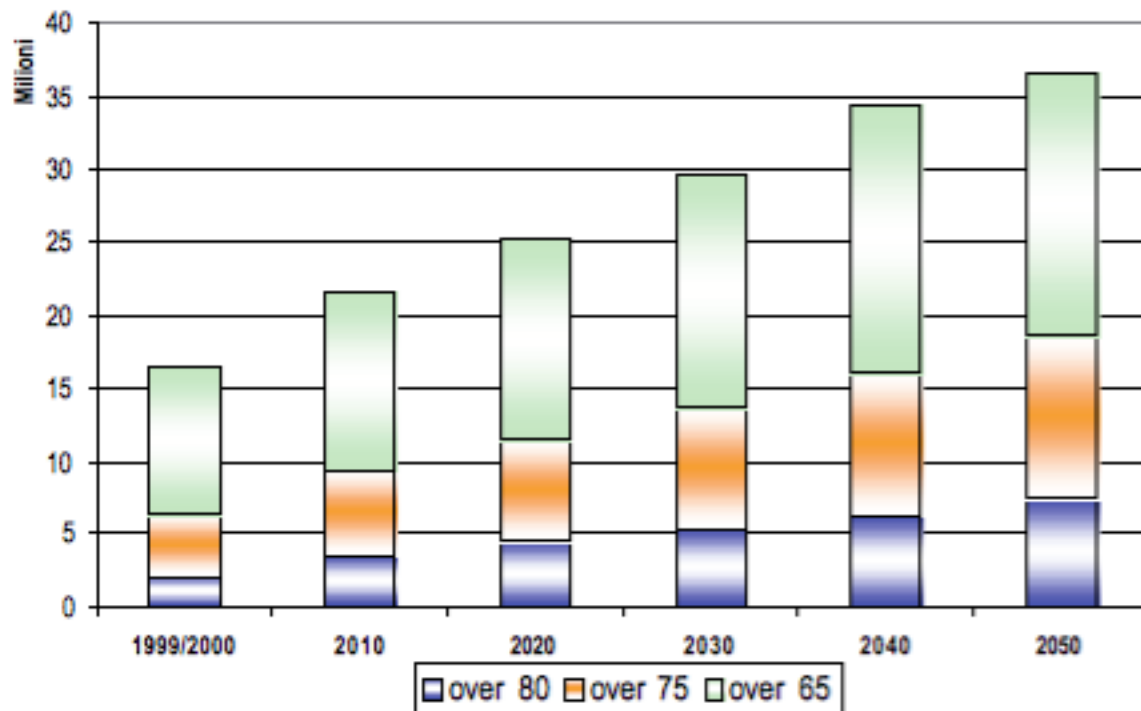


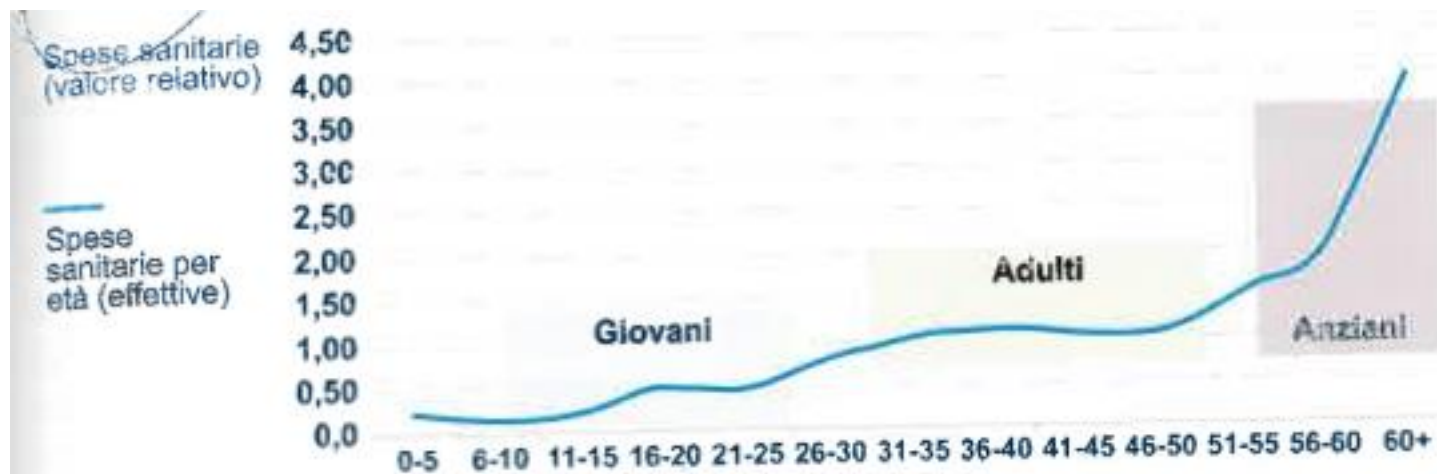
La sanità integrativa in Italia e le assicurazioni complementari

L'andamento della spesa sanitaria

Evoluzione della popolazione anziana per fasce di età



Distribuzione della spesa sanitaria per spesa di età



Fonte: Munich Re Experience, mercato sanitario italiano

L'andamento della spesa sanitaria

In Italia le prestazioni **che non sono coperte dal SSN** sono sostenute da:

- i cittadini in forma diretta (spesa sanitaria privata o così detta *out of pocket*)
- gli enti non profit abilitati (tra cui i fondi sanitari integrativi)
- le assicurazioni private (il cittadino ricorre a polizze individuali oppure viene iscritto dal datore di lavoro a polizze collettive);

L'andamento della spesa sanitaria

- Una parte notevole della spesa *out-of-pocket* è dovuta principalmente alle liste di attesa
- Ex-ante le persone si aspettano di avere un servizio dal sistema sanitario pubblico
- Ex-post si trovano costrette a rivolgersi a strutture private e a pagare di tasca propria

L'andamento della spesa sanitaria

- Questi dati evidenziano **potenziali aree di crescita** per la sanità integrativa e in particolar modo per i fondi e le casse sanitarie.
- **L'opportunità è duplice:**
 - intercettare una quota della spesa *out of pocket* delle famiglie
 - sviluppare le prestazioni rispondenti a nuovi e crescenti bisogni della società che lo stesso SSN non è in grado di coprire compiutamente

Definizione

- Le Forme di Assistenza Sanitaria Integrativa sono organizzazioni che raccolgono su base volontaria risparmio di singoli cittadini o di gruppi di cittadini o lavoratori oppure risparmio di tipo contrattuale, allo scopo di fornire la copertura di prestazioni sanitarie o di tipo economico che integrano o sostituiscono in parte o completamente quelle offerte dal SSN.

Tipologie



Tipologie

- **LA SANITA'
PUBBLICA**



- Pubblica
- Universale ed equo nell'accesso alle prestazioni
- Ripartizione
- Contribuzione obbligatoria

Tipologie

- **FORME COLLETTIVE
SANITARIE
INTEGRATIVE**



- Privata
- Contrattuale
- Volontaria
- Contribuzione fiscalmente agevolata

Il quadro normativo: sanità pubblica

- 
- **Legge 23 dicembre 1978 n°833**
Prima Riforma sanitaria
 - **Decreti Legislativi 502/92 e 517/93**
Seconda riforma sanitaria
 - **Decreto Legislativo 229/99**
Terza Riforma sanitaria Legge Bindi (Riforma-ter)
 - **Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3**
Modifiche al Titolo V - federalismo - Devolution

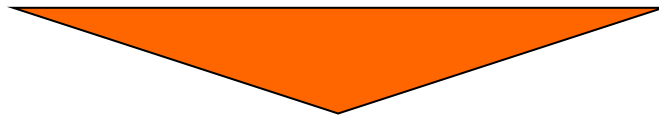
Normativa sanitaria privata

Le fonti:

- Codice Civile
- D.Lgs. 502/1992
- D.p.r. 917/1986 T.U.I.R.
- Art. 345, IV comma, D. Lgs 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private)
- Art. 1, comma 197, legge 244/2007 (Legge finanziaria '08)
- Dm 31 marzo 2008 (C.d. "Decreto Turco")
- Dm 27 ottobre 2009 (C.d. "Decreto Sacconi")

Normativa sanitaria privata

Dopo un lungo susseguirsi di normative,
il riferimento normativo per l'assistenza sanitaria integrativa più
importante è rappresentato



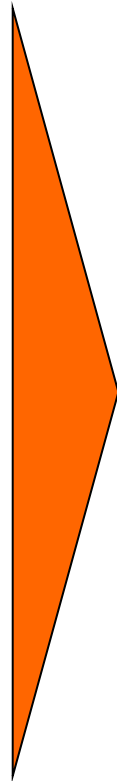
**dall'articolo 1, comma 197, della Legge 244/2007 (Legge
Finanziaria per l'anno 2008),**

Il quadro normativo: sanità privata

- Legge delega del 23 ottobre 1992, n. 421
- D. Lgs. 502/1992 (Decreto Guzzanti o “Riforma-bis” del SSN)
- D. Lgs. 517/1993 (modificativo del D. Lgs 502/1992)
- D. Lgs. 229/99 (Decreto “Bindi” o “Riforma-ter” del S.S.N.)
- D. Lgs. 41/2000 (Collegato fiscale del D. Lgs 229/1999)
- D.p.c.m. 29 novembre 2001 (definizione dei Lea)
- Legge 350 (conferma contributi non concorrono redd. da lav.)
- Decreto “Turco” 31 marzo 2008
- Decreto “Sacconi” 27 ottobre 2009

La fiscalità della contribuzione

Per gli iscritti ai
**fondi sanitari
integrativi**
(articolo 9, Dlgs
502/1992)



risulta applicabile la lettera e-ter, comma 1, articolo 10 del Tuir, come modificata dal comma 197, articolo 1 della Finanziaria 2008, che prevede la **deducibilità** dal reddito dei contributi versati ai fondi, fino ad un massimo di **3.615,20 euro** (tenendo conto dei contributi di assistenza sanitaria versati anche ai sensi della lettera a) comma 1, articolo 51 del Tuir).

Normativa sanitaria privata

“Decreto Turco”

31 marzo 2008

- In attuazione della legge n. 244 del 27 dicembre 2007, art. 1, comma 198 **definisce gli ambiti di intervento delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate dai Fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale e da Enti e Casse aventi esclusivamente fini assistenziali.**
- Introduce un orientamento dei Fondi Sanitari Integrativi verso la componente sociale e socio sanitaria.

Normativa sanitaria privata

“Decreto Turco”

31 marzo 2008

- Il Decreto Turco ha dato nuovo impulso all’assistenza sanitaria integrativa:
 - ➔ elencando quali sono le prestazioni vincolate per la definizione dell’ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti
 - ➔ introducendo l’obbligo di attestare, su base annua, di aver erogato singolarmente o congiuntamente prestazioni di non autosufficienza e odontoiatriche in misura non inferiore al 20%
 - ➔ Superando la distinzione tra fondi “doc” e “non doc”
 - ➔ Istituendo l’anagrafe dei Fondi Sanitari
 - ➔ Definendo la documentazione da presentare per l’iscrizione

Normativa sanitaria privata

“Decreto Sacconi”

31 ottobre 2009

- Il provvedimento, composto da cinque articoli, definisce in attuazione degli artt. 1, comma 4, e 2, comma 3, del Decreto Turco del 31 marzo 2008:
 - ➔ i criteri e le modalità per il computo del limite percentuale valido ai fini del rispetto della soglia delle c.d. “prestazioni vincolate” così come l’indicazione delle procedure per la verifica, il rispetto e l’aggiornamento della misura medesima;
 - ➔ Le procedure e le modalità di funzionamento dell’Anagrafe nonché i termini per la presentazione della documentazione da parte delle forme di assistenza sanitaria integrativa.

Normativa sanitaria privata

“Decreto Sacconi”

27 ottobre 2009

L'istituzione
dell'Anagrafe fondi
sanitari ha l'obiettivo
di



- Censire i soggetti operanti come forme di sanità integrativa al fine di valutare tutti i possibili punti di connessioni tra il SSN e le forme private

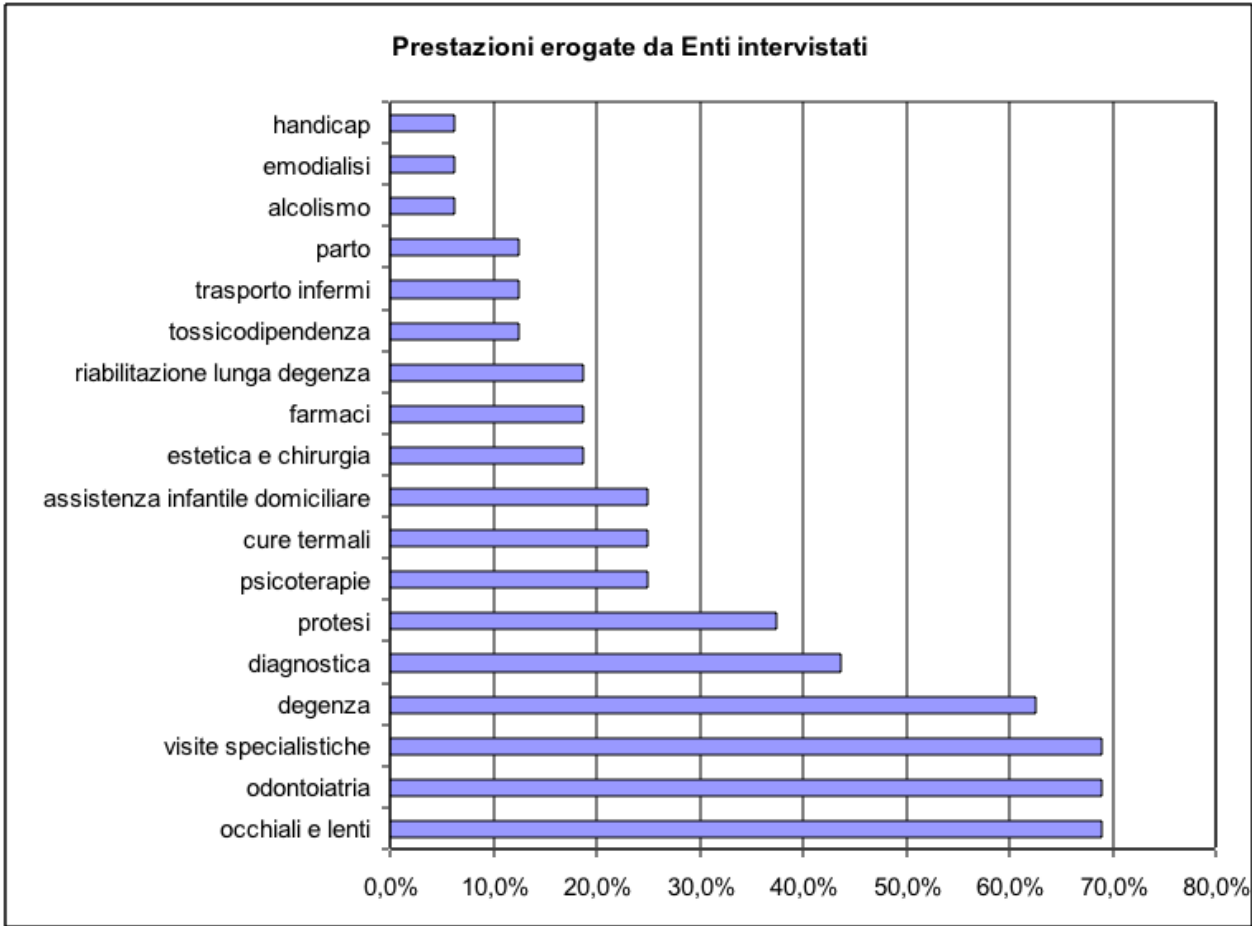


- Verificare il rispetto della soglia delle risorse vincolate delle prestazioni ai soggetti non autosufficienti e cure odontoiatriche

Prestazioni

- **Le prestazioni sono eterogenee**
- **In generale sono sostitutive (non integrative) delle prestazioni offerte dal SSN**
- **Infatti le persone desiderano avere accesso a strutture private che offrono prestazioni analoghe a quelle delle strutture pubbliche**

Prestazioni



Fonte: Università degli Studi di Padova

Quote di importi richiesti e del numero di sinistri per tipo di prestazione e tipo di Fondo, anno 2011 (val.% per tipo di prestazione)

	Importo richiesto			Numero Sinistri		
	Aziendale	CCNL	Totale	Aziendale	CCNL	Totale
Complementari	22,0	12,9	17,2	36,0	33,1	34,7
Integrative	28,7	25,6	27,1	13,2	6,3	10,2
Sostitutive	49,3	61,5	55,7	50,8	60,6	55,1
Prestazioni di frequenza	68,6	64,7	66,5	91,4	86,9	89,4
Prestazioni di rischio	31,4	35,3	33,5	8,6	13,1	10,6
Totale complessivo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: elaborazione RBM Salute - Censis su dati Previmedical

Le Fonti istitutive

- Sono di origine



- Contrattuale a livello aziendale, interaziendale o categoriale
- Professionale

- Possono essere



- Auto-assicurate
- In gestione convenzionata con Assicurazioni

Fiscalità: forme sanitarie individuali

Sono previste agevolazioni fiscali per la sottoscrizione di alcuni prodotti assicurati sanitari individuali:

- **Polizze di invalidità permanente:** i premi versati sono detraibili per il 19 % e per un massimo di 530 euro.
- **Polizze Long term:** i premi versati sono detraibili per il 19 % e per un massimo di 1.291,14 euro purché la copertura sia garantita per la vita intera e non sia prevista la facoltà di recesso per sinistro

Fiscalità: forme sanitarie individuali

Non sono previste agevolazioni fiscali sui premi versati per altre polizze sanitarie, ma l'assicurato può riportare le spese sostenute (con la dovuta documentazione) per malattia o infortunio nella propria dichiarazione dei redditi, anche se rimborsate dall'agenzia di assicurazione, e godere delle detrazioni di imposta previste per legge

La Vigilanza

Articolo 9, comma 9: la Vigilanza dei fondi

*“La vigilanza sull’attività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è disciplinata dall’articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Presso il **Ministero della sanità**, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l’anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato che quelli sottoposti a vigilanza regionale; l’osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, il cui funzionamento è disciplinato con il regolamento di cui al comma 8”.*

Le più comuni polizze accessorie nel settore del welfare complementare

Caratteristiche e pregi dello strumento assicurativo:

- le fonti normative e la disciplina generale del contratto di assicurazione
(Direttive UE, Codice Civile e D.Lgs. 209/2005)
- i soggetti che possono prestare l'assicurazione privata;
 - i destinatari
- le diverse esigenze di garanzia (infortuni, malattia, RC, gestione delle forme di assistenza sanitaria integrativa);
 - la funzione educativa e la creazione di cicli virtuosi.

Le assicurazioni a garanzia del rischio malattia e infortuni

Le cause dell'infortunio

Definizione di infortunio

Secondo la definizione più comune, l' infortunio viene definito come quell' evento “ *dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure un' inabilità temporanea*”

Le cause dell'infortunio

Causa Fortuita

La causa dell' infortunio deve essere fortuita, ovvero non voluta dall'assicurato.

Causa Violenta

La causa dell'infortunio deve essere violenta, intendendosi per tale la causa immediata e repentina (non necessariamente traumatica). Rapidità ed intensità in un brevissimo arco temporale. (CASS. 14119/2006)

Es. Infezione provocata da agenti batterici o virali

Causa Esterna

La causa deve consistere in agenti lesivi esterni all'organismo e non originarsi endemicamente.

**LA POLIZZA ASSICURATIVA
LONG TERM CARE**

Il tema della non autosufficienza ha assunto un rilievo tale da spingere il legislatore a metter mano alla normativa per incentivare il ricorso a forme di garanzia (fondi sanitari, previdenziali e assicurazioni individuali e collettive) che assicurano una copertura economica per fronte alla potenziale perdita della capacità di dar corso alle attività del vivere quotidiano

L'assicurazione privata LTC è un contratto che garantisce all'assicurato una tutela per il momento per l'ipotesi in cui la propria autosufficienza possa venire meno.

L'autosufficienza del soggetto è valutata avendo a riferimento le cc.dd. ADL (activities of daily living): per il riconoscimento dell'indennizzo i diversi contratti assicurativi prevedono che la non autosufficienza sia verificata facendo riferimento alle norme di legge o alla criteriologia elaborata dalla scienza medica.

A fronte del pagamento di un premio unico o periodico, l'assicurato – al verificarsi di una riduzione della propria autosufficienza – potrà ottenere un'indennità in forma di rendita ovvero potrà beneficiare di determinati servizi assistenziali offerti direttamente dalla compagnia o da una rete di cliniche, medici, personale convenzionato.

Questo tipo di copertura rientra nel ramo IV vita:

“l’assicurazione malattia e l’assicurazione contro il rischio di non autosufficienza che siano garantite mediante contratti di lunga durata, non rescindibili, per il rischio di invalidità grave dovuta a malattia o a infortunio o a longevità” (Cfr. art. 2 cap).

SI CONSIDERI l’impostazione seguita dall’Autorità di Vigilanza a proposito di altre assicurazioni della persona. Il pensiero corre all’assicurazione per le malattie gravi (*dread disease*) o alle coperture per la non autosufficienza (*long term care* -LTC), che il

Regolamento ISVAP n. 29 inserisce nel ramo vita o nel ramo danni a seconda dell’articolazione complessiva dell’operazione negoziale. **la garanzia LTC «quando la prestazione consiste nell’erogazione di una rendita» è classificata nel ramo vita IV mentre si inserisce nel ramo danni «quando la prestazione consiste nel risarcimento, totale o parziale, del costo per l’assistenza ovvero in una prestazione in natura, nei limiti del massimale assicurato».**

LA POLIZZA ASSICURATIVA DREAD DESEASE

(fonte: ANIA)

La polizza dread disease (DD) è una copertura (solitamente offerta in forma complementare ad una assicurazione vita) volta a garantire l'assicurato al possibile insorgere di una malattia particolarmente grave.

L'abbinamento più frequente è con una polizza caso morte, temporanea o a vita intera, o con una polizza mista.

Questo prodotto offre un sostegno economico in caso di una grave malattia alla quale normalmente conseguono ingenti costi per interventi chirurgici.

Ove insorga nell'assicurato una delle malattie previste nel contratto, l'assicuratore si impegna – a seconda della formulazione contrattuale - a pagare un anticipo sul capitale assicurato per il caso di morte o in aggiunta a quest'ultimo.

Le malattie gravi previste dalla copertura Dread Disease variano da contratto a contratto. Le più comuni sono: infarto del miocardio, cancro, patologie che comportano la necessità di un trapianto d'organo.

LA POLIZZA ASSICURATIVA PERMANENT HEALTH INSURANCE

(Fonte: A. Polotti di Zumaglia)

Si tratta di una forma assicurativa che “prevede la corresponsione di una rendita (di rata prestabilita nel contratto) per i periodi in cui, a causa di infortunio o malattia, l'assicurato risulta totalmente incapace di attendere alla propria professione e, quindi, non in grado di percepire reddito da lavoro.

Sono assicurabili con tale contratto solo coloro che risultino percettori di reddito da lavoro

Il contratto non è rescindibile ed è a durata pluriennale a premio annuo costante. Durata che, proprio in considerazione delle caratteristiche del contratto medesimo, non supera l'età pensionabile.

E' solitamente prevista la sospensione del pagamento dei premi nei periodi nei quali è corrisposta la rendita.