimane un contratto assicurativo a tutela dell'assistito, con la possibilità di acquisire un dividendo in caso di andamento positivo: esso ha l'obiettivo di affrancare tendenzialmente il fondo dall'assicurazione nel medio periodo, laddove evidentemente i dividendi vengono reinvestiti nel fondo. Esiste anche un'altra forma di trasferimento parziale dei rischi ad una compagnia di assicurazione, la formula Stop Loss, che può essere su base individuale o su base di gruppo. La base individuale trasferisce all'assicuratore tutti i sinistri che superino un certo livello, per la parte che eccede tale soglia; Stop Loss di gruppo trasferisce invece all'assicuratore tutti i sinistri che eccedono una franchigia aggregata (un linguaggio che tutti voi credo comprendiate bene).

In questo modo noi siamo in grado di dare una maggiore stabilità nel tempo al fondo che utilizza l'assicurazione, soprattutto laddove il ricorso al mercato assicurativo abbia un sufficiente grado di flessibilità. La flessibilità tuttavia non è nell'interesse dell'assicuratore, che privilegia un rapporto basato su un track record di lungo periodo, per cui dovremo evidentemente condividere un percorso che è spesso complesso sul piano negoziale.

Ricordiamoci poi la difficoltà di interagire con degli assicurati o assistiti che si trovino ad avere due interlocutori diversi: il fondo da una parte e la compagnia di assicurazione dall'altra.

In questo senso ricordo quanto siano considerati interessanti i fondi integrativi al Fasi, che svolgono però anche l'attività di gestione del rapporto col Fasi, i "super-

## PAOLO RUBINI

Nato nel 1954 a Milano, si è laureato in Economia presso l'Università Bocconi di Milano.

Responsabile della funzione Risk Management di Telecom Italia S.p.A. dal 1999.

Altre cariche:

Presidente di ANRA (Associazione Nazionale dei Risk Manager e Responsabili Assicurativi Aziendali), dal 2009.

In precedenza:

Vice Presidente di ANRA, membro del board di FERMA (Federation of European Risk Manager Associations), rappresentante di ANRA in IFRIMA (International Federation of Risk Manager Associations).

Fasi”, chiamiamoli così: evidentemente essi consentono di mantenere una qualità del servizio piuttosto elevata perché il dipendente non deve interfacciarsi con il Fasi, con il quale tratta esclusivamente il fondo, che eroga le prestazioni per conto del Fasi, anche eventualmente introducendo prestazioni integrative. D'altra parte i rischi finanziari di fondi super-Fasi sono elevatissimi, perché anticipare agli assistiti le prestazioni sulla base del tariffario Fasi crea molti rischi ai fondi che hanno scelto di operare in questo modo.

Ricordo che la definizione di uno schema Stop loss richiede comunque una disponibilità amplissima di dati, e questi dati devono essere costruiti nel tempo, spesso devono essere ricostruiti andando a rivedere le serie storiche, perché essi non sono disponibili nel formato in cui gli assicuratori li chiedono.

Veniamo alle sfide per il prossimo futuro. Tutti i player hanno i loro compiti e i loro grattacapi.

In primo luogo le aziende hanno il problema di coinvolgersi seriamente nella governance del Fondo, di essere non soltanto parte erogante i contributi, ma anche parte che esercita un sacrosanto diritto di controllo. Ma è anche importante che si occupino di formazione delle risorse in grado di farsi carico con competenza professionale di tale esigenza di governo.

Alle compagnie posso soltanto chiedere di fare il loro mestiere di underwriters quotando i nuovi rischi, perché come abbiamo visto durante la mattinata le condizioni della nostra salute stanno evolvendo nel tempo, ci stiamo ammalando di meno e stiamo invece invecchiando.

I problemi della nostra salute cambiano pertanto natura, abbiamo bisogno che la capacità di sottoscrizione dei rischi colga queste evoluzioni di scenario. Occorre poi che le compagnie siano in grado di quotare in modo appropriato le coperture Stop loss, quelle che ai fondi in qualche modo interessano di più, perché danno loro la possibilità, se ben gestite, di crearsi delle riserve e quindi di affrancarsi gradualmente dall'assicurazione dei rischi di frequenza. Ci attendiamo inoltre dalle compagnie la capacità di gestire l'underwriting anche in assenza della gestione dei sinistri, che viene sempre più spesso data in outsourcing. E infine, l'elemento più importante di tutti: il

superamento della mono annualità dei contratti.

Ai broker chiediamo fundamentalmente dei servizi e chiediamo capacità di innovare, di creare i modelli, di dare alle casse gli strumenti informativi per poter collocare i propri rischi sul mercato in modo efficiente ed efficace. E anche la capacità di fornire alla cassa o alle stesse aziende ove lo richiediamo la reportistica adeguata.

I fondi devono cominciare ad operare in termini di governance, cioè devono essere in grado di gestire efficacemente i propri costi e (come ha fatto Assilt) impegnarsi sempre di più nelle campagne di prevenzione, perché sono queste che evidentemente sono in grado di agire sul versante dei costi. I processi organizzativi di un fondo dalla scelta del sistema di prestazione all'erogazione delle stesse, al monitoraggio e alla riservazione, al controllo di gestione, devono essere conosciuti e gestiti singolarmente, puntando a efficienza ed efficacia. Sono tutti temi sui quali gli operatori dei fondi di assistenza sanitaria non sono ancora sufficientemente formati, ed è proprio questa formazione che all'azienda dobbiamo chiedere.

Grazie.

### **Stefano Ziantoni - Moderatore**

Prego dottor Cucinotta.

### **Giovanni Cucinotta - Responsabile Servizio Studi Isvap**

Grazie innanzitutto all'Aiba di avermi invitato a questo convegno; sono anche legato affettivamente all'Aiba essendo stato per alcuni anni membro del Fondo di garanzia, e quindi ho contribuito a tutelare anche, diciamo, i contributi versati dai broker - e spero più o meno di esserci in parte riuscito - oltre che il vostro buon nome. Ho un compito ingrato: già il convegno era abbastanza menagramo - si parlava di malattie - e forse la cosa più menagrama è parlare degli anziani non autosufficienti. Per spezzare un po' la tristezza dell'argomento, ricordo sempre con molto divertimento quello che diceva Woody Allen qualche anno fa, in un celebre spot pubblicitario di una catena commerciale: "... nessuno mi aveva detto che dovrò campare fino a 150 anni! Come farò a pagare il mutuo e le bollette telefoniche?". La non autosufficienza è un problema connesso in buona

# Convegno

misura all'allungamento della durata della vita umana. Ricordava stamattina Corbelli che la non autosufficienza non è un problema di malattia né di sanità: è un problema soprattutto di assistenza. Il non autosufficiente non è una persona che sta male, che ha malattie particolari, è soltanto una persona prevalentemente di età avanzata, un po' decrepito che però non ce la fa a svolgere le funzioni normali: il lavarsi, il vestirsi, il prepararsi da mangiare, prendere le medicine. Prima questo problema non c'era in Italia per due ragioni: si moriva prima di arrivare a quella età (soluzione, diciamo, più radicale che il sistema aveva insito nello sviluppo demografico), oppure erano le famiglie - dove si viveva assieme ai nonni, ai figli e ai nipoti - che assistevano gli anziani. Tutto questo oggi non c'è più. In altri termini si fanno meno figli, la popolazione vive più a lungo, anche perché la medicina ha fatto molti progressi; aumentano quindi gli anziani sulla popolazione complessiva e si vive più a lungo grazie alla medicina ed a migliori condizioni di vita in generale. La domanda allora è: ma come si vive più a lungo? Il problema cruciale è in quali condizioni si vive, in modo tale da potersi godere la terza e la quarta età, oppure se si viva più a lungo male, in un letto, col bastone o avendo bisogno di chi ci accudisce pur non avendo, diciamo, particolari patologie mediche. Molto brevemente vi è incertezza sul tasso della non autosufficienza; alcuni dati, pubblicati proprio oggi sul "Corriere della Sera", per riprendere l'approccio giornalistico, ci dicono che ci saranno in Italia entro cinque anni 19 milioni di anziani oltre i 65 anni, cioè quanto tutta la popolazione del Nord Italia; quelli oltre i 70 anni, quindi gli ultra-anziani, saranno sempre tra cinque anni, quindi dopodomani, nove milioni, quanto tutta la Lombardia. In base alle statistiche attuali sul tasso di non autosufficienza, un 30-40 per cento di questa popolazione avrà problemi di non autosufficienza. Non tutti avranno non autosufficienze gravi, non tutti potranno giocare a tennis - tanto per fare un esempio visto che il nostro moderatore è stato un maestro di tennis -, ma una buona percentuale della popolazione anziana non ce la farà a salire le scale, né a prepararsi da mangiare o prendere le medicine. Ora la cosa importante è il ruolo della medicina.

Da un lato la medicina ci consente di vivere più a lungo, e quindi aumentano gli anziani e presumibilmente aumenterà il peso dei non autosufficienti; dall'altro, - e questa è l'incertezza sulla portata sociale del fenomeno, ovvero il tasso atteso di disabilità - la medicina potrebbe consentire in qualche modo di diminuire la percentuale dei non autosufficienti sul complesso della popolazione anziana: tutti più anziani, più sani e quindi più felici. Un esempio dell'altro giorno, sempre giornalistico, riguarda quanto annunciato sabato scorso proprio a Roma. Ad un convegno sanitario, è stata dichiarata la sperimentazione di una medicina contro l'Alzheimer, una sorta di vaccino. Ora l'Alzheimer è una delle cause maggiori di non autosufficienza: gente che sta bene, ma si dimentica come si chiama e dove abita. Il problema cruciale è garantire prestazioni di autosufficienza per gli anziani, perché soprattutto riguarda coloro che hanno oltre i 65 anni di età; sotto quell'età praticamente il fenomeno non esiste. Si pensi soltanto che oggi l'età media è di circa 78 anni per gli uomini e 86, mi pare, per le donne; chi nasce oggi, ha un'aspettativa che è molto prossima ai cento anni. Delle cifre in breve: due milioni e otto sono i disabili gravi in Italia e circa sei milioni e mezzo coloro che hanno problemi relativi di non autosufficienza. L'altro aspetto importante è che il disabile, sia per motivi di costo sia per motivi psicologici, è bene che viva in famiglia. Vediamo che infatti il 92% vive in famiglia e l'8% in case di cura. Vivere in famiglia consente di avere costi inferiori alla degenza presso case di cura, oltre ad aspetti psicologici positivi. Quindi non è solo una scelta culturale, ma è anche una scelta economica che però ha delle ricadute sul lavoro di alcuni componenti della famiglia che si dedicano agli anziani. Cosa fa il pubblico? Partecipa con una indennità di accompagnamento - sono circa 400 euro ai disabili riconosciuti e che sono un paio di milioni in Italia. Fu fatto a suo tempo dal Ministro Turco un fondo pubblico di assistenza agli anziani, ma c'era un po' tutto in questo fondo e quindi anche prestazioni, per esempio, contro le tossicodipendenze e via dicendo (legge 328/2000). Cioè, era una iniziativa di elevato valore politico, ma le risorse - ahimè! - erano abbastanza scarse. Un ruolo han-

no anche gli enti locali: molti Comuni offrono assistenza agli anziani nei rispettivi comuni; per esempio, in alcuni casi assistenti comunali vanno due volte a settimana a portare i medicinali od a svolgere delle prestazioni sanitarie; quindi è un settore, diciamo, con profili di assistenza abbastanza variegato. Cosa si può prevedere nel futuro per l'Italia?

Un sistema a tre pilastri. Il primo è a carico dello Stato, ma fino a dove può oggi arrivare lo Stato? Dovrà forse un po' razionalizzare la spesa pubblica in questo campo. Il secondo pilastro è costituito dai fondi pensione e, diciamo, è uno strumento che funziona molto bene perché il fondo pensione incomincia ad erogare le prestazioni dopo i 65 anni di età; è la stessa età dove, guarda caso, si incomincia ad avere problemi di disabilità. Quindi un aggancio ai fondi pensione, vista la Long term care come una prestazione più moderna della rendita potrebbe risultare un approccio positivo; qualcosa si potrebbe concepire anche nell'ambito dei fondi sanitari; ma questi - è bene sottolinearlo - dovrebbero garantire una prestazione dopo i 65 anni di età. Prima di quella data, diciamolo francamente, è buttare soldi. E il terzo pilastro: polizze individuali o collettive di Long Term Care. Quindi, concepire una gamma di strumenti d'intervento, ma al contempo evitare che tra di loro si sovrappongano, creando inutili duplicazioni. Due proposte sono state avanzate come Autorità di Vigilanza. Nel 2001 abbiamo fatto uno studio per garantire a tutti i cittadini una prestazione universale di Long Term Care, sulla base dell'esperienza tedesca. In subordine, l'idea è stata quella di agganciare una polizza Long Term Care, come dicevo prima, ai fondi pensione, cosa che era abbastanza naturale in quanto il fondo pensione era uno strumento finalizzato alla raccolta di risorse finanziarie per tutelare i redditi della popolazione in età post lavorativa. Quali sono stati i problemi della proposta di tipo universale? Avevamo stimato, con grande approssimazione di cifre, un ammontare di risorse pubbliche nell'ordine dei quattro/otto miliardi di euro l'anno. Quindi fare un sistema universalistico non era un obiettivo molto facile da raggiungere: dove si trovano le risorse? Prospettare invece un aggancio ai fondi pensione poteva essere una ipotesi di avvio



*Giovanni Cucinotta*

dolce: chi aderiva ai fondi pensione, avrebbe avuto anche l'obbligatorietà di una copertura di Long Term Care, tramite una rendita maggiorata in caso di non autosufficienza. In entrambe le ipotesi ci si è trovati di fronte a due ordini distinti di problemi: nel caso dei fondi pensione il mancato decollo della previdenza complementare non rendeva questa soluzione effettivamente praticabile; mentre nella prospettiva di un sistema universale l'obbligatorietà di adesione poteva essere vista come una forma di tassazione, imponendosi un prelievo fiscale alla collettività. Siamo andati avanti e abbiamo sviluppato successivamente una proposta che chiamerei di

#### GIOVANNI CUCINOTTA

Direttore del Servizio di Vigilanza II e Direttore ad interim del Servizio Studi dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Isvap).

Laureato in Scienze Politiche in Italia, dopo aver conseguito il Master in "Arts in Financial Economics" nel Regno Unito, ha lavorato per molti anni nel settore bancario occupandosi di finanza ed assicurazioni.

Ha pubblicato numerosi articoli su mercati finanziari, bancari e assicurativi e in materia assicurativa. E' altresì co-autore di diversi libri su Finanza ed Assicurazioni.

Ha preso parte ad incontri internazionali presso gli Istituti presso i quali l'Isvap è rappresentato (CEIOPS e IAIS) ed è stato membro del Consiglio Direttivo del CEIOPS, nel periodo 2007 - 2009.

# Convegni

second-best, come dicono gli economisti; cioè non è l'ottimo che si possa ottenere, però è qualche cosa che può aiutare a diffondere queste tutele. Quale è l'idea? Potrebbe essere quella di sviluppare polizze collettive Long Term Care, stipulate dal datore di lavoro e dai dipendenti, nell'ambito di contratti di lavoro nazionali di categoria, ovvero nell'ambito della contrattazione aziendale. Quindi, i premi potrebbero essere pagati dal datore di lavoro - non considerati come oneri contributivi ai fini fiscali - e dal lavoratore. Quest'ultimo può, per esempio, rinunciare, di un giorno di ferie; quindi, il lavoratore paga il suo premio mediante giorni di ferie, diciamo, con il tempo libero e questo non viene visto come un aggravio alla sua retribuzione mensile. Questa copertura ha analogie con modelli tedeschi o europei. La prestazione assicurativa dovrebbe scattare quando non si è in grado di compiere tre su cinque delle attività quotidiane, dicevo prima, vestirsi, lavarsi, mangiare, muoversi, andare in bagno. Altra cosa - si sa - sono le malattie mentali. Accennavo prima all'Alzheimer come una delle cause maggiori di disabilità a cui potrebbe estendersi la copertura Long Term Care. Tale causa di non autosufficienza non andrebbe esclusa. Un aspetto fondamentale di questa polizza riguarda inoltre la scelta in ordine alla tipologia di prestazioni da offrire: prestazioni monetarie verso prestazioni in natura. La scelta di adottare una prestazione monetaria trova il suo fondamento nell'intenzione di privilegiare la possibilità che ha un individuo non autosufficiente ad utilizzare l'importo erogato dall'assicuratore verso le soluzioni che ritiene più opportune (badante, familiari che si prendono cura di lui, casa di cura...). Tenete anche conto che - ahimé - le aspettative di vita dei disabili sono, in base ad esperienza internazionale, non superiori ai tre/cinque anni; quindi, è una rendita che una volta che viene erogata non costituisce impegno finanziario oneroso per la compagnia di assicurazione.

Un altro aspetto - più squisitamente tecnico - della nostra proposta riguarda la scelta circa la natura della copertura: principio indennitario verso forfetario. La scelta di basarci su un principio forfetario - dare una somma una tantum invece che garantire delle prestazioni e quindi garantire una

somma determinata che viene pagata automaticamente quando si verificano le condizioni di non autosufficienza sino a quando la persona è in vita - anche perché raramente chi è disabile torna ad essere abile ha ulteriori aspetti da mettere in evidenza. Infatti, a ben vedere il principio forfetario consente la costruzione di una copertura assicurativa che ben si presta a quelli che oggi sono i mutamenti del mercato del lavoro: di storie di vita lavorative frazionate nel tempo, storie di lavoro che prevedono spostamenti tra attività dipendente ed autonoma, mutamenti di datore di lavoro, aziende ed attività. Il criterio forfetario consente la costruzione di una riserva matematica che permette il trasferimento della posizione del lavoratore da un assicuratore ad un altro in conseguenza del cambio di lavoro (portabilità, ovvero il proseguimento volontario del pagamento dei premi). Un'altra caratteristica del prodotto è l'assenza della clausola di riscatto, considerato che l'assicuratore è tenuto a versare la prestazione solo a condizione che l'assicurato sia in vita e non autosufficiente alla data in cui si prevede scatti la prestazione; inoltre l'assenza di riscatto consente di eliminare l'antiselezione. Infine, vista l'incertezza sul tasso di disabilità nel tempo, prevedere formule di modifica del tasso del premio. Qui, forse, il pubblico dovrebbe svolgere un ruolo, perché si devono contemperare le esigenze delle imprese di non andare a gambe per aria con quelle degli assicurati che devono avere un trattamento equo e quindi un fondamento tecnico qualora si accerti che il tasso di disabilità sta cambiando per mutamenti demografici ovvero per mutamenti della scienza medica. Ultimo aspetto, modifica della disciplina fiscale, quindi, prevedere meno entrate fiscali, ad esempio la non assoggettabilità agli oneri contributivi delle somme versate per la polizza Long Term Care dal datore di lavoro, ovvero la deducibilità dal reddito imponibile di quanto versato dal lavoratore autonomo per il contratto LTC. Qui, forse, l'ottica da parte dello Stato è di fare un'analisi costi e benefici. Tutto sommato, alla fine, il modo più facile, ma anche più drammatico dal punto di vista umano, per risolvere il problema della non autosufficienza è di ricoverare gli anziani nelle strutture ospedaliere pubbliche in modo tale che la famiglia non abbia questo onere a

suo carico. Una forma di agevolazione fiscale sul costo delle coperture LTC permette allo Stato di ridurre i costi sanitari e di assistenza direttamente a suo carico. Abbiamo fatto in questo studio anche delle simulazioni di premio puro e dai calcoli effettuati non vengono cifre esorbitanti, soprattutto perché si parte da prestazioni dopo i 65 anni di età, ipotizzando una rendita di mille euro al mese: un costo abbastanza sostenibile. Avrei finito e vi ringrazio della vostra pazienza.

### Stefano Ziantoni - Moderatore

A conclusione, il padrone di casa, dottor Paparella.

### Francesco G. Paparella - Presidente Aiba

Grazie, grazie a tutti. Gli interventi che mi hanno preceduto sono stati interessanti e approfonditi e vorrei innanzitutto ringraziare chi li ha svolti e poi ribadire qual è il nostro ruolo, la nostra funzione nell'affrontare questi problemi. È evidente che il broker ha un ruolo primario, considerando che da sempre siamo consulenti dei nostri clienti, delle aziende, e che gli strumenti di sanità integrativa e di sanità privata che si vanno ad aggiungere a quella pubblica sono strumenti che vanno ben valutati attraverso una serie di analisi e di valutazioni approfondite tecniche. Sappiamo che dopo il 30 aprile avremo un elenco di Casse e da lì dovremo partire per fare una analisi di quello che queste ultime sono in grado di offrire alle nostre aziende. E non si tratta solamente di trovare, come solitamente facciamo, le migliori condizioni con l'assicuratore più affidabile e il costo più basso; a questi tre parametri, che comunque noi dovremo valutare, dobbiamo aggiungerne un altro, che è la qualità del servizio che queste Casse sapranno garantire. Perché, vedete, qui non si tratta di spendere poco o tanto, avere prestazioni ampie, grandi massimali, grandi limiti; qui si tratta di avere risposte rapide alle esigenze di tutela della salute dei soci e degli assistiti. Per cui, non solo dovremo garantire un giusto equilibrio tra prestazione e costi, ma dovremo saper scegliere ed indicare ai nostri clienti le Casse che si saranno meglio strutturate ed in grado di offrire i servizi in tempi rapidi, con efficacia ed efficienza. È un lavoro che non ci spaven-



Francesco G. Paparella

ta, ma che è lievemente difforme da quello che abbiamo sempre svolto e cioè la fase di valutazione a posteriori della qualità di quello che viene offerto; su questo ci stiamo strutturando fortemente sia all'interno delle nostre aziende ma anche attraverso - e questo è compito principale di Aiba - attraverso la formazione continua e sempre più approfondita erogata dalla nostra Accademia di brokeraggio assicurativo. Lo scopo di Aiba è quello di sedere oltre che al tavolo di concertazione con Assoprevidenza, a tutti i tavoli ove di questi temi si vada discutendo. Perché se è vero - e lo condivido - che il 2010 sia l'anno di diffusione e di affermazione della previdenza integrativa, delle Casse, è altrettanto vero che una categoria come la nostra, che ha tecnicità e competenza, ha il diritto e il dovere, nell'interesse dei clienti che rappresenta, di sedersi in tutti i tavoli per portare un contributo. Sono certo che sarà un contributo come sempre approfondito, scientificamente corretto, ma con quel giusto pragmatismo che contraddistingue la nostra categoria. Grazie.



Al via il tavolo di autoregolamentazione

## Fondi sanitari con una voce sola

DI SIMONA D'ALESSIO

**L**a scadenza del 30 aprile, ultimo giorno utile per l'iscrizione all'anagrafe dei fondi sanitari integrativi, in base al decreto Sacconi del gennaio 2009, incombe. Ed è per questo che Assoprevidenza, Abi, Ania, Confcommercio, Fimiv e Aiba hanno deciso di unire le forze creando un tavolo di autoregolamentazione per parlare con una voce sola alle istituzioni, affrontando i nodi irrisolti. Le organizzazioni avevano già segnalato l'esigenza di una maggiore chiarezza sulla normativa (si veda *Italia Oggi* del 17 marzo) e ieri, nel corso di un convegno a Roma, hanno confermato l'avvio dell'iniziativa per poter essere operativi efficacemente in un comparto, quello della sanità integrativa, «destinato a un rapido e corposo sviluppo». E questo perché, mentre la previdenza complementare procede a passi lentissimi (proprio nella giornata appena trascorsa se ne è lamentato il presidente della camera Gianfranco Fini, intervenuto alla presentazione del Rapporto Inps 2009 a Montecitorio, ndr), i fondi sanitari, le casse di assistenza e le società di mutuo soccorso cresceranno in maniera consistente nei prossimi tre anni, grazie ad accordi collettivi e all'attività

degli stessi enti assistenziali introdotti dai broker nelle aziende. A queste figure, infatti, viene affidato il compito di identificare le soluzioni assicurative migliori, un ruolo che la categoria, rappresentata dall'Aiba, si sta attrezzando per svolgere, forte di adeguati programmi di formazione. Il mese scorso i componenti del neonato tavolo avevano rivelato i punti più controversi del decreto: la norma, infatti, stabilisce che per iscriversi ai fondi bisogna presentare una documentazione (atto costitutivo, regolamento, nomenclatore delle prestazioni, bilancio preventivo e consuntivo e modelli di adesione), ma è necessario, è stata la lamentela ricorrente, che le indicazioni contenute nel testo siano «adattate alla realtà operativa dei singoli fondi, perché non in tutti i casi è disponibile» il materiale. L'obiettivo del decreto Sacconi è di dare rinnovato slancio alle forme di sanità integrativa attraverso uno speciale censimento (l'anagrafe dei fondi, appunto) e specificando che almeno il 20% delle prestazioni dovrà riguardare prestazioni odontoiatriche, assistenza socio-sanitaria ai non autosufficienti, interventi destinati a chi è temporaneamente inabilitato a causa di malattia o infortunio, pena la perdita delle agevolazioni fiscali.



**AIBA**

### Convegno su broker e sanità

«Le casse di assistenza, sintesi tra sanità pubblica e privata: la funzione del broker» è il titolo dell'annuale convegno Aiba (Associazione Italiana Brokers di Assicurazioni e Riassicurazioni), in programma oggi a Roma presso l'Auditorium del Museo dell'Ara Pacis.



## Anche i broker siedono al tavolo per la riforma dei fondi sanitari

■ Anche i broker assicurativi raccolti nell'Aiba, l'associazione di categoria, hanno deciso di aderire al tavolo tecnico di autoregolamentazione dei fondi sanitari cui partecipano già Assoprevidenza, Abi, Ania, Confcommercio e Fimiv. Obiettivo del comitato è avviare un dialogo con il ministero della Salute in vista dell'entrata in vigore degli effetti del decreto Sacconi, che ha rilanciato le forme di sanità integrativa. Il decreto ha introdotto l'anagrafe dei fondi, che partirà venerdì, con l'obiettivo di alzare il velo su questi strumenti che finora hanno operato senza alcun controllo nonostante il mercato sia stimato in circa 5 miliardi di euro. Non solo. È anche previsto che per continuare a godere dei benefici fiscali i fondi dovranno destinare il 20% delle proprie spese a cure odontoiatriche e prestazioni per non-autosufficienza. E sull'applicazione concreta di queste regole il dibattito si è acceso. Nei giorni scorsi il ministero ha inviato qualche delucidazione (si veda *MF-Milano Finanza* del 23 aprile) ma restano ancora diversi punti da chiarire. «La sanità integrativa, a differenza della previdenza complementare, è destinata a un rapido sviluppo», ha detto ieri Francesco Paparella, presidente dell'Aiba. (riproduzione riservata)

*Anna Messia*



### CONVEGNO AIBA

## Salute, i broker rivendicano un ruolo cruciale per la scelta delle polizze integrative

ROMA – «Con la congiuntura finanziaria mondiale negativa in atto, la tutela della salute per la sanità pubblica, già economicamente provata da tempo, non può prescindere dall'apporto delle casse di assistenza privata. In questo panorama che cambia e vede un totale riassetto della gestione del sistema, la figura del Broker diviene di nodale importanza poiché è proprio attraverso questo professionista che nelle aziende, sanitarie e non, gli strumenti di assistenza privata vanno a com-

pletare ed integrare quelli pubblici». È questo il messaggio forte lanciato dall'Aiba, l'associazione italiana dei brokers di assicurazioni e riassicurazioni, nel convegno che si è svolto ieri a Roma.

Citando il Libro Bianco sul settore, il presidente dell'Aiba, Francesco Paparella ha sottolineato che sia le imprese sia i cittadini stanno prendendo sempre maggior consapevolezza della necessità dei servizi delle assicurazioni integrative ricercate dal broker».



15 maggio 2010

## L'1,5% DELLE FAMIGLIE SI IMPOVERISCE PER I COSTI DELLE PRESTAZIONI Soltanto il 6% degli italiani ha una polizza privata

L'assistenza sanitaria privata continua ad essere poco diffusa, in Italia, dove le attuali polizze, sottoscritte in modo individuale, non tutelano adeguatamente la popolazione. E, per lo più, ad usufruire di prestazioni medico-sanitarie non pubbliche sono cittadini del Centro-Nord.

Si stima che sia circa il 6 per cento le famiglie italiane, prevalentemente a reddito più alto, con una copertura sanitaria che oltretutto, nella maggior parte dei casi, non copre tutti i componenti del nucleo familiare o eventi di particolare rilevanza. Queste cifre, elaborate dall'Aiba (l'Associazione italiana dei broker) sulle cifre fornite da Banca d'Italia, Istat, Ania ed Assoprevenienza, lasciano intendere

che il settore è ancora al palo. Malgrado il fatto che il finanziamento della spesa sanitaria italiana sfiori, nel suo complesso, il 9 per cento del Pil e, stando alle previsioni dell'Ecofin, raddoppierà da qui al 2050, scospinta soprattutto dall'invecchiamento della popolazione.

E, nonostante la presenza nel nostro Paese del Sistema sanitario nazionale (come si sa, ad esempio, negli Stati Uniti non esiste un simile istituto) l'esborso privato è Italia e rilevante: il Ssn sostiene di fatto una quota del 77 per cento della spesa totale, corrispondente al 6,7 per cento del Pil e lascia ai privati l'onere di finanziare il rimanente 23,4 per cento, di cui l'87 per cento è spesa out of

pocket, ovvero direttamente a carico delle famiglie. I numeri, inoltre, mostrano che l'1,5 per cento delle famiglie della Penisola (quasi 350mila) si impoverisce a causa delle costi sanitari e il 4,1 per cento (quasi 1 milione) sostiene spese elevate (cosiddette catastrofiche, ovvero superiori al 40 per cento della capacità di pagamento).

Le somme più elevate investite nel miglioramento della propria salute sono quelle relative alla farmaceutica e alla specialistica, ma la probabilità di arrivare ad impoverirsi, rivelano le cifre, è fondamentalmente legata alla disabilità e alle spese odontoiatriche.

si. dal.

### ASSINEWS.it

29 aprile 2010

#### Sanità: Aiba, assistenza integrativa destinata a rapido sviluppo

Il comparto della sanità integrativa è destinato a svilupparsi rapidamente e in misura consistente: a differenza della previdenza complementare, alle prese con una crescita lenta, fondi sanitari, casse di assistenza e società di mutuo soccorso, dopo l'impulso del decreto Sacconi, cresceranno in modo deciso nei prossimi anni.

E' lo scenario emerso nel corso del convegno organizzato dall'Aiba (Associazione italiana brokers di assicurazioni e riassicurazioni) dal titolo *Le casse di assistenza, sintesi tra sanità pubblica e privata: la funzione del broker*.

*"L'attenzione del mondo politico e di tutti i soggetti interessati - spiega a Radiocor Francesco G. Paparella, presidente Aiba - è tale da far ben sperare. Le opportunità ci sono, gli strumenti anche, la volontà di accedere a questi strumenti mi sembra abbastanza delineata".*

Il ruolo delle assicurazioni rispetto alla sanità pubblica, secondo l'Aiba, dovrà essere integrativo e non sostitutivo, nell'ambito di prestazioni sanitarie aggiuntive e polizze malattia. Nel corso del convegno è stata a più riprese sottolineata l'urgenza di una sanità integrativa che abbia dimensioni importanti.

Secondo uno studio di Assoprevenienza, la spesa privata in Italia costituisce il 23,4% della spesa sanitaria totale e l'87% della spesa privata è 'out of pocket', ossia direttamente a carico delle famiglie.

Ai broker, che in questo modo allargano il proprio spettro di intervento, spetterà un compito nodale, quello di supportare la sanità privata affiancando fondi e casse sanitarie nella scelta delle soluzioni assicurative. *"Da sempre il broker - ricorda Paparella - nell'ambito di un mercato libero e plurimo, fa l'indagine di conoscenza di mercato e suggerisce al proprio cliente la soluzione più idonea. Quindi ora più che mai servirà il nostro lavoro".*

Per prospettare alle istituzioni soluzioni operative sulla sanità integrativa, Assoprevenienza, Aibi, Ania, Concommercio, Fimiv e Aiba hanno dato vita a un tavolo tecnico di autoregolamentazione: la partecipazione di diverse realtà al tavolo dimostra, per Sergio Corbelli, presidente di Assoprevenienza, che *"su questa materia c'è un'unità di intenti sociali".*

Fonte: Radiocor

### asca.it

27 aprile 2010

#### SANITA': AIBA, DOPO DECRETO SACCONI DECOLLA QUELLA PRIVATA

Il comparto della sanità integrativa è destinato a un rapido e corposo sviluppo. A differenza del lento processo di crescita della previdenza complementare, i Fondi sanitari, le Casse di Assistenza, le Società di Mutuo Soccorso cresceranno in maniera consistente nei prossimi tre anni, grazie ad accordi collettivi e alle Casse di assistenza introdotte dai Broker nelle aziende. E' quanto emerso oggi nel corso del convegno nazionale Aiba, (Associazione Italiana Brokers di Assicurazioni e Riassicurazioni) dal titolo: *"Le casse di assistenza, sintesi tra sanità pubblica e privata: la funzione del Broker"*, il "Decreto Sacconi" del 27/10/2009, spiega l'Aiba, "rilancia le forme di sanità integrativa introducendo l'Anagrafe di Fondi, Casse, enti e Società di mutuo soccorso con fini solo assistenziali e specificando che almeno il 20% delle prestazioni, pena la perdita delle agevolazioni fiscali, dovranno riguardare: prestazioni odontoiatriche, assistenza socio-sanitaria ai non autosufficienti, interventi destinati a chi è temporaneamente 'inabilitato' per malattia o infortunio". Il finanziamento della spesa sanitaria italiana, prosegue l'Aiba, "sfiora nel suo complesso il 9% del Pil (quota lievemente inferiore al 9,5% della media europea) e, secondo le previsioni Ecofin, raddoppierà i suoi costi da qui al 2050. La limitatezza delle risorse pubbliche disponibili rende necessaria la razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale verso un sistema misto pubblico-privato".

### Virgilio economia

27 aprile 2010

ore 19:00

#### SANITA': AIBA, DOPO DECRETO SACCONI DECOLLA QUELLA PRIVATA

Il comparto della sanità integrativa è destinato a un rapido e corposo sviluppo. A differenza del lento processo di crescita della previdenza complementare, i Fondi sanitari, le Casse di Assistenza, le Società di Mutuo Soccorso cresceranno in maniera consistente nei prossimi tre anni, grazie ad accordi collettivi e alle Casse di assistenza introdotte dai Broker nelle aziende. E' quanto emerso oggi nel corso del convegno nazionale Aiba, (Associazione Italiana Brokers di Assicurazioni e Riassicurazioni) dal titolo: *"Le casse di assistenza, sintesi tra sanità pubblica e privata: la funzione del Broker"*, il "Decreto Sacconi" del 27/10/2009, spiega l'Aiba, "rilancia le forme di sanità integrativa introducendo l'Anagrafe di Fondi, Casse, enti e Società di mutuo soccorso con fini solo assistenziali e specificando che almeno il 20% delle prestazioni, pena la perdita delle agevolazioni fiscali, dovranno riguardare: prestazioni odontoiatriche, assistenza socio-sanitaria ai non autosufficienti, interventi destinati a chi è temporaneamente 'inabilitato' per malattia o infortunio". Il finanziamento della spesa sanitaria italiana, prosegue l'Aiba, "sfiora nel suo complesso il 9% del Pil (quota lievemente inferiore al 9,5% della media europea) e, secondo le previsioni Ecofin, raddoppierà i suoi costi da qui al 2050. La limitatezza delle risorse pubbliche disponibili rende necessaria la razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale verso un sistema misto pubblico-privato".



Le casse  
di assistenza,  
sintesi tra  
sanità **pubblica**  
e **privata:**

la funzione  
del **Broker**



**27**  
**aprile**  
2010

Auditorium del  
Museo dell'Ara Pacis  
Via di Ripetta, 190  
Roma

i nostri partners



**BELFOR** (●)



**LLOYD'S**

**MILANO**  
ASSICURAZIONI

