

affatto il problema e semmai rappresenta un primo, timido quanto necessario, passo. Non lo farà il mondo politico talmente convinto della necessità di mettere mano al sistema pensionistico del nostro Paese, che il precedente Governo ha fatto passare il decreto legislativo 252/05 e l'attuale ne ha accelerato l'entrata in vigore di un anno. E neanche i Sindacati che, dopo la legge 335/95 meglio conosciuta come riforma Dini e dopo l'introduzione del sistema contributivo, devono anche farsi perdonare di aver accettato la progressiva riduzione dei coefficienti, che si stanno lentamente allineando a quelli degli altri Paesi occidentali, ma che riducono le future pensioni su livelli considerati indecenti soltanto 15 anni fa. Un silenzio assordante, in cambio del quale, ottengono la prevista partecipazione ai Consigli di Amministrazione dei Fondi negoziali. Tantomeno banche, assicurazioni e sim, attente piuttosto a conquistare fette importanti di un mercato stimato in 100 milioni di euro l'anno, meglio se raccolto direttamente senza il contributo professionale dei loro intermediari, che non ad erogare un'informazione adeguata.

Se facciamo l'ipotesi che un lavoratore di età media versi in un Fondo il proprio Tfr, nella norma inferiore a 1.500,00 euro annuali, anche se comprensivo della quota integrativa, il capitale maturato dopo 25 anni si aggirerà intorno ai 50-60.000,00 euro e la rendita corrispondente di circa 300,00 euro al mese, naturalmente al lordo dell'inflazione.

Ovvero poco più di una miseria che non risolve il problema della previdenza complementare e non compensa neppure la perdita della liquidazione di fine rapporto. E se invece quello stesso lavoratore optasse per il ritiro dell'intero capitale a scadenza, ottenendo così i benefici fiscali previsti dalla legge, addio pensione integrativa.

In questo quadro di deludente distrazione generale, restano soltanto i promotori finanziari, ammesso che siano interessati al limitato profitto derivante da questo nuovo business e soprattutto gli agenti di assicurazione, coscienti del ruolo sociale che sono chiamati a ricoprire in questa fase storica caratterizzata dal crescente arretramento dello stato sociale, i quali sono abituati ad occuparsi di previdenza insieme ai loro clienti e intendono continuare a farlo, a dispetto dei margini di remunerazione che si sono drasticamente assottigliati rispetto al passato.

La "non-autosufficienza": un problema sociale che cresce in maniera esponenziale.

Come si muovono le istituzioni,
quale contributo può dare il mondo assicurativo

Maurizio Francesconi

Un'indagine dell'Istat di pochi anni fa citava, in sintesi, questi numeri:

Dal 1994 al 1999 la popolazione italiana è cresciuta dell'8% e nello stesso periodo il

numero dei disabili è aumentato del 4%. Un dato apparentemente confortante ma è sufficiente disaggregare l'informazione per avere subito conferma di un fenomeno che è sotto gli occhi di tutti: nello stesso periodo la popolazione di età superiore a 65 e 75 anni è aumentata, rispettivamente, del 12% e del 32% e nelle stesse fasce il numero dei disabili è aumentato, rispettivamente, del 12% e del 20%.

Due elementi coesistono: l'età media della popolazione è in aumento, la disabilità – quando arriva – si protrae sempre più nel tempo. Complici due fattori: il calo delle nascite e i progressi della medicina.

Sempre nella medesima indagine si legge: nel 2000 su una popolazione di circa 57.600.000 individui, i disabili risultavano essere circa 2.800.000 e di questi solo circa 170.000 risultavano essere ricoverati in strutture socio-sanitarie (*casa protetta, casa di riposo, lungodegenze, residenze sanitarie assistenziali, centri di riabilitazione, etc.*), i restanti 2.630.000 individui disabili risiedono in famiglia e una parte di questi rientrano in una condizione che la letteratura medica definisce di "confinamento individuale" e che tradotto in linguaggio corrente vuol dire: costrizione permanente a letto o su una sedia nella propria abitazione, per problemi fisici o psichici.

Quanto alle famiglie che si fanno carico di assistere questi 2.630.000 individui disabili, risulta che quasi l'80% di esse non è supportata in alcun modo da servizi pubblici domiciliari.

Il costo a carico delle famiglie per l'assistenza ai disabili è stato stimato nel 2006 pari a 6 mld di €.

Nel 2003 il Ministero del Lavoro scriveva in un suo documento, intitolato "Libro bianco del welfare", a proposito delle condizioni

dell'assistenza in Italia per coloro che presentano gravi limitazioni all'autonomia fisica e psichica: "... il sistema socio-sanitario non sembra ancora in grado di fornire dei servizi sanitari e sociali sufficienti, sebbene le misure a favore degli individui non autosufficienti siano urgenti ed improcrastinabili".

Nel 2005 la spesa sanitaria complessiva per la "non-autosufficienza" è stata pari all'1,6% del PIL e di questa i 2/3 viene erogata ad ultrasessantacinquenni.

L'Istat ha stimato per l'Italia, da qui al 2050, un fabbisogno integrativo di risorse maggiore rispetto alla media dei Paesi industrializzati e che rapportato al PIL va dal 3,55% nelle ipotesi migliori al 5,3% nelle ipotesi peggiori.

Per lo Stato, aumentare questo sforzo economico, vorrebbe dire aumentare la pressione fiscale o aumentare il costo del lavoro, entrambi ipotesi oggi difficilmente percorribili.

Ma fino a quando le famiglie potranno continuare a farsi carico di questo enorme peso? Non ci riferiamo solo all'aspetto della sostenibilità economica, importante ma non esclusivo; ci riferiamo anche ad un aspetto socio-culturale divenuto condizionante: negli ultimi quaranta anni la famiglia è passata dal modello esteso al modello mononucleare. Nella prima l'inabile poteva sempre trovare assistenza e supporto, nella seconda gli anziani si ritrovano da soli. Le donne sono fuori casa per lavoro ed i giovani per le stesse ragioni si spostano lontano dalla famiglia di origine.

Da una recente ricerca del Censis (Monitor Biomedico 2006) emerge che gli italiani di tutte le fasce di età dai 18 anni in su risultano più spaventati della non-autosufficienza che della solitudine o della morte (nell'ordine mediamente oltre il 40% contro il 16% e il 13%).

Questa è la conseguenza di una società che invecchia, che vede il diffondersi delle malattie invalidanti croniche e che, parallelamente, si trova con un sistema di servizi socio-sanitari incapace di affrontare il problema.

In questo contesto è sempre più urgente trovare strumenti nuovi e soluzioni originali per garantire assistenza; risposte più efficaci al problema della non-autosufficienza.

Prima di fare un accenno alle possibili soluzioni, diamo un rapido sguardo a ciò che è avvenuto all'estero ed a ciò che si è cercato di fare fin qui in casa nostra.

Germania

La prima legislazione completa in materia di non-autosufficienza risale al 1994. Nella prima fase è stata garantita la sola assistenza domiciliare; dal 1996 è stata introdotta l'assistenza presso case di cura. Nel 2003 l'assicurazione sociale seguiva oltre 2.000.000 di disabili di cui circa 1.400.000 a casa ed i restanti 600.000 in istituti di cura. Della prima categoria circa 1.000.000 erano assistiti da parenti ed i restanti 400.000 da oltre 200.000 operatori domiciliari. Della seconda categoria facevano parte circa 10.000 residenze assistenziali con oltre 500.000 dipendenti.

Le prestazioni sono offerte in danaro (indennità e rimborsi), ma soprattutto in servizi.

Questo complesso sistema ha cominciato a denunciare, a partire dal 1999, un serio deficit di bilancio (nel 2000 30 ml di €, saliti a 690 nel 2003 e 840 nel 2004).

Dal 2005 è stata introdotta la copertura assicurativa di Long Term Care (LTC) tramite un fondo pubblico di assistenza per i non-autosufficienti. Incaricati a gestire il fondo sono state le "Casse di Assistenza" enti autonomi di diritto pubblico senza fini di lucro dotati di autonomia gestionale e soggetti alla vigilanza

pubblica. Le Casse erogano principalmente assistenza sotto forma di servizi. Da febbraio di quest'anno, con apposita riforma, sono state agevolate anche le coperture assicurative private. In Germania le assicurazioni erogano principalmente prestazioni sotto forma di rimborsi dei costi sostenuti dal disabile o dalla sua famiglia.

Regno Unito

Fino al 1993 la Long Term Care era prestata più o meno gratuitamente, in funzione delle disponibilità economiche del disabile ed erogata attraverso servizi forniti dal Sistema Sanitario Nazionale. Le risorse finanziarie erano reperite attraverso la fiscalità generale.

Dal 1993 i servizi sono passati di competenza delle Autorità locali ed erogati dalle stesse o da privati sulla base di accordi con queste stipulati. Per il reperimento dei fondi, alla fiscalità generale si sono aggiunte tasse locali con contribuzione crescente in base al reddito. Dal 1999, al fine di porre rimedio anche qui al deficit di bilancio, sono stati introdotti alcuni correttivi. Innanzitutto è stato ribadito che: *"...la non-autosufficienza va intesa come un rischio della vita umana, quale ad esempio l'attacco cardiaco o l'insorgenza di una malattia tumorale..."*

Quindi le voci di spesa inerenti la LTC sono state distinte in tre tipologie: normali, alberghiere e di assistenza/cura. Solo queste ultime, si decise, sarebbero restate a carico del sistema sanitario mentre delle prime se ne sarebbero dovuto far carico, in funzione della propria capacità economica, i richiedenti.

E' stata quindi introdotta una sorta di co-finanziamento, aprendo in questo modo la strada a specifiche forme coperture assicurative; coperture agevolate anche attraverso il meccanismo della detrazione fiscale dei premi versati.

Francia

In questo paese la normativa che introduce prestazioni specifiche a carico dello Stato ed a favore di soggetti –over 60 anni- non autosufficienti è del 1997.

Beneficiari di questa norma sono i soggetti appartenenti alle fasce più povere della popolazione.

I benefici forniti dallo Stato in favore del disabile sono inversamente proporzionali al reddito e direttamente rapportati ai gradi di invalidità. Le prestazioni a carico dello Stato si traducono nell'erogazione di una indennità forfetaria ricorrente. L'importo è più elevato nel caso in cui l'assistenza al disabile venga prestata in famiglia anziché in casa di cura.

I beneficiari del servizio pubblico erano nel 2004 circa 900.000 per una spesa di esercizio pari a circa 3,65 mld di €.

La Francia costituisce da anni il principale mercato di assicurazione privata per la copertura LTC non obbligatoria. E' un mercato che sta crescendo a ritmi del 15-20% annui. I soggetti assicurati sono oltre 2,5 ml, distribuiti tra polizze collettive ed individuali. I Prodotti più recenti, oltre alle solite garanzie indirette che si traducono in rimborso delle spese sostenute per l'assistenza, si caratterizzano per gli elevati contenuti in forma di servizi socio-sanitari prestati attraverso strutture convenzionate con le imprese assicurative.

Uno spazio interessante in questo ambito è riuscito in Francia a ricavarcelo la bancassurance (ved. ad esempio Assurance Dependance di Credit Agricole/Predica).

Il problema della non-autosufficienza in Italia.

L'Italia, ancor più di altri paesi industrializzati complice una maggiore denatalità ed un più elevato indice della vita media, dovrà confrontarsi nei prossimi anni con un tasso superiore di popolazione anziana e quindi con una incidenza maggiore di soggetti disabili.

Le misure fin qui adottate per fronteggiare il problema non appaiono adeguate allo scopo, né lo stato attuale del confronto "politico" sull'argomento –invero molto intenso negli ultimi cinque anni- lascia prevedere una soluzione in tempi rapidi.

Come abbiamo detto sopra, in Italia le persone che versano in uno stato di non-autosufficienza sono oltre 2,8 ml.

In Italia, sul piano normativo, un primo approccio al problema si è avuto nel 2000 con la pubblicazione della "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sanitari" (L.328/2000). In questo ambito fu stabilito che lo Stato avrebbe legiferato in merito alla "determinazione dei livelli essenziali per prestazioni (da garantire su tutto il territorio nazionale) concernenti i diritti civili e sociali" ed avrebbe provveduto alla costituzione di un fondo ad hoc.

In realtà fin qui poco è stato fatto: non si sono definiti i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (i cd LIVEAS) in analogia con quanto è già avvenuto per Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria, in base ai quali decidere quali aiuti sociali ed assistenziali debbono essere garantiti a spese dello Stato e quali debbono restare in carico ai singoli, né è stata data adeguata copertura finanziaria al previsto fondo. Nel 2002, a fronte di una spesa di oltre 6,5 mld di € (che comprendeva la cd *indennità di accompagnamento*) e su un fabbisogno stimato di circa 15 mld, la dotazione del fondo era di appena 0,5 mld di €.

Attualmente sono otto le proposte di legge al vaglio della commissione Affari Sociali di Montecitorio. Tutte queste proposte sono incentrate sulla necessità che venga istituito un "fondo obbligatorio per l'assistenza degli anziani non autosufficienti" destinato a ricevere le risorse economiche da mettere a

disposizione dei soggetti che saranno chiamati ad erogare i vari servizi socio-assistenziali. Le varie proposte si differenziano tra loro sulle modalità di reperimento delle "provviste": una nuova imposta addizionale in aggiunta alle risorse già oggi destinate alle indennità di accompagnamento; oppure l'introduzione di una nuova assicurazione sociale obbligatoria; oppure un contributo aggiuntivo a carico dei titolari della tessera sanitaria; oppure l'utilizzo di una quota del gettito dell'8 per mille e di contributi privati; oppure stanziamenti obbligatori a carico di Stato, province ed enti locali; oppure una quota da prelevare della somma accantonata per il TFR.

A queste vanno aggiunte altre iniziative, alcune in dirittura di arrivo, messe in atto da diverse Regioni (tra queste Lazio, Liguria, Emilia Romagna) in collaborazione con l'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR). Ricordiamo che in questo ambito le Regioni godono di una certa autonomia decisionale: possono predisporre fondi ad hoc e gestiscono specifici servizi assistenziali, domiciliari e residenziali.

Quali soluzioni innovative si possono ipotizzare.

L'esperienza maturata all'estero potrebbe aiutarci a trovare le soluzioni più idonee, economicamente compatibili con lo stato attuale della finanza pubblica e soprattutto sostenibili con il trend di crescita di questa voce di spesa per gli anni a venire.

Soluzioni che vedano il pubblico supportato dal privato; soluzioni che in analogia a ciò che è stato fatto recentemente per la previdenza, vedano lo Stato dettare le regole affinché anche altri soggetti (soggetti giuridici collettivi di diritto privatistico, organizzazioni di categoria, imprese assicurative, etc.) possano concorrere alla soluzione del problema.

Molto interessante in questo senso una proposta dell'Isvap, contenuta in una recente e approfondita ricerca curata insieme al Censis: *l'avvio di un comparto particolare che veda la nascita di una assicurazione collettiva finalizzata a garantire l'assistenza per i non autosufficienti.*

La soluzione ideale sarebbe una copertura obbligatoria, ma essendo questa ipotesi per il momento non percorribile, occorrerebbe trovare soluzioni alternative che potessero portare ad analoghi risultati. L'obiettivo è quello di poter disporre di una ampia platea di soggetti assicurati affinché, in base ai principi della mutualità, si possano avere tariffe contenute. Polizze integrative delle prestazioni di base offerte dal sistema sanitario (cd LIVEAS), a basso impatto economico per il singolo cittadino ma -per il conseguente contenimento della spesa pubblica- con alto beneficio per le finanze statali.

Una polizza collettiva che veda coinvolte le parti sociali ed abbia come soggetti aderenti/beneficiari tutti i lavoratori dipendenti ed i lavoratori autonomi. Nel caso dei primi, con garanzie previste nell'ambito dei diversi CCNL e nel caso dei secondi, con contratti stipulati ad hoc per il tramite delle associazioni professionali di appartenenza. In entrambi i casi con la non assoggettabilità agli oneri contributivi e/o la deduzione dei premi pagati dal reddito imponibile.

In aggiunta a tutto ciò non si trascura anche la previsione di specifici prodotti assicurativi proposti dalle Imprese che intendono entrare nel business. Polizze sottoscrivibili singolarmente ed anche qui agevolate attraverso la detrazione fiscale dei premi pagati.

Nei fatti una sorta di "terzo pilastro" caratterizzato da un mix di interventi tra pubblico e privato.

Naturalmente per competere in questo scenario (da futuro prossimo si spera) le imprese di assicurazione avranno necessità di mettere a punto proposte nuove; diverse dalle tradizionali, più attinenti ai particolari bisogni che andranno a tutelare. Non solo prestazioni sotto forma di rendite da erogare a titolo di sostegno per il medio e lungo periodo, non solo garanzie offerte in forma rimborsale ma anche, e soprattutto, coperture assicurative con una significativa componente di servizi finalizzati a soddisfare future esigenze di cura, di assistenza, di riabilitazione del soggetto che cade in uno stato di non-autosufficienza.

Servizi erogati per il tramite di strutture specialistiche convenzionate, in analogia con quanto già avviene nelle tradizionali coperture Malattia, oppure –seguendo un modello innovativo- servizi prestati più o meno direttamente.

Come già avviene all'estero (la Francia ne è stata il precursore) anche in Italia si cominciano a vedere imprese assicurative che entrano direttamente nel business dei servizi integrati collegati al mondo dell'assistenza, acquisendo ad esempio quote in società che già operano in questo settore.

CONVEGNO ANNUALE AMCA

15 OTTOBRE 2007

LE INNOVAZIONI E I NUOVI SCENARI
DELLA DISTRIBUZIONE ASSICURATIVA

BUONE VACANZE A TUTTI

E

ARRIVEDERCI A SETTEMBRE