

**“Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti.
Prospettive, risorse e gradualità degli interventi”
Progetto promosso dal Ministero del Welfare**

*Ente responsabile: Istituto per la Ricerca Sociale (IRS)
Coordinatore: Cristiano Gori*

Capitolo 14

Le assicurazioni integrative*

di

Vincenzo Rebba

Dipartimento di Scienze economiche – Università di Padova

Luglio 2010

* Un ringraziamento particolare, per l’elaborazione dei dati relativi agli Scenari di sviluppo delle assicurazioni Ltc integrative contenuti nel paragrafo 3, va ad Emanuele Ciani del Centro Analisi delle Politiche Pubbliche dell’Università di Modena e Reggio-Emilia.

1. Introduzione

L'assicurazione Long-term care (d'ora in poi assicurazione Ltc) provvede a garantire assistenza e/o risorse adeguate nel caso di perdita dell'autosufficienza derivante da evento casuale (infortunio o malattia) o dal decadimento delle funzionalità personali determinato dal processo di invecchiamento. L'assicurazione Ltc si può configurare come polizza autonoma (*stand alone*), oppure come complementare di un'assicurazione principale sulla vita o di malattia o, ancora, come accessoria a forme di previdenza complementare individuali o collettive secondo un piano di accumulo. Può poi essere in forma di polizza individuale, oppure di polizza collettiva acquistata da un datore di lavoro a favore dei propri dipendenti, oppure può essere veicolata attraverso Casse sanitarie e assistenziali e Fondi pensione (fondi chiusi e aperti e Pip).

Sotto il profilo delle prestazioni erogate, si sono sviluppati due diversi modelli di assicurazione Ltc: il modello risarcitorio (tipico del mercato statunitense, in cui vengono rimborsati i costi delle prestazioni assistenziali anche nel caso di perdita temporanea dell'autosufficienza) e quello indennitario (tipico del mercato francese, in cui si prevede tipicamente la corresponsione di una rendita vitalizia a fronte di uno stato irreversibile di non autosufficienza). Il secondo modello, di più facile comprensione e maggiormente adattabile alle esigenze dell'assicurato, tende ad affermarsi maggiormente ed è il modello a cui fanno riferimento anche le assicurazioni Ltc che sono state proposte in Italia.

Il diritto alla prestazione scaturisce generalmente a seguito di accertamento della impossibilità di svolgere in modo autonomo una o più attività elementari della vita quotidiana (Adl – *Activities of daily living*), secondo opportuni schemi di punteggio che definiscono il legame tra perdita di autonomia e livello di beneficio da erogare. Le Adl maggiormente riconosciute per l'accertamento dello stato di non autosufficienza sono sei: lavarsi; vestirsi e svestirsi; usare i servizi igienici; trasferirsi dal letto alla poltrona e viceversa; continenza; alimentarsi. La condizione di non autosufficienza viene in genere riconosciuta a fronte della mancanza di tre Adl su cinque o di quattro Adl su sei. Molte compagnie assicurative estendono la copertura anche ai casi di non autosufficienza derivanti da malattia di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, qualora queste provochino l'incapacità a svolgere il numero minimo di Adl previsto.

In linea di principio, si ritiene che il risparmio assicurativo, attraverso una polizza Ltc, consenta di coprire con maggiore efficacia il rischio di non autosufficienza rispetto all'accumulo del risparmio individuale in quanto il *pooling* dei rischi che si viene a realizzare consente una redistribuzione ex post tra chi avrà effettivamente bisogno di assistenza continuativa e chi non ne avrà necessità. Tuttavia, per una serie di motivi – che sono stati esaminati in un lavoro precedente (Rebba, 2006) e che verranno brevemente richiamati nel paragrafo 2.1 – il ricorso alla sola assicurazione Ltc di tipo volontario per la copertura completa del rischio di non autosufficienza non rappresenta una soluzione adeguata né sotto il profilo dell'efficienza, né sotto quello dell'equità. Ciò non significa, tuttavia, che l'assicurazione privata Ltc non possa offrire un'utile copertura integrativa rispetto ad un intervento pubblico che in genere riesce a garantire una protezione solo parziale dagli elevati rischi finanziari che si determinano in caso di perdita dell'autosufficienza.

Il presente capitolo intende esaminare il possibile ruolo dell'assicurazione Ltc di tipo integrativo nell'ambito del complessivo sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti che si può prefigurare per l'Italia. A tale scopo, nel paragrafo 2 verranno esaminate

le principali criticità dell'assicurazione privata Ltc, considerando sia quelle di carattere generale, sia quelle relative al contesto italiano.

Nel paragrafo 3, verranno poi esaminati alcuni possibili scenari di sviluppo dell'assicurazione Ltc di tipo integrativo in Italia. Da ultimo, nel paragrafo 4, verranno formulate alcune brevi considerazioni conclusive.

2. Le criticità dell'assicurazione *Long-term care*

2.1. Criticità generali

2.1.1 Problemi di efficienza e di equità

La copertura dei rischi finanziari associati alla non autosufficienza mediante il ricorso esclusivo all'assicurazione privata Ltc viene generalmente considerato impraticabile sia perché appare inefficiente sotto il profilo allocativo, sia perché presenta rilevanti problemi di equità (Rebba, 2006).

I problemi di efficienza sono legati alla *incompletezza contrattuale* delle coperture assicurative Ltc (che spingono le assicurazioni Ltc a riassicurarsi e a fissare caricamenti di sicurezza sui premi piuttosto elevati, riducendo la convenienza alla sottoscrizione), e ai fenomeni di *selezione avversa* e di *rischio morale* che traggono origine dall'esistenza di asimmetrie informative tra assicurazioni e persone che decidono di assicurarsi.

La *selezione avversa* è legata alla tendenza a un'eccessiva concentrazione di persone con elevata rischiosità nel pool degli assicurati, che spinge l'assicurazione a selezionare i "buoni rischi" (*cream skimming*) in vari modi: escludendo dalla copertura le persone con rischio di non autosufficienza elevato (anziani, disabili, con malattie pregresse, ecc.); prevedendo periodi di carenza per la durata dei quali la copertura non è ancora attiva; offrendo contratti differenziati rispetto alle condizioni di assicurabilità e ai premi (ad esempio, premi più elevati per le donne che presentano rischio maggiore di non autosufficienza in età anziana).

Il fenomeno del *rischio morale* è invece legato all'incentivo per i familiari dell'assicurato a ridurre il proprio impegno diretto nell'assistenza e a formulare una domanda di servizi di Ltc coperti dall'assicurazione che non si sarebbe altrimenti manifestata (o si sarebbe manifestata più tardi). Per contrastare questo fenomeno le assicurazioni sono portate ad adottare misure quali: la definizione di criteri restrittivi di accertamento dello stato di non autosufficienza (ad esempio, prevedere un numero molto elevato di Adl mancanti); l'erogazione di benefici per l'assicurato sotto forma di indennità fisse o di assistenza diretta presso centri convenzionati, in luogo del rimborso delle prestazioni; l'introduzione di forme di compartecipazione alla spesa (franchigie, rimborsi parziali, massimali) quando l'assicurazione preveda il rimborso delle prestazioni di Ltc; l'aumento progressivo dei premi nel tempo. In definitiva, i fenomeni di selezione avversa e di rischio morale conducono ad una sotto-assicurazione della popolazione e determinano quindi problemi di efficienza allocativa, oltre evidentemente a creare effetti negativi in termini di equità (vedi infra).

Sul piano dell'equità, si osserva che le polizze Ltc private comportano l'esclusione o la limitazione della copertura del rischio proprio delle persone più bisognose di tutela. Ad esempio,

chi si trova già in condizione di non autosufficienza, chi ha patologie invalidanti o disabilità e le persone anziane al di sopra dei 70-75 anni vengono esclusi o sono soggetti a premi elevatissimi. Inoltre, le donne, con maggiore speranza di vita, sono chiamate a pagare premi molto più elevati rispetto agli uomini. E' ovvio, poi, che vi è la pratica impossibilità di copertura per le persone che non dispongano di adeguata capacità di pagare i premi assicurativi proposti sul mercato. Una copertura del rischio di non autosufficienza realizzata con la sola assicurazione Ltc volontaria determinerebbe quindi delle discriminazioni inaccettabili sul piano etico.

2.1.2 Come superare alcune criticità generali

Alcuni dei problemi di efficienza e di equità appena esaminati possono essere superati, almeno in parte, attraverso opportune modulazioni dell'assicurazione Ltc privata.

In primo luogo, alcune delle problematiche appena esaminate possono essere limitate (anche se non eliminate) attraverso il ricorso a polizze collettive che consentono una riduzione delle problematiche legate alla selezione avversa e sono caratterizzate da minori costi amministrativi e di gestione rispetto alle polizze individuali. La polizza collettiva Ltc può essere acquistata da un datore di lavoro o da un gruppo di imprese a favore dei propri dipendenti e rende più accessibile la sottoscrizione in quanto prevede l'applicazione di un premio medio (pagato totalmente o parzialmente dal datore di lavoro) basato sull'equilibrio attuariale per collettivi. La copertura Ltc a livello collettivo può essere ottenuta anche utilizzando altri veicoli quali i fondi previdenziali e i fondi sanitari, che possono consentire una solidarietà tra assicurati riducendo i fenomeni di discriminazione e di selezione dei rischi.

Un'altra possibilità potrebbe essere quella di prevedere per legge una copertura assicurativa Ltc automatica o obbligatoria per un'ampia fascia della popolazione in età adulta. In questo caso, si è già argomentato (Rebba, 2006), che il superamento (o meglio la limitazione) dei problemi di efficienza e di equità richiederebbe comunque un intervento pubblico molto ampio, allo scopo di garantire la copertura dei meno abbienti e delle persone già non autosufficienti, nonché al fine di limitare il *cream skinning* da parte degli assicuratori privati. Non vanno inoltre trascurate le problematiche di fattibilità istituzionale di una soluzione di questo tipo, essendo opportuno tener conto del modello esistente di finanziamento della spesa sociale e sanitaria.

2.1.3 L'assicurazione Ltc integrativa

In base alla precedente discussione, non sembra che la copertura del rischio di non autosufficienza possa fondarsi unicamente sull'assicurazione privata Ltc. L'assicurazione privata potrebbe però offrire un'utile copertura integrativa dell'intervento pubblico. La tutela pubblica di base potrebbe, quindi, essere opportunamente integrata da un'assicurazione privata Ltc per la copertura dei rischi finanziari residui relativi ai costi che rimangono a carico della persona non autosufficiente o dei suoi familiari quali, ad esempio: le compartecipazioni al costo di servizi di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare rientranti nei livelli essenziali di assistenza (assicurazione Ltc complementare) oppure i costi delle prestazioni aggiuntive non rientranti nei livelli essenziali di assistenza (assicurazione Ltc supplementare).

La più ampia copertura del rischio di non autosufficienza che verrebbe garantita dalle assicurazioni integrative in uno schema misto pubblico-privato potrebbe conseguire due risultati rilevanti. Da un lato, potrebbe aumentare il livello di efficienza allocativa del sistema, consentendo un più efficiente utilizzo delle risorse private. Dall'altro, riducendo il ricorso ai pagamenti *out of pocket*, e quindi limitando i rischi finanziari delle famiglie, potrebbe migliorare l'equità nel finanziamento dei servizi di Ltc, soprattutto se l'assicurazione integrativa risulta accessibile ad un'ampia quota della popolazione non adeguatamente coperta dallo schema pubblico di base.

Non è però automatico che l'assicurazione integrativa riduca o mantenga inalterate le disparità di accesso ai servizi Ltc legate alle condizioni socio-economiche. Alcune utili indicazioni a questo riguardo possono essere tratte dalle analisi empiriche dei mercati delle polizze sanitarie integrative che evidenziano come tali coperture vengano richieste soprattutto dalle persone con più elevato livello di istruzione e con più elevate capacità economiche, senza peraltro determinare una riduzione delle spese *out of pocket* dei sottoscrittori (Paccagnella et al., 2008). Sembra quindi che le assicurazioni sanitarie integrative non abbiano migliorato ma, in alcuni casi, abbiano addirittura peggiorato il livello di equità di accesso ai servizi socio-sanitari (Mossialos e Thomson, 2004).

Esistono molte meno evidenze empiriche per quanto riguarda le assicurazioni Ltc di tipo integrativo. Tuttavia, una recente analisi svolta con riferimento alla Francia (Courbage e Roudaut, 2008) evidenzia come la domanda di polizze Ltc integrative venga formulata non tanto dalle persone con livello di reddito molto basso (già adeguatamente protette dalla copertura pubblica) o molto alto (che considerano poco rilevanti i rischi finanziari connessi alla non autosufficienza) quanto dalle persone con reddito medio che sono molto interessate a proteggere la propria famiglia dai rischi di perdita del patrimonio e che vogliono tutelare in qualche modo i propri figli rispetto al peso dell'assistenza informale. Sulla base dell'analisi di Courbage e Roudaut sembrerebbe quindi che, in presenza di un'adequata protezione pubblica di base per le persone con bassi livelli di reddito (come nel caso francese), l'assicurazione integrativa Ltc presenti minori problemi di equità rispetto alle assicurazioni sanitarie integrative.

Le evidenze emergenti dalle analisi empiriche, anche se si riferiscono in molti casi a un diverso tipo di copertura integrativa, suggeriscono che, se si intende puntare sulle assicurazioni integrative Ltc, appare essenziale promuovere schemi assicurativi che non riducano il grado di equità nell'accesso ai servizi e che non determinino esternalità negative sul bilancio pubblico. Sotto questo profilo, appaiono sicuramente da privilegiare le polizze collettive rispetto a quelle individuali e le coperture integrative per le partecipazioni ai costi dei servizi a domanda più rigida (ad esempio, i costi delle rette sociali a carico degli ospiti di una Rsa).

2.2 Caratteri e criticità del mercato italiano

2.2.1 Le assicurazioni Ltc in Italia

Normativa e tipologie assicurative. In Italia, le assicurazioni Ltc sono regolamentate dal decreto del Ministero delle Finanze del 22 dicembre 2000 (intitolato *Assicurazioni per il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana*) che definisce gli elementi fondamentali che devono caratterizzare i contratti assicurativi contro il rischio di perdita dell'autosufficienza per poter beneficiare della detrazione d'imposta prevista dalla normativa fiscale

(si veda al riguardo il successivo paragrafo 2.2.2).¹

In base all'articolo 2 del decreto, le coperture per il rischio di non autosufficienza possono essere stipulate sia nell'ambito dell'assicurazione vita che nell'ambito dell'assicurazione danni.²

Inoltre, lo stesso art. 2, comma 2, specifica che le coperture che assicurano il rischio di non autosufficienza possono essere offerte in via autonoma oppure in abbinamento ad altre coperture assicurative (assicurazioni vita o assicurazioni malattia) o, ancora, in abbinamento alle forme di previdenza complementare individuale o collettiva di cui al D.Lgs. 124/1993. In ogni caso, per poter beneficiare delle agevolazioni fiscali, le polizze devono prevedere che la compagnia assicurativa non abbia facoltà di recesso dal contratto. L'impresa assicuratrice ha comunque la facoltà di variare, a intervalli non inferiori a cinque anni, il premio in base all'evoluzione dell'esperienza statistica riferita alla collettività.

Le polizze Ltc che rientrano nell'ambito delle assicurazioni sulla vita prevedono un accumulo di capitale, con premi calcolati per la durata contrattuale e differenziati a seconda di specifici parametri di rischio (età, sesso, malattie pregresse, ecc.). Per tali polizze la prestazione è rappresentata da una rendita (vitalizia o temporanea; immediata o differita) oppure dall'erogazione di un capitale in unica soluzione. Inoltre, se si tratta di polizza individuale, il contratto deve prevedere la copertura del rischio per l'intera vita dell'assicurato mentre, nel caso di polizza collettiva stipulata dal datore di lavoro, il contratto deve prevedere la copertura del rischio almeno per tutta la durata del rapporto di lavoro dell'assicurato.

Le polizze Ltc che rientrano nell'ambito delle assicurazioni danni sono polizze malattia di puro rischio a ripartizione per le quali il rischio è coperto esclusivamente nell'anno (o negli anni) in cui viene versato il premio. Tali polizze realizzano l'equilibrio tra premi e prestazioni su base pluriennale ma senza prevedere la capitalizzazione dei premi, per cui possono coprire anche i casi di disabilità in età giovanile. Anche in questo caso, i premi sono differenziati a seconda dei parametri di rischio dell'assicurato mentre per limitare i rischi di squilibrio finanziario, che caratterizzano questo tipo di polizze, vengono adottate alcune misure quali la creazione di riserve tecniche di senescenza e la previsione di limitazioni alla copertura. Per questa seconda tipologia assicurativa, il decreto ministeriale 22/12/2000 ha inoltre stabilito che il contratto risponda ai seguenti requisiti specifici: 1) una durata di dieci anni; 2) l'obbligo per la compagnia di rinnovare il contratto alla scadenza di ogni decennio; 3) una copertura assicurativa almeno per tutta la durata del rapporto di lavoro dell'assicurato, nel caso in cui tale contratto venga stipulato dal datore di lavoro nella forma di polizza collettiva; 4) un beneficio rappresentato dalla corresponsione di una somma a titolo di risarcimento, totale o parziale, delle spese di assistenza oppure da una prestazione in natura (in

¹ Secondo l'articolo 1 del decreto, lo stato di non autosufficienza si considera realizzato in caso di incapacità di svolgere in modo autonomo, anche solo in parte, uno o più tra i seguenti cinque atti della vita quotidiana (Adl): "l'assunzione degli alimenti, l'espletamento delle funzioni fisiologiche e dell'igiene personale, la deambulazione, l'indossare gli indumenti". Inoltre, "si considera non autosufficiente anche il soggetto che necessita di sorveglianza continuativa".

² I contratti assicurativi vita rientrano nell'ambito del ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana) o nel ramo IV (assicurazioni malattia di lungo periodo) mentre i contratti danni sono inquadrati nell'ambito del ramo malattia. Non si considera qui la questione, molto dibattuta, circa la necessità di trovare una collocazione più appropriata delle assicurazioni Ltc all'interno dell'ordinamento giuridico, prevedendo, in analogia con altri paesi europei, la categoria delle coperture assicurative contro i danni alla persona, a metà strada tra assicurazione vita e assicurazione danni. Su questo tema si rimanda a Faregna (2001), Buccelli e Sirignano (2001), Pitacco (2002) e Petrone (2003).

genere assistenza diretta gratuita presso centri convenzionati); l'esclusione della facoltà di recesso da parte dell'impresa di assicurazione.

I due tipi di coperture Ltc presentano caratteristiche molto diverse. La tipologia vita od ad accumulo richiede che l'assicurato abbia il tempo di costituirsi un proprio capitale e quindi, se non vuole pagare un premio estremamente elevato, deve cominciare a risparmiare in età non avanzata (ad esempio, entro i 45 anni, secondo le simulazioni effettuate da Isvap, 2001). Le polizze nell'ambito malattia operano invece in base al concetto di mutualità fra i vari assicurati, prescindendo dall'accumulo nel tempo. Esse presentano quindi premi più contenuti e appaiono più adatte ad un pubblico di età medio-elevata.

Il mercato italiano delle assicurazioni Ltc. Il mercato assicurativo Ltc italiano è piuttosto giovane (la prima polizza Ltc è del 1997) e di dimensioni ridotte rispetto ai principali mercati europei. I pochi studi esistenti (BNL/Centro Einaudi, 2002; Brau et al., 2003 e 2004; Censis, 2006) rilevano una domanda di assicurazione Ltc piuttosto limitata: più elevata nel Nord e per livelli più elevati di reddito familiare. Nel 2008, il totale dei premi raccolti, per polizze collettive e individuali, è stato stimato dall'ANIA in circa 50 milioni di euro³, a fronte degli oltre 350 milioni della Francia.⁴

Benché attualmente sia di dimensioni piuttosto ridotte, il mercato italiano è tuttavia in fase di espansione. La maggior parte delle posizioni assicurative assume la forma di convenzioni collettive in favore di particolari categorie di lavoratori, mentre sono meno diffuse le polizze individuali. L'offerta complessiva al 2009 è stimabile in un numero complessivo di circa 335.000 posizioni assicurative, suddivise tra circa 15.000 coperture individuali e 320.000 coperture collettive (le seconde intermedie principalmente da enti di assistenza e casse sanitarie), corrispondenti ad un monte premi totale valutabile in circa 59,7 milioni di euro.⁵

Le polizze individuali sono offerte da 17 compagnie: 11 compagnie propongono polizze Ltc autonome (*stand alone*) e solo due di queste sono del tipo assicurazioni malattia del ramo danni mentre tutte le altre rientrano nel ramo vita; 6 compagnie propongono la copertura Ltc in abbinamento con altre forme assicurative sulla vita.⁶ Sempre nell'ambito delle coperture individuali, 9 fondi pensione aperti (di cui 5 offerti dallo stesso promotore) e 4 Piani individuali pensionistici (Pip) (di cui 3 offerti dalla stessa compagnia) propongono una prestazione accessoria

³ La stima per il 2008 è stata indicata da Roberto Manzato, direttore Danni non auto e Vita dell'Ania. Si vedano al riguardo Dell'Oste (2008), Giuro e Valentini (2008) e Castellarin e Valentini (2008).

⁴ Il più grande mercato delle assicurazioni private Ltc è quello statunitense (con circa 8 milioni di polizze) seguito da quello francese (3 milioni di assicurati). Meno sviluppato appare invece il mercato tedesco, con circa un milione di polizze private di tipo volontario (in prevalenza polizze malattia). Vi sono poi alcuni mercati emergenti: Canada, Singapore, Belgio e Spagna (Taleyson, 2003; Le Corre, 2008; Guillen e Pinquet, 2008; Stevenson et al., 2010). La Francia rappresenta il più grande mercato europeo e si è molto sviluppato nel periodo 2000-2006, in seguito a un ampio dibattito e a un'efficace campagna di stampa che hanno fatto crescere la consapevolezza dell'opinione pubblica rispetto ai rischi legati alla non autosufficienza, in concomitanza con l'introduzione nel 2002 dell'APA (*Allocation Personnalisée d'Autonomie*) cioè lo schema pubblico base di assistenza diretta alle persone anziane non autosufficienti. Per maggiori dettagli sul caso francese si rinvia a Le Corre (2008) e Courbage e Roudaut (2008).

⁵ La stima comprende le polizze vita del ramo IV (assicurazioni di malattia di lungo termine) e del ramo I (assicurazioni sulla durata della vita umana), che garantiscono rendita vitalizia in caso di Ltc, sia le polizze malattia del ramo danni. Dai dati ufficiali (ANIA, 2008 e 2009) non è possibile tuttavia effettuare una precisa distinzione della raccolta premi per le diverse tipologie di polizze.

⁶ I dati relativi alle polizze Ltc individuali sono stati tratti inizialmente dall'indagine svolta dal CERAP nel 2003 (Paci, 2003; Andorno, 2003) e sono stati poi aggiornati con ulteriori rilevazioni desunte da diverse fonti (Giuro e Valentini, 2008; Castellarin e Valentini, 2009).

Ltc, acquisibile in genere fino all'età di pensionamento, in base alla quale si ottiene una rendita vitalizia supplementare in caso di non autosufficienza.⁷

Nel caso delle polizze del ramo vita, largamente prevalenti all'interno delle assicurazioni Ltc di tipo individuale, la prestazione erogata è rappresentata quasi sempre da una rendita vitalizia rivalutabile erogata con periodicità mensile, mentre le polizze malattia di puro rischio prevedono la corresponsione di una indennità forfetaria a risarcimento delle spese sostenute, entro un dato massimale, oppure la possibilità di rimborso spese o di fruizione di servizi Ltc presso centri convenzionati. Le prestazioni garantite dalle polizze Ltc variano a seconda del premio pagato che dipende, a sua volta, dall'età dell'assicurato, dal sesso (premi più elevati per le donne) e dalla durata della garanzia.⁸ Nella maggior parte dei casi, tuttavia, la rendita mensile si colloca in un intervallo tra 500 e 1.500 euro.

Circa le modalità di accertamento della non autosufficienza, si osserva che le compagnie utilizzano sistemi di valutazione piuttosto diversificati, anche se la quasi totalità delle polizze richiede la perdita di tre Adl su cinque oppure di quattro Adl su sei; inoltre, la maggior parte delle compagnie estende la copertura anche ai casi di non autosufficienza derivanti da morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, qualora queste provochino l'incapacità a svolgere il numero minimo di Adl previsto. I diversi contratti esistenti si differenziano molto per quanto concerne altri aspetti cruciali ai fini dell'operatività della garanzia: le cause di esclusione (patologie preesistenti che possono causare non autosufficienza non previste nella copertura); il periodo di carenza (periodo di osservazione della condizione di salute dell'assicurato durante il quale non opera la garanzia); il periodo di franchigia (periodo che intercorre tra la data di denuncia della sopravvenuta non autosufficienza e la data di erogazione della prestazione); i tempi di esecuzione dell'accertamento; l'addebito eventuale all'assicurato delle spese di accertamento; il periodo entro cui il cliente paga il premio; la durata della garanzia (a vita intera o entro un dato limite temporale); la possibilità di ottenere una rendita ridotta anche in caso di interruzione del pagamento del premio prima della scadenza prevista.⁹ In alcuni contratti il momento e le modalità di attivazione delle garanzie non appaiono chiaramente definiti e ciò contribuisce a rendere meno trasparenti le coperture offerte.

La maggior parte della raccolta assicurativa è però rappresentata dalle coperture collettive, in molti casi legate a importanti contratti integrativi di lavoro, che sono attualmente stimabili in circa 320.000 posizioni assicurative. Si sta infatti manifestando un apprezzabile sviluppo delle coperture collettive legate alla contrattazione collettiva a livello aziendale o di settore, che appare destinato a rafforzarsi ulteriormente nei prossimi anni.¹⁰ Le coperture Ltc collettive più importanti sono state attivate in concomitanza con i rinnovi dei contratti nazionali del personale dipendente delle imprese assicurative e del settore del credito.

⁷ Per quanto riguarda la copertura del rischio di non autosufficienza nei fondi pensione, si vedano Levantesi (2008) e Giuro (2008).

⁸ Ad esempio, per una garanzia Ltc del ramo vita che copre una rendita vitalizia mensile di 1.000 euro, il premio annuo da pagare fino a 65 anni di età per un uomo di 40 anni si colloca tra i 400-500 euro e aumenta fino a 800-900 euro nel caso di donna quarantenne.

⁹ Ulteriori caratteristiche delle polizze individuali sono descritte in Adorno (2003), Rebba (2006), Dell'Oste (2008) e Giuro e Valentini (2008).

¹⁰ Con riferimento alla possibilità di utilizzare la platea offerta dalla contrattazione collettiva per l'attivazione di coperture collettive Ltc, Labate (2009), ad esempio, segnala che nel 2009 4,5 milioni di lavoratori vanno al rinnovo contrattuale, includendo anche i metalmeccanici, che hanno posto nella loro piattaforma il problema della sanità integrativa.

La copertura del Fondo unico nazionale Ltc per il personale dipendente non dirigente delle imprese assicurative (circa 46.000 persone nel 2008) è stata prevista dal contratto collettivo nazionale del settore siglato il 18 luglio 2003 ed è attiva dal 1 gennaio 2004 (Manzato, 2008, 2009). Il Fondo è finanziato con un contributo annuo a totale carico delle imprese pari, attualmente, allo 0,50% della retribuzione annua tabellare (mediamente, circa 160 euro per lavoratore attivo). La prestazione garantita consiste in una rendita vitalizia annua anticipata pari a 12.253 euro, rivalutabile in base ai rendimenti ottenuti da una gestione separata, erogabile a tutti i beneficiari riconosciuti non autosufficienti. Le prestazioni del Fondo sono garantite anche al personale cessato dal servizio a partire dal gennaio 2004, corrispondente a circa il 7% dei beneficiari, che comunque non è tenuto a versare alcun contributo. Per garantire un equilibrio attuariale di lungo periodo, ha utilizzato uno schema di capitalizzazione collettiva al fine di finanziare le prestazioni.¹¹

La copertura collettiva Ltc per l'intera categoria dei bancari del settore ABI è stata prevista dai nuovi contratti del settore (CCNL 8/12/2007 per le aree professionali e quadri direttivi; CCNL 10/01/2008 per i dirigenti) ed è attiva dal 1 gennaio 2008. Il contributo annuale pro capite (a carico delle aziende) è stato fissato pari a 50 euro per le aree professionali e quadri direttivi e a 200 euro per i dirigenti. Alla prima scadenza contrattuale dei CCNL (fine 2010), l'importo del contributo annuale unitario potrà però essere aggiornato in base agli andamenti sinistri e alle relative risultanze statistiche/attuariali. Per i casi accertati di non autosufficienza, è prevista l'erogazione di una indennità modulata in relazione al grado di non autosufficienza fino a un importo annuo massimo di 13.200 euro (dietro presentazione di valida documentazione relativa a prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali sostenute), oltre a una serie di servizi di supporto offerti mediante una rete convenzionata di strutture e professionisti. La copertura, che interessa circa 186.000 dipendenti (a tempo indeterminato e determinato) e pensionati del settore, viene gestita direttamente dalla Casdic (Cassa Nazionale di Assistenza Sanitaria per il Personale Dipendente del Settore del Credito). Viene inoltre prevista la riassicurazione con il mercato assicurativo del rischio residuale relativo all'eventuale eccedenza del numero di sinistri rispetto alle proiezioni attuariali.¹²

Oltre ai dipendenti dei settori delle assicurazioni e del credito, almeno altre 90.000 persone che aderiscono a Fondi e casse sanitari istituiti in base a contratto collettivo o accordo aziendale hanno una copertura collettiva Ltc che fa parte di un più ampio pacchetto di prestazioni socio-sanitarie. E' il caso, ad esempio, dei dirigenti d'impresa che fanno capo a Assidir (settore commercio, trasporti e terziario), dei lavoratori aderenti a Federcasse (Cassa mutua delle banche di credito cooperativo) e dei dipendenti e dirigenti delle esattorie Equitalia.

Le coperture Ltc garantite attraverso polizze collettive oppure mediante fondi sanitari o casse di assistenza configurano generalmente degli schemi assicurativi a ripartizione. Tali schemi prevedono una riassicurazione presso compagnie assicurative e/o la costituzione di riserve alimentate con una parte dei contributi/premi versati e gestite con meccanismi di capitalizzazione collettiva. A differenza delle polizze Ltc del ramo vita o di tipo previdenziale ad accumulo, queste coperture collettive non portano alla costituzione di un montante da utilizzare come rendita vitalizia o capitale in caso di non autosufficienza ma coprono il rischio di anno in anno a fronte del versamento del contributo/premio. Inoltre, il problema della selezione avversa (per cui tendono ad assicurarsi solo persone anziane, disabili e a maggiore rischio) viene notevolmente attenuato in

¹¹ Si vedano Manzato (2008) e Manzato (2009).

¹² Per maggiori dettagli sulla copertura collettiva del personale del settore del credito, si veda Casdic (2009).

quanto la copertura Ltc riguarda collettività ampie e non selezionate di persone ancora in attività o che sono entrati in quiescenza dopo essere stati iscritti al Fondo nel corso della propria vita lavorativa. L'età media degli iscritti a questi fondi (incluso anche chi è andato in pensione dopo l'attivazione della copertura) è attualmente piuttosto contenuta e si registra in genere una prevalenza di assicurati di sesso maschile.¹³ Proprio per queste caratteristiche, a parità di prestazione garantita, le coperture a ripartizione offerte dai fondi si differenziano dai prodotti assicurativi ad accumulo, richiedendo contributi/premi più contenuti e non differenziati in base a sesso ed età.

Oltre alle coperture collettive intermedie da enti di assistenza e fondi e casse sanitarie, si sono sviluppate, soprattutto negli ultimi due anni, anche coperture Ltc di diverso tipo garantite da Fondi pensione all'interno della complessiva prestazione previdenziale. In effetti, la normativa vigente sui fondi pensione consente la possibilità di una copertura sanitaria o di tipo Ltc collegata alla prestazione previdenziale integrativa secondo due modalità: l'inserimento nel patrimonio del fondo di una polizza che copre la collettività dei partecipanti da eventi durante il corso della vita lavorativa; oppure l'acquisto, attraverso il capitale maturato a scadenza, di una polizza Ltc che copre la collettività dal rischio di non autosufficienza. In generale, si prevede un premio aggiuntivo per la copertura Ltc accessoria che garantisce un aumento della rendita (*enhanced annuity*) oppure, in alternativa, una quota del contributo per la previdenza integrativa può essere destinato a Ltc, riducendo però la rendita previdenziale. Si tratta di strumenti che sono stati adottati soprattutto nel settore delle forme previdenziali individuali (Pip) e dei Fondi aperti, ma che si sono diffusi negli ultimi due anni in anche nel settore dei Fondi pensione negoziali. E' il caso, ad esempio: della copertura Ltc offerta a circa 900.000 iscritti a Fondi pensione negoziali con la convenzione tra Assofondipensione e Generali, della copertura Ltc offerta dal Fondo Fon.Te (dei dipendenti del terziario) agli oltre 163.000 aderenti e della copertura prevista per circa 23.000 lavoratori del settore bancario con la convenzione tra Fondo Previbank e compagnia broker Europa Benefit. Esiste quindi un potenziale di almeno 1 milione di coperture Ltc garantite da Fondi pensione all'interno della complessiva prestazione previdenziale.

2.2.2 Regime fiscale delle coperture assicurative Ltc in Italia

Le assicurazioni Ltc godono di una serie di benefici fiscali che si differenziano a seconda che si tratti di:

- a) coperture che rispondano ai requisiti del decreto del Ministero delle Finanze del 22 dicembre 2000, realizzate con polizza individuale acquistata da singolo individuo oppure con polizza collettiva acquistata da un datore di lavoro per i propri dipendenti o da una categoria professionale per i lavoratori autonomi di riferimento;
- b) coperture collettive realizzate tramite enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale oppure tramite Fondi sanitari e integrativi rispondenti ai requisiti del decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e del Decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali dell'11 novembre 2009;

¹³ Ad esempio, nel caso del fondo unico nazionale Ltc del personale non dirigente del settore assicurativo, nel 2008, l'età media degli assicurati è di 43 anni; le donne rappresentano il 46% e gli uomini il 54% degli iscritti (Manzato, 2008).

- c) coperture collettive realizzate tramite Fondi pensione (Pip, Fondi pensione aperti e negoziali) con garanzia accessoria per Ltc.

a) Polizze Ltc regolate dal decreto del Ministero delle Finanze del 22 dicembre 2000

Nel caso delle coperture a), sia del ramo vita sia del ramo danni, al sottoscrittore è riconosciuta, sui premi versati, una detrazione annua d'imposta, ai fini dall'Irpef, pari al 19% entro il limite massimo di 1291,14 euro (per cui il massimo risparmio di imposta annuo per il sottoscrittore è di 245,31 euro). Si tratta del beneficio fiscale previsto dall'art. 15, comma 1, lettera f) del Testo Unico delle imposte sui redditi – TUIR (DPR. 22 dicembre 1986 n. 917 e s.m.i.) per le polizze vita di puro rischio. Dal 1 gennaio 2001, tali polizze comprendono, oltre ai contratti che coprono dal rischio di morte e invalidità permanente di grado superiore al 5%, anche quelli relativi al rischio di non autosufficienza. Come anticipato in precedenza, la concessione del beneficio della detrazione Irpef prevede il rispetto di una serie di requisiti che devono possedere le polizze Ltc e che sono indicati dal Dm 22/12/2000.

Nel caso delle polizze collettive, i contributi versati dal datore di lavoro si configurano come elemento aggiuntivo della retribuzione del dipendente (*fringe benefit*). Tuttavia, essi non concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente se, sommati al valore degli eventuali altri beni e servizi in natura concessi al dipendente, non superino l'importo complessivo di 258,23 euro nel periodo d'imposta (art. 51, comma 1, del Tuir).

b) Coperture collettive Ltc realizzate tramite enti, casse, società di mutuo soccorso e Fondi sanitari integrativi

I contributi versati da datori di lavoro o da lavoratori per l'acquisto delle coperture collettive Ltc di tipo b) non concorrono alla formazione del reddito di lavoro dipendente imponibile ai fini Irpef, per un importo annuo non superiore a 3.615,20 euro, qualora siano contemporaneamente soddisfatte tre condizioni (art. 51, comma 2, lett. a del Tuir come modificato dall'art. 1, commi 197 e 198 della legge 24 dicembre 2007 n. 244):

- 1) i contributi devono essere versati a enti, casse, società di mutuo soccorso e fondi sanitari aventi esclusivamente finalità assistenziale;
- 2) il versamento dei contributi deve essere previsto da uno specifico contratto o accordo collettivo o da un regolamento aziendale;
- 3) gli enti, casse, società di mutuo soccorso e fondi sanitari integrativi a cui sono versati i contributi devono operare, a partire dal 2010, secondo le indicazioni e negli ambiti di intervento previsti con il decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e ribaditi con il decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 11 novembre 2009, che prevedono in particolare: i) l'iscrizione presso l'Anagrafe istituita presso il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali e il rinnovo annuale dell'iscrizione; ii) la condizione di garantire prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta a soggetti non autosufficienti, nonché prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabili, in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite al netto delle spese gestionali.

La terza condizione (rispetto della soglia del 20% per le prestazioni di non autosufficienza e odontoiatria) diventerà del tutto operativa solo a partire dal 2012.¹⁴

Va inoltre precisato che, tutti i titolari di reddito (non solo i lavoratori dipendenti) beneficiano della deducibilità dei contributi versati – entro il limite massimo annuo di 3.615, 20 euro - per l'acquisto di una copertura Ltc mediante fondi sanitari integrativi (art. 10, comma 1, lettera e-ter) del Tuir).

Occorre poi ricordare che i contributi versati dal datore di lavoro a compagnie di assicurazione (tramite ente, cassa o fondo) oppure direttamente a ente, cassa o fondo assistenziale, oltre a essere considerati costo per lavoro dipendente integralmente deducibile dal reddito d'impresa calcolato ai fini Irpef e Ires, sono deducibili dalla base imponibile dell'Irap in quanto siano previsti in base a disposizioni di legge, di contratto o accordo collettivo o di regolamento aziendale (art. 11, comma 1 del decreto legislativo 15 dicembre 1997 n. 446 come modificato dal decreto legge n. 81/2007).

Un'ulteriore agevolazione di cui usufruiscono i contributi versati dal datore di lavoro a enti e casse di assistenza, in base a specifico contratto o accordo collettivo o regolamento aziendale, è la ridotta aliquota del contributo di solidarietà del 10% che deve essere devoluto alle gestioni pensionistiche cui sono iscritti i lavoratori in luogo della contribuzione sociale ordinaria (come previsto dall'art. 6, comma 4, lettera f) del decreto legislativo 2 settembre 1997 n. 314).¹⁵

E' interessante osservare come, nel caso del Fondo nazionale Ltc per il personale non dirigente settore assicurativo, attualmente i contributi versati interamente dai datori di lavoro non diano diritto ai lavoratori coperti alla deducibilità dall'Irpef, nel limite annuo di 3.615,20 euro, ma solo alla detrazione d'imposta al 19% prevista per le polizze individuali e collettive Ltc in base al Dm. 22/12/2000. Tuttavia, l'Ania prevede di qualificare il Fondo Ltc quale ente o cassa di assistenza sanitaria rispondente ai requisiti e agli ambiti di intervento stabiliti dal Ministero della salute. In questo caso, valendo le tre condizioni sopra indicate, ai contributi versati a detto Fondo potrà essere applicato il regime fiscale della non concorrenza alla formazione del reddito di lavoro dipendente entro il tetto annuo massimo di 3.615,20 euro.

c) Coperture collettive Ltc realizzate tramite Fondi pensione

I versamenti effettuati a fronte della garanzia accessoria per Ltc collegata a Pip e Fondi pensione aperti e negoziali beneficiano della deduzione dal reddito complessivo ai fini Irpef per un importo annuo non superiore a 5.164,57 euro (articolo 10, comma 1, lettera e-bis) del Tuir come modificato dall'articolo 21, comma 2, del decreto legislativo 5 dicembre 2005 n. 252). Per i giovani lavoratori, con prima occupazione successiva al 1 gennaio 2007, è previsto un regime più favorevole che innalza a 7.746,86 euro i contributi deducibili durante i 20 anni successivi al quinto anno di partecipazione ai Fondi pensione; tale disposizione ha l'intento di agevolare i soggetti di prima occupazione che, nei primi cinque anni di partecipazione ad una forma di previdenza

¹⁴ Secondo l'art. 5, comma 2 del Dm. 11/11/2009, "il rispetto della soglia delle risorse vincolate, su base annua, a partire dal 2010, costituisce condizione per considerare rispettati gli ambiti di intervento fissati dal Ministro della Salute e conseguentemente, a partire dall'anno 2012, per beneficiare, annualmente del trattamento fiscale agevolato ai sensi dell'art. 51, comma 2, lettera a), del decreto del presidente della repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, e successive modificazioni."

¹⁵ Ciò consente un risparmio contributivo medio di circa il 25% per il datore di lavoro e dell'8,9% per il lavoratore.

complementare, hanno effettuato versamenti per un importo inferiore al plafond di 5.164,57 euro, permettendo loro di costituirsi una adeguata prestazione pensionistica complementare. Anche in questo caso, i contributi versati dal datore di lavoro, in base a specifico contratto o accordo collettivo o regolamento aziendale, beneficiano del contributo di solidarietà agevolato del 10%.

Con riferimento a tutte le tre tipologie di copertura Ltc (a), b), c)), viene inoltre prevista (in base all'art. 13, comma 3 del decreto legislativo 18 febbraio 2000 n. 47) l'esenzione dall'imposta sulle assicurazioni, pari normalmente al 2,5% del premio imponibile, per i contratti di assicurazione sulla vita e di capitalizzazione stipulati o rinnovati a decorrere dal 1/1/2001.

Va infine ricordato che, la prestazione erogata a fronte dell'emergere dello stato di non autosufficienza (rendita, capitale, rimborso spese o prestazione in natura) configura una indennità risarcitoria volta a rifondere l'assicurato per una perdita patrimoniale sofferta (la perdita di funzionalità fisiche della persona). Come tale, essa non è contemplata tra le fattispecie reddituali tassabili (in base all'interpretazione fornita nella Circolare 29/E dell'Agenzia delle Entrate del 20 marzo 2001). Pertanto, le prestazioni erogate dalle assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza (secondo tutte e tre le tipologie a), b) e c)) non concorrono alla determinazione del reddito imponibile.¹⁶

2.2.3 Le criticità del mercato italiano

Malgrado esista una domanda potenziale piuttosto ampia, il mercato italiano delle coperture assicurative Ltc di tipo integrativo è ancora molto limitato, non solo perché tali forme assicurative sono state proposte solo negli ultimi anni, ma anche perché esistono diversi elementi che ostacolano lo sviluppo del mercato sia dal lato della domanda che dal lato dell'offerta. Si possono in particolare evidenziare alcuni fattori generali che tendono a frenare tale sviluppo e altri fattori critici che riguardano più specificamente le forme di assicurazione Ltc già presenti in Italia.

1. Fattori frenanti lo sviluppo dell'assicurazione Ltc integrativa

Benché il rischio di non autosufficienza sia percepito in maniera forte nell'immaginario collettivo in tutte le sue implicazioni anche finanziarie, vi è tuttavia ancora incertezza circa l'ampiezza e le modalità dell'intervento pubblico a favore delle persone che si trovano nella situazione di perdita di autonomia. L'attuale sistema di protezione sociale in realtà copre solo parzialmente i costi della non autosufficienza (mediamente il 40% rimane in capo alle famiglie¹⁷) e lo fa molte volte in modo poco efficace e iniquo. E' emblematico al riguardo il ricorso prevalente a benefici di tipo monetario che vengono talora assegnati in misura indifferenziata rispetto alla situazione di bisogno, come avviene nel caso dell'indennità di accompagnamento (La Mura e Principi, 2009; Rebba, 2009b).

¹⁶ Nel caso delle coperture collettive Ltc realizzate tramite forme di previdenza integrativa, va però ricordato che le somme erogate dai Fondi pensione in forma di capitale ed utilizzate per contrarre una assicurazione contro il rischio di non autosufficienza non concorrono alla determinazione dell'imponibile per un ammontare non superiore al 50% del capitale erogato. Si veda anche Contrino (2003).

¹⁷ La stima è tratta da Rebba (2009a,b). Se si considerano i costi, relativamente più elevati, dell'assistenza residenziale la quota a carico delle famiglie è pari al 47% (Pesaresi e Brizioli, 2009).

La mancata definizione dello schema pubblico di base per la copertura del rischio di non autosufficienza (definizione dei livelli essenziali dei servizi sociali e sanitari e contestuale istituzione di un Fondo nazionale per i non autosufficienti), più volte annunciato nel corso degli ultimi anni ma mai decollato¹⁸, ha determinato una situazione di estrema incertezza circa i limiti dell'intervento pubblico e, quindi, circa gli spazi lasciati alla possibile copertura assicurativa privata volontaria. Accanto all'incertezza sui confini dell'intervento pubblico, va inoltre registrata la persistenza di una molteplicità di criteri per la valutazione dello stato di non autosufficienza che fa sorgere il diritto alle prestazioni pubbliche, che variano a seconda dell'ente che effettua l'accertamento (Inps, Inail, Unità di valutazione multidimensionale dell'Asl, ecc.). Ciò accresce ulteriormente l'incertezza sulle modalità dell'intervento pubblico a protezione dei non autosufficienti.

Ridurre il grado di incertezza, con la chiara definizione di uno schema pubblico di base, potrebbe consentire lo sviluppo delle assicurazioni Ltc integrative in ragione di una maggiore consapevolezza e comprensione dei rischi di non autosufficienza che rimangono non coperti. Una volta definito l'intervento pubblico per garantire i livelli essenziali di assistenza alle persone non autosufficienti, i fondi e le compagnie di assicurazione potranno orientarsi verso forme assicurative che offrano una copertura supplementare (ad esempio, rendite o servizi integrativi) o complementare (ad esempio, copertura della quota sociale della retta in Rsa o della compartecipazione al costo per servizi domiciliari) rispetto alle prestazioni garantite dal pubblico.

Le principali esperienze internazionali, in particolare quelle di Francia e Germania, evidenziano come una chiara definizione dei contenuti, e dei limiti, dell'intervento pubblico per il Ltc (sotto forma di assicurazione sociale o di assistenza diretta) non ostacoli ma possa invece consentire lo sviluppo di un mercato delle assicurazioni Ltc di tipo integrativo nel medio-lungo periodo (Taleyson, 2003). Ciò in quanto, dal lato della domanda, risulta più chiara ai potenziali assicurati la dimensione del rischio coperto dalle polizze Ltc mentre, dal lato dell'offerta, assicurazioni e fondi punteranno ad offrire principalmente coperture integrative a premi più contenuti rispetto a quelli richiesti per polizze Ltc di tipo omnicomprendivo sostitutive della copertura pubblica.

2. Fattori critici relativi alle coperture Ltc presenti in Italia

Un primo fattore critico riguarda il fatto che le assicurazioni dispongono ancora di insufficienti basi statistiche per stimare l'evoluzione dell'incidenza e della durata della non autosufficienza nel pool degli assicurati e, quindi, per gestire in modo adeguato il rischio di non autosufficienza e determinare i premi in modo soddisfacente (Coda Moscarola, 2003). Le compagnie ricorrono, quindi, a forme di riassicurazione che incidono in misura sensibile sull'entità del premio. Si tratta comunque di un problema che tenderà a ridursi nel tempo in relazione alla diffusione delle coperture e all'aumento dei dati statistici a disposizione degli assicuratori.

Un secondo fattore di criticità, più importante, riguarda la mancanza di una normativa specifica del settore che individui criteri ragionevolmente chiari e uniformi riguardo alle condizioni di operatività delle coperture offerte dalle polizze Ltc sia tramite compagnie assicurative, sia tramite enti, casse e fondi (criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza; tempi e modalità dell'accertamento della non autosufficienza; periodi di carenza e di franchigia; limitazioni alla

¹⁸

Per una rassegna dei numerosi progetti e disegni di legge formulati al riguardo si rinvia a Gori (2008).

misura e ai tempi di revisione dei premi).¹⁹ Ciò ha portato all'adozione di prassi molto diversificate nella identificazione delle condizioni che danno diritto alla prestazione, riducendo le garanzie (o la certezza delle garanzie) per gli assicurati.

La complessità delle condizioni che regolano le modalità di accesso alla prestazione e l'esistenza di pratiche molto eterogenee da parte delle compagnie assicurative contribuiscono a disincentivare la sottoscrizione di polizze Ltc. Si tratta di criticità che vanno evidentemente rimosse, o almeno attenuate, se si vuole puntare a sviluppare l'assicurazione Ltc come integrazione della copertura pubblica di base in uno schema multi-pilastro per la non autosufficienza. In particolare, appare essenziale realizzare un raccordo tra i criteri di valutazione della non autosufficienza adottati per l'accesso alle prestazioni pubbliche, che peraltro dovrebbero essere uniformati, e quelli adottati dalle coperture integrative su base collettiva intermedie da fondi sanitari e fondi pensione, che potrebbero configurare il secondo pilastro del sistema di protezione per i non autosufficienti (si vedano al riguardo i paragrafi 3.3 e 3.4).

I due fattori di criticità appena indicati riguardano la generalità delle forme assicurative Ltc; vi sono però anche alcune criticità che riguardano distintamente le polizze individuali rispetto alle coperture collettive.

Fattori critici particolari delle polizze individuali. Le polizze individuali Ltc, sia autonome, sia abbinate a forme assicurative o previdenziali registrano uno scarso appeal, non solo a causa della ridotta consapevolezza rispetto al rischio di non autosufficienza di cui si è detto, ma anche perché il loro costo appare piuttosto elevato a fronte di prestazioni che, soprattutto nel caso delle rendite vitalizie o delle indennità forfetarie, potrebbero rivelarsi insufficienti a coprire adeguatamente i costi delle prestazioni nel lungo periodo. Il costo della copertura appare particolarmente elevato soprattutto per le polizze del ramo vita o legate a pensioni complementari che prevedono il meccanismo della capitalizzazione. La considerazione di un rapporto sfavorevole tra premi e prestazioni riguarda soprattutto le persone appartenenti alle fasce di età più elevate, ma tende a scoraggiare la sottoscrizione anche da parte della fascia di utenza potenziale, cioè le persone al di sotto dei 45 anni, che potrebbe meglio avvantaggiarsi da questo tipo di copertura. La disponibilità di più adeguate basi tecniche su cui costruire le polizze individuali potrà consentire in futuro di migliorare l'offerta, ma comunque esse tenderanno sempre ad essere caratterizzate da un problema di selezione avversa e da elevati costi di gestione. L'espansione della domanda sembra invece possa derivare da una maggiore diffusione delle coperture collettive, che possono attenuare il problema di selezione avversa e abbattere i costi di sottoscrizione, distribuendo il rischio tra un grande numero di persone.

Un qualche impulso alle polizze individuali Ltc potrebbe inoltre venire anche da un adeguamento dell'attuale beneficio fiscale previsto dal Dm. 22/12/2000 nella stessa misura di quello fissato per le polizze vita di puro rischio (invalidità e premorienza). Si potrebbe, cioè, prevedere un aumento del limite massimo annuo su cui calcolare la detrazione Irpef al 19% per il premio versato, limite pari attualmente a 1.291,14 euro e mai aggiornato dalla sua introduzione avvenuta nel 1980. Tale aumento dovrebbe essere vincolato alla incentivazione delle sole assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza.

¹⁹ Questo fattore di criticità era stato già indicato in Rebba (2006).

Fattori critici particolari delle coperture collettive. Le coperture Ltc collettive consentono una riduzione dei premi/contributi a parità di beneficio e risultano quindi più accessibili. Tuttavia, anche tali coperture presentano alcuni elementi di criticità da non trascurare.

In primo luogo, le coperture collettive che prevedono piani di accumulo sono piuttosto onerose, soprattutto per chi abbia superato i 50 anni e, nel caso siano abbinate a fondi pensione, possono comportare una decurtazione delle prestazioni previdenziali integrative. Inoltre, in molti casi, le coperture Ltc accessorie a piani pensionistici integrativi prevedono che il pagamento della rendita non avvenga prima dei 65 anni, anche se la perdita della non autosufficienza si verifica prima.

I meccanismi assicurativi di puro rischio, basati sul meccanismo della ripartizione, che possono essere realizzati mediante enti e casse assistenziali, società di mutuo soccorso e fondi sanitari integrativi, possono offrire prestazioni simili a quelle dei piani di accumulo a premi/contributi più contenuti e risultano quindi più accessibili e vantaggiose anche per le persone meno giovani. Tuttavia questa seconda tipologia di coperture collettive presenta problematiche di equità e di sostenibilità finanziaria. Infatti, va considerato che attualmente queste forme di welfare negoziale, che offrono tutele collettive in ambito socio-sanitario, sono molto concentrate nelle regioni più affluenti del Centro-Nord e interessano solo una parte delle categorie produttive (principalmente il settore dei servizi e le categorie professionali) e del personale dipendente (impiegati, quadri e dirigenti). Vi è quindi il rischio che, in assenza di interventi correttivi e di un maggiore coinvolgimento delle parti sociali, un ulteriore sviluppo di queste tutele collettive nell'assetto attuale possa ridurre il livello di equità, esacerbando gli esistenti squilibri tra territori e categorie produttive. Inoltre, a causa del *longevity risk* e del progressivo aumento della quota di persone anziane nel pool degli assicurati, pur prevedendo l'accantonamento e la capitalizzazione di riserve tecniche e meccanismi di riassicurazione, i fondi di puro rischio sono inevitabilmente costretti a rivedere con una certa frequenza l'ammontare dei contributi/premi e il valore delle prestazioni garantite. Questi problemi di sostenibilità finanziaria di medio-lungo periodo potrebbero essere attenuati realizzando e promuovendo sinergie tra i fondi e la rete dei servizi di Ltc, in modo da rispondere in maniera più efficace ed efficiente ai bisogni degli assicurati che diventano non autosufficienti. Inoltre, la sostenibilità finanziaria di questi fondi e la contemporanea garanzia di adeguatezza delle prestazioni possono essere salvaguardate, puntando comunque ad incentivare anche l'adesione dei più giovani alle coperture ad accumulo accessorie di fondi pensione. In questo modo si potrebbe limitare il pericolo di una sotto-assicurazione nel lungo periodo delle generazioni più giovani, senza ledere, se non in piccola parte, le prestazioni pensionistiche integrative.

Un'altro elemento critico da considerare nel caso delle coperture collettive offerte da fondi sanitari e fondi pensione è rappresentato dalla portabilità della posizione maturata. Il problema si pone soprattutto nel caso dei piani assicurativi ad accumulo, mentre appare meno rilevante nel caso dei meccanismi a ripartizione tipici delle coperture Ltc di puro rischio offerte da casse e fondi sanitari.²⁰ A questo riguardo, sono state formulate diverse ipotesi che richiamano l'esperienza della

²⁰ In questo secondo caso, essendo la prestazione garantita anno per anno a fronte del versamento del contributo, il problema della portabilità sorge quando l'assicurato, che ha già pagato il contributo, modifica la sua posizione lavorativa in corso d'anno.

previdenza complementare e rimandano alle modalità che vengono previste dai contratti e accordi collettivi e aziendali.²¹

Posto che rimane comunque preferibile realizzare la copertura integrativa del rischio di non autosufficienza su base collettiva, ricorrendo ai veicoli dei fondi sanitari e dei fondi pensione con gli accorgimenti appena indicati, si pone la questione di quali strumenti utilizzare per promuovere questi meccanismi di assicurazione collettiva. A questo scopo, tenendo conto anche delle considerazioni appena formulate, sembra opportuno puntare su tre fronti²²:

- definire in maniera organica il quadro normativo delle assicurazioni integrative Ltc, regolamentando la portabilità delle coperture collettive e prevedendo criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza che siano in qualche misura uniformi ai criteri di accesso ai livelli essenziali sociali e sociosanitari;
- avviare una campagna informativa in merito alle coperture collettive, alle loro caratteristiche e ai loro vantaggi in termini di protezione dai rischi residui non coperti dall'intervento pubblico;
- prevedere incentivi fiscali adeguatamente mirati per le coperture collettive.

Per quanto riguarda gli incentivi fiscali alle coperture collettive, essi appaiono già abbastanza congrui e selettivi, soprattutto nel caso dei fondi sanitari integrativi che, nel nuovo regime introdotto con i decreti ministeriali del marzo 2008 e novembre 2009, potranno mantenere il beneficio solo se dedicheranno una parte della loro attività all'assistenza odontoiatrica e/o alla Ltc.

Si potrebbe pensare di aumentarne il grado di selettività, prevedendo benefici più mirati a favore della Ltc, ad esempio, con un aumento del limite di deducibilità ai fini Irpef e con altri sgravi fiscali per i contributi a fondi sanitari e fondi pensione riservati esclusivamente alla copertura della Ltc. Va comunque ricordato che gli incentivi fiscali vanno introdotti e potenziati con cautela per evitare i pericoli di un eccessivo incremento dei costi amministrativi e di controllo e di una riduzione dell'equità a causa del loro potenziale effetto regressivo.

²¹ Si vedano ad esempio, Isvap (2007, pp. 50-51) e Labate (2009).

²² Le indicazioni qui formulate riprendono e ampliano quelle già esposte in Rebba (2006) e Gori (2006, pp. 465-468).

Box 1 – Le criticità attuali nel mercato italiano delle assicurazioni Ltc: una sintesi

- **Criticità 1:** mancanza di adeguate basi statistiche per quantificare il rischio di non autosufficienza con necessità di revisione di premi e prestazioni.
- **Criticità 2:** complessità delle condizioni che regolano le modalità di accesso alla prestazione e l'esistenza di pratiche molto eterogenee da parte delle compagnie (soprattutto per le polizze individuali).
- **Criticità 3:** mancanza di normativa specifica che individui criteri ragionevolmente chiari e uniformi riguardo alle condizioni di operatività delle coperture offerte.
- **Criticità 4:** costi elevati delle polizze individuali e delle forme ad accumulo anche quando sono complementari a piani previdenziali (soprattutto se si vuole una rendita immediata e a valori reali in caso di non autosufficienza).
- **Criticità 5:** le coperture offerte dai Fondi sanitari presentano problemi di sostenibilità finanziaria nel lungo periodo a causa del *longevity risk* (anche in presenza di riserve accantonate e capitalizzate).
- **Criticità 6:** portabilità della posizione maturata: da regolamentare soprattutto nel caso delle coperture collettive Ltc che prevedono piani di accumulo.
- **Criticità 7:** incentivi fiscali non adeguatamente mirati.

3. Principali scenari alternativi di sviluppo dell'assicurazione Ltc integrativa

3.1 Premessa

Per superare alcune delle criticità del mercato assicurativo Ltc esaminate nel paragrafo precedente, sono state sviluppate alcune linee di cambiamento (Scenari) che coprono le principali ipotesi maturate nel dibattito nazionale e che sembrano presentare un certo grado di fattibilità. Il punto di partenza rispetto a cui sono definiti gli scenari di cambiamento è rappresentato dal mantenimento dello *status quo* e viene definito “Scenario base”.

Gli Scenari di cambiamento rispetto allo status quo considerano il possibile sviluppo delle assicurazioni Ltc integrative a fronte di diverse configurazioni dell'intervento pubblico a beneficio dei non autosufficienti e di diverse tipologie di agevolazioni fiscali a beneficio dei sottoscrittori. In particolare sono stati individuati i seguenti tre Scenari:

- 1) incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa senza ridefinire l'intervento pubblico per Ltc;

- 2) schema pubblico-privato a tre pilastri: incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa con riordino dell'intervento pubblico per il Ltc a parità di bilancio;
- 3) schema pubblico-privato a tre pilastri: incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa con riordino e potenziamento dell'intervento pubblico per il Ltc.

Gli Scenari di cambiamento che vengono qui proposti considerano uno schema misto pubblico-privato di copertura del rischio di non autosufficienza in cui le assicurazioni private trovano spazio come coperture integrative rispetto ad un primo pilastro pubblico. Si tratta di uno schema che, con diverse specificazioni, appare ricorrente in buona parte delle proposte che hanno analizzato il possibile ruolo dell'assicurazione privata per la copertura del rischio di non autosufficienza e che ha ispirato anche il Libro Bianco sul futuro del modello sociale del maggio 2009.²³ In questo schema misto, le coperture collettive mediate da fondi sanitari e fondi pensione giocano un ruolo importante a complemento o supplemento dell'intervento pubblico di base.

Nell'analisi che segue, dopo una breve illustrazione dello Scenario base, si presenta il profilo di ogni ipotesi di cambiamento (Scenari 1, 2 e 3), illustrando le caratteristiche generali che assumerebbe una volta a regime e fornendo alcune indicazioni riguardanti i passi progressivi da compiere per la sua introduzione. Per ogni Scenario, viene inoltre quantificato il possibile impatto sulla finanza pubblica delle politiche di incentivazione fiscale delle assicurazioni Ltc integrative. A tale scopo, sono state effettuate alcune simulazioni di tipo statico, considerando alcune ipotesi incrementali secondo una logica di coerenza e gradualità.²⁴

Le simulazioni sono state svolte da Emanuele Ciani (Centro Analisi delle Politiche Pubbliche dell'Università di Modena e Reggio Emilia) considerando il campione dell'Indagine sui bilanci delle famiglie italiane della Banca d'Italia per l'anno 2006 mentre i dati relativi ai redditi imponibili e agli oneri deducibili ai fini Irpef sono stati forniti da Simone Pellegrino (Università di Torino).

3.2 Scenario base: il mantenimento dello status quo

Lo Scenario base non rappresenta una reale ipotesi alternativa ma cerca di descrivere la situazione attuale, sulla base dei dati disponibili già illustrati nel paragrafo 2.2.1: un monte premi stimato per il 2009 di 59,7 milioni di euro (di cui l'88% per polizze collettive); 335.000 posizioni assicurative (15.000 individuali e 320.000 coperture collettive). Si ipotizza, in particolare, una struttura del mercato assicurativo Ltc in cui:

- a) le coperture collettive sono di puro rischio a premio uniforme e operano attraverso un fondo, sulla base di contratto nazionale o accordo collettivo;

²³ Tra le principali proposte formulate, si citano: Isvap (2001); Beltrametti (2001); Beltrametti et al. (2001); Cnel (2001); Assr (2003); Isle (2003); Beltrametti (2005); Hanau e Iurlaro, (2005); la proposta del Gruppo per la Riforma dell'Assistenza Continuativa contenuta in Gori (2006); la proposta del Cerm contenuta in Pammolli e Salerno(2008).

²⁴ Non avendo a disposizione informazioni per costruire una funzione di reazione che consentisse di stimare l'aumento del numero di assicurati al variare degli incentivi fiscali (come ad esempio fanno Wiener et al. (1994) con riferimento agli Stati Uniti) si è optato per ipotizzare una serie di plausibili livelli incrementali del numero di aderenti alle coperture assicurative di gruppo e individuali, partendo dalla situazione attuale fino ad arrivare ad un numero massimo di potenziali assicurati vicino a quello sperimentato nel caso della Francia (circa 3 milioni di persone).

- b) le coperture individuali sono date da polizze Ltc standard del ramo vita o del ramo malattia, conformi ai requisiti del Dm 22/12/2000, che garantiscono una rendita vitalizia.

a) Le coperture collettive assumono caratteristiche analoghe a quelle dei principali fondi Ltc attivati in Italia. La copertura collettiva prevede quindi un meccanismo assicurativo a ripartizione con riassicurazione e una riserva di senescenza a capitalizzazione collettiva. La copertura collettiva garantisce una rendita vitalizia annua di 12.000 euro a fronte del versamento di un premio annuo pari allo 0,5% del reddito al lordo dei contributi a carico del lavoratore entro il limite massimo di 500 euro; il valore del premio si riferisce a una popolazione di iscritti così strutturata: età media di 44 anni; componente femminile del 46%; quota di pensionati pari al 7%. Nel caso di copertura dei lavoratori dipendenti in attività e in quiescenza, il premio è a totale carico dei datori di lavoro mentre, nel caso dei lavoratori autonomi, viene pagato da questi ultimi. Lo stato di non autosufficienza che dà diritto alla prestazione si verifica nel caso di mancanza di 4 ADL su 6.

b) Le polizze individuali Ltc sono ipotizzate diverse a seconda della fascia d'età dei sottoscrittori: polizze Ltc del ramo vita ad accumulazione per le persone con meno di 65 anni; polizze di malattia di puro rischio per le persone con oltre 65 e fino a 75 anni di età. In entrambi i casi, le polizze individuali garantiscono una rendita vitalizia annua di 12.000 euro. Il premio annuo è variabile in base alle caratteristiche dell'assicurato (età, sesso) e, nel caso delle polizze vita, a seconda della durata del versamento (si ipotizza che per ogni fascia di età venga scelta la durata massima).²⁵ Lo stato di non autosufficienza che dà diritto alla prestazione si verifica se mancano 4 Adl su 6.

La stima della spesa fiscale complessiva viene effettuata utilizzando i dati dell'Indagine sui bilanci delle famiglie della banca d'Italia per l'anno 2006. Nello Scenario base, la spesa fiscale stimata è di 17,69 milioni di euro, pari a circa il 30% del totale dei premi e contributi versati.²⁶ Tale stima si ottiene considerando gli attuali benefici fiscali previsti per le due tipologie di coperture assicurative (descritti nel paragrafo 2.2.2) che sono:

- a) nel caso delle coperture collettive: la non concorrenza, o deducibilità integrale, dal reddito imponibile Irpef dei premi versati dei premi versati nell'anno, entro il limite di 3.615,20 euro; la deduzione dalla base imponibile dell'Irap e il contributo di solidarietà agevolato del 10% per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei propri dipendenti²⁷;

²⁵ Per la stima della spesa fiscale determinata dalle agevolazioni di cui beneficiano le coperture individuali, si considerano due polizze Ltc di tipo standard (una polizza a vita intera e una polizza di puro rischio) offerte nel mercato italiano.

²⁶ La spesa fiscale aumenterebbe a 26,625 milioni di euro, inclusivi di 15,63 milioni di mancato gettito Irpef, ipotizzando che i premi per le coperture collettive Ltc siano interamente a carico dei datori di lavoro e vengano erogati in sostituzione di un equivalente aumento retributivo.

²⁷ Come si è detto nel paragrafo 2.2.2, nel caso del Fondo nazionale Ltc per il personale non dirigente settore assicurativo, in attesa di qualificare tale fondo quale ente o cassa di assistenza sanitaria rispondente ai requisiti e agli ambiti di intervento stabiliti dai decreti ministeriali 31/03/2008 e 11/11/2009, la copertura collettiva è stata considerata dall'Agenzia delle entrate analoga a una polizza collettiva stipulata da datore di lavoro, che può quindi fruire solo del beneficio della detrazione Irpef del 19% del premio su un valore massimo annuo di 1.291,14 euro. Pertanto nel caso delle 46.000 coperture assicurative del Fondo unico Ltc per il personale assicurativo è stato considerato questo beneficio fiscale.

- b) nel caso delle polizze individuali, la detrazione dall'Irpef del 19% del premio annuo entro il limite massimo di 1291,14 euro.

La tabella 1 sintetizza i punti di forza e di debolezza dello Scenario base rispetto a cinque dimensioni valutative.

Tab.1. Le dimensioni valutative dello Scenario base (mantenimento dello status quo)

1. Finanza pubblica Spesa pubblica totale per Ltc invariata. Spesa fiscale invariata (almeno 17,69 milioni di euro, 30% dei premi versati)
2. Efficacia (ampiezza ed estensione della copertura assicurativa Ltc) Invariata e limitata da tutte le diverse criticità osservate nel paragrafo 2.2.3.
3. Equità Le attuali iniquità permangono: i) elevata spesa out of pocket delle famiglie per i servizi di Ltc; ii) iniquità distributive, intercategoriale e territoriali determinate dalla ineguale distribuzione delle coperture assicurative Ltc nella popolazione; iii) impatto regressivo di i) e ii).
4. Differenziazioni territoriali Sud con minore copertura del rischio rispetto al Nord e al Centro: minore diffusione delle coperture collettive intermedie da fondi e minore ricorso alle assicurazioni individuali nelle Regioni del Sud
5. Fattibilità Molto elevata.
6. Welfare futuro Possibile riduzione dell'ampiezza e dell'estensione della copertura assicurativa Ltc nel lungo periodo: la crescita spontanea delle coperture collettive di puro rischio (in particolare tramite fondi sanitari integrativi) pone problemi di equità intercategoriale e di sostenibilità finanziaria degli schemi di assicurazione integrativa; presumibile uno sviluppo molto limitato delle polizze individuali ad accumulo e delle assicurazioni accessorie a piani di previdenza integrativa indicate per i più giovani.

3.3 Scenario 1: Incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa senza ridefinire l'intervento pubblico per Ltc

Nel primo Scenario evolutivo, si incentiva il ricorso all'assicurazione Ltc integrativa, allo scopo di ampliare ed estendere la copertura assicurativa per il rischio di non autosufficienza, a fronte di un intervento pubblico che rimane inalterato rispetto alla situazione attuale e non prevede, quindi, una chiara individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire ai non autosufficienti con la contestuale definizione di un Fondo pubblico nazionale per la non autosufficienza.

Si ipotizza che la copertura del rischio di non autosufficienza a integrazione dell'intervento pubblico avvenga attraverso:

- a) coperture collettive di puro rischio a premio uniforme operanti, sulla base di contratti nazionali o accordi di categoria, tramite fondi sanitari rispondenti ai requisiti dei decreti ministeriali 31/03/2008 e 11/11/2009;
- b) polizze Ltc standard del ramo vita o del ramo malattia, che garantiscono una rendita vitalizia.

a) Le coperture collettive a ripartizione hanno le stesse caratteristiche descritte nello Scenario base (status quo). Si ipotizza che l'adesione alla copertura garantita da fondo sanitario avvenga in modo automatico in base a contratto collettivo o ad accordo di categoria; il lavoratore può però decidere di non aderire al contratto analogamente a quanto avviene nei fondi pensione negoziali. Nel caso delle coperture collettive Ltc a beneficio di lavoratori dipendenti e pensionati, si ipotizza che il premio venga diviso a metà tra lavoratore (o pensionato) e datore di lavoro. Si prevede un potenziamento del beneficio fiscale rispetto allo Scenario base, con una deduzione integrale dal reddito imponibile Irpef del premio annuo versato entro il limite più elevato di 4.000 euro; rimane inalterata la deducibilità del premio dall'Irap e viene mantenuto il contributo di solidarietà agevolato del 10% per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei dipendenti

b) La copertura del rischio residuo di non autosufficienza avviene su base individuale e volontaria con polizze Ltc aventi le stesse caratteristiche descritte nello Scenario base. In questo caso si prevede un potenziamento del beneficio fiscale rispetto allo Scenario base con un aumento a 3.000 euro del limite massimo del premio annuo detraibile dall'Irpef al 19%.

Si prevede che la promozione delle assicurazioni Ltc integrative avvenga, oltre che con il potenziamento dei benefici fiscali, anche attraverso:

- la definizione di un quadro normativo organico per le assicurazioni integrative con cui vengono stabiliti criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte;
- una campagna informativa sulle coperture Ltc di tipo collettivo e individuale che chiarisca le loro caratteristiche, i vantaggi e i costi della sottoscrizione.

Il percorso attuativo dello Scenario 1 prevede due fasi. Nel primo triennio si compiono alcuni atti normativi e si informa la popolazione in merito all'assicurazione integrativa. In particolare, si individuano criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte dalle polizze Ltc integrative. Si avvia poi tra la popolazione una campagna informativa in merito alle polizze individuali e collettive. Dopo il primo triennio, si completa il quadro normativo per la regolamentazione delle assicurazioni integrative e si potenziano le agevolazioni fiscali.

Il Box 2 riporta una sintesi dei contenuti dello Scenario 1.

Box 2 - Ipotesi di cambiamento: Scenario 1 (Incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa senza ridefinire l'intervento pubblico per Ltc)

- **Le caratteristiche**

Soluzione mista pubblico-privato ma senza modificare qualitativamente e quantitativamente l'attuale intervento pubblico (primo pilastro). La copertura integrativa Ltc viene realizzata con:

a) coperture collettive a premio uniforme tramite Fondi sanitari integrativi incentivate fiscalmente (deduzione Irpef integrale del premio entro il limite di 4.000 euro e contributo di solidarietà del 10%)

b) polizze Ltc individuali con beneficio fiscale aumentato rispetto allo status quo (premio detraibile da Irpef al 19% con il limite massimo portato a 3.000€)

- **Il percorso attuativo**

Nel primo triennio si compiono alcuni atti normativi e si informa la popolazione in merito all'assicurazione integrativa. Dopo il primo triennio, si completa il quadro normativo per la regolamentazione delle assicurazioni integrative e si potenziano le agevolazioni fiscali.

Grazie alle politiche di promozione delle coperture Ltc e tenendo conto della base potenziale di persone assicurabili con le coperture collettive di tipo negoziale, a regime, è ragionevole ipotizzare una crescita complessiva del numero delle posizioni assicurative Ltc dalle attuali 335.000 a 1.300.000 così articolata:

- un aumento del numero di aderenti a fondi Ltc con copertura collettiva del rischio (lavoratori dipendenti e autonomi e pensionati iscritti al fondo) dagli attuali 320.000 a 1.200.000;
- un aumento delle polizze Ltc individuali dalle attuali 15.000 a 100.000.

La tabella 2 sintetizza l'impatto in termini di spesa fiscale dei maggiori benefici fiscali previsti nello Scenario 1 e della conseguente previsione di crescita delle posizioni assicurative collettive e individuali. La tabella 2 riporta anche due indicatori degli effetti redistributivi degli incentivi fiscali alle assicurazioni Ltc: l'*indice di Kakwani* e l'*incidenza* del beneficio fiscale sul reddito familiare.²⁸ Si può osservare come l'indice di Kakwani sia positivo e particolarmente elevato, indicando un carattere fortemente regressivo del beneficio fiscale nello Scenario 1. Tuttavia, l'incidenza del beneficio sul reddito risulta essere molto bassa. Ciò implica che, nonostante il carattere fortemente regressivo del beneficio, l'impatto redistributivo a favore dei più ricchi è limitato.

La tabella 3 sintetizza i punti di forza e di debolezza dello Scenario 1 rispetto alle cinque dimensioni valutative.

²⁸ L'indice di Kakwani è una misura della progressività del beneficio e assume valori positivi quando il beneficio fiscale è regressivo, cioè tende a favorire prevalentemente famiglie appartenenti a decili di reddito elevati.

Tab. 2. Scenario 1: Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale

	N. assicurati (per 1000 residenti)	raccolta premi totale
Coperture collettive	1.200.000 (20,3)	201.700.000
Polizze individuali	100.000 (1,7)	73.000.000
Totale	1.300.000 (22,0)	274.700.000
	Minor gettito Irap	4.635.150
	Minori contributi sociali	16.027.500
	Minor gettito Irpef (per detrazioni)	11.800.000
	Minor gettito Irpef (per deduzioni)	38.700.000
	Totale spesa fiscale	71.162.650
	<i>Minor gettito Irpef complessivo * (ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)</i>	66.200.000
	Totale spesa fiscale*	98.662.650
	Incidenza	0,00001
	Indice di Kakwani	0,3083

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

Tab. 3. Le dimensioni valutative dello Scenario 1 (Incentivazione dell'assicurazione Ltc integrativa senza ridefinire l'intervento pubblico per Ltc)

1. Finanza pubblica Spesa pubblica totale per Ltc invariata. Spesa fiscale aumentata rispetto allo status quo (complessivamente almeno 71,16 milioni di euro pari al 26% dei premi versati)
2. Efficacia (ampiezza ed estensione della copertura assicurativa Ltc) Migliora con una maggiore copertura assicurativa della popolazione rispetto allo status quo.
3. Equità Da un lato aumenta per la riduzione della spesa out of pocket per il Ltc delle famiglie e per il meccanismo a ripartizione dei Fondi sanitari che offrono coperture collettive Ltc Da un altro lato si riduce per l'elevata regressività dei benefici fiscali (con impatto però molto limitato). Possibilità che permangano iniquità intercategoriale e territoriali determinate dalla ineguale distribuzione delle coperture assicurative Ltc nella popolazione.
4. Differenziazioni territoriali Possono aumentare rispetto allo Scenario base se non si realizza una diffusione delle coperture collettive intermedie da Fondi sanitari anche nelle Regioni del Sud.
5. Fattibilità Elevata.
6. Welfare futuro Spinta allo sviluppo di Fondi sanitari integrativi (con le implicazioni indicate nello Scenario base – Tab. 1) e del mercato dei servizi accreditati a questi collegati.

3.4. Scenario 2: Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino dell'intervento pubblico per Ltc a parità di bilancio

Lo Scenario 2 si basa su uno schema misto pubblico-privato che richiama alcune delle principali esperienze internazionali di finanziamento della Ltc e molte proposte formulate per l'Italia nel corso degli ultimi anni. Tale schema prevede: 1) un fondo pubblico a livello nazionale per garantire i livelli essenziali di prestazioni socio-assistenziali per la non autosufficienza (primo pilastro); 2) fondi integrativi (pubblici e privati) per consentire una copertura integrativa su base collettiva accessibile ad un'ampia fascia della popolazione (secondo pilastro); 3) assicurazioni volontarie individuali come ulteriore integrazione (terzo pilastro).

Lo Scenario 2 prevede, in particolare, una modifica qualitativa dell'intervento pubblico: vengono definiti i livelli essenziali di assistenza per la non autosufficienza e viene istituito un corrispondente Fondo nazionale per la non autosufficienza. Tuttavia, non aumenta l'impegno finanziario pubblico ma si effettua una razionalizzazione delle prestazioni e dei benefici finanziari esistenti (indennità di accompagnamento e altri istituti). Si prevedono inoltre criteri uniformi e coordinati di valutazione dello stato di non autosufficienza che dà diritto ad accedere alle prestazioni pubbliche gratuite o semi-gratuite (primo pilastro) e a quelle private integrative (secondo pilastro).

La copertura del rischio di non autosufficienza a integrazione dell'intervento pubblico viene realizzata a due livelli:

- a) *secondo pilastro*: coperture Ltc collettive da promuovere prioritariamente perché meno soggette a selezione avversa e più accessibili:
 - a1) coperture collettive di puro rischio a premio uniforme (tipo "protezione") operanti, sulla base di contratti nazionali o accordi di categoria, tramite Fondi sanitari rispondenti ai requisiti dei decreti ministeriali 31/03/2008 e 11/11/2009 incentivate fiscalmente;
 - a2) polizze collettive ad accumulo accessorie a Fondi pensione per le quali viene previsto un forte incentivo fiscale alla sottoscrizione da parte dei giovani (allo scopo di ridurre i problemi di sostenibilità finanziaria nel lungo periodo delle coperture collettive di tipo a1; il pericolo di una elevata quota di anziani senza copertura assicurativa di tipo a1 nel lungo periodo);
- b) *terzo pilastro*: copertura del rischio residuo su base individuale e volontaria con polizze Ltc standard del ramo vita e del ramo malattia incentivate fiscalmente.

a) Il secondo pilastro del sistema misto di protezione Ltc

a1) Le coperture collettive a ripartizione offerte dai Fondi sanitari integrativi hanno le stesse caratteristiche strutturali descritte nello Scenario 1. Vengono potenziati i benefici fiscali rispetto alla situazione attuale (Scenario base), prevedendo: la deduzione integrale dal reddito imponibile Irpef del premio annuo versato entro il limite di 4.000 euro; la piena deducibilità del premio dall'Irap e l'azzeramento del contributo di solidarietà per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei dipendenti..

a2) Si ipotizza inoltre di incentivare l'adesione di lavoratori giovani di età compresa tra 18 e 35 anni a coperture Ltc basate su un meccanismo assicurativo ad accumulo, con capitalizzazione collettiva, accessorie a Fondi pensione (negoziali o aperti). La prestazione erogata in caso di non autosufficienza è una rendita vitalizia annua di 12.000 euro differita all'età di 65 anni. Il diritto alla prestazione sorge nel caso di mancanza di 3 ADL su 6. Il premio annuo, da corrispondere fino all'età di 65 anni, è uguale per tutti gli individui che entrano nel fondo in un'età compresa fra 18 e 35 anni ed è pari a 500 euro.²⁹ L'adesione alla copertura addizionale Ltc è facoltativa. Si ipotizza di concedere un forte incentivo fiscale per l'acquisto della copertura accessoria in giovane età, prevedendo un credito di imposta ai fini Irpef pari al 30% del premio annuo per gli iscritti al Fondo pensione in età tra 18 e 35 anni che decidono di aderire all'assicurazione collettiva Ltc.³⁰

b) Il terzo pilastro del sistema misto di protezione Ltc

La copertura del rischio residuo di non autosufficienza avviene su base individuale e volontaria con polizze Ltc aventi le stesse caratteristiche descritte nello Scenario base e nello Scenario 1. Nel nuovo Scenario 2 non si ipotizza però nessun potenziamento del beneficio fiscale per queste polizze rispetto allo status quo. Pertanto, è prevista la detraibilità dall'Irpef al 19% del premio annuo entro il limite massimo attuale di 1291,14 euro.

Si prevede di promuovere le assicurazioni Ltc integrative, oltre che con il potenziamento dei benefici fiscali per il secondo pilastro, attraverso:

- la chiara definizione dell'intervento pubblico di base, anche con opportune campagne informative, in ragione di una maggiore consapevolezza e comprensione dei rischi di non autosufficienza che rimangono non coperti;
- il raccordo tra i criteri di valutazione della non autosufficienza adottati per l'accesso alle prestazioni pubbliche e quelli adottati dalle coperture integrative su base collettiva intermedie da fondi sanitari e fondi pensione (secondo pilastro);
- la definizione di un quadro normativo organico per le assicurazioni integrative con cui vengono stabiliti criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte (definizione legislativa dei tempi e delle modalità per l'accertamento della non autosufficienza, regolamentazione dei periodi di scoperto e di franchigia, limiti e tempi della revisione dei premi, portabilità delle coperture Ltc di tipo collettivo legate a Fondi sanitari e Fondi pensione, altri aspetti tecnici più di dettaglio);
- una campagna informativa sulle coperture Ltc di tipo collettivo e individuale che chiarisca le loro caratteristiche, i vantaggi e i costi della sottoscrizione.

Il percorso attuativo dello Scenario 2 prevede due fasi.

Nel primo triennio si concentrano gli sforzi sulla chiara definizione dei contorni dell'intervento pubblico. Sempre nella prima fase, si promuovono le assicurazioni integrative di

²⁹ L'ipotesi trae spunto dallo studio condotto dall'Isvap in collaborazione con il Censis nel 2007 (Censis, 2007, pp. 59-60).

³⁰ L'agevolazione si aggiunge alla deduzione ai fini Irpef del contributo annuo al Fondo pensione non superiore a 5.164,57 euro (o a 7.746,86 euro per i giovani lavoratori con prima occupazione successiva al 1 gennaio 2007; si veda il paragrafo 2.2.2).

puro rischio su base collettiva e si promuove il collegamento delle assicurazioni Ltc alla previdenza complementare. Si individuano criteri ragionevolmente chiari e uniformi sulle condizioni di operatività delle coperture offerte dalle polizze Ltc integrative. Si definiscono, per le coperture collettive Ltc del secondo pilastro, i criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza che siano in qualche misura uniformi ai criteri di accesso ai livelli essenziali (sociali e sociosanitari) e le regole di portabilità. Si avvia poi tra la popolazione una campagna informativa in merito alle polizze individuali e collettive.

Dopo il primo triennio, si completa il quadro normativo per la regolamentazione delle assicurazioni integrative e si potenziano le agevolazioni fiscali per le coperture collettive Ltc intermedie da Fondi sanitari integrativi e Fondi pensione.

Il Box 3 riporta una sintesi dei contenuti dello Scenario 2.

Grazie alle politiche di promozione delle coperture Ltc integrative e tenendo conto della base potenziale di persone assicurabili con le coperture collettive di tipo negoziale (fondi sanitari e fondi pensione), si possono ipotizzare due livelli incrementali per lo Scenario 2:

- 1) un primo livello in cui è ragionevole ipotizzare, nel medio periodo, una crescita complessiva del numero delle posizioni assicurative Ltc dalle attuali 335.000 a 1,5 milioni così articolata:
 - un aumento del numero di aderenti a fondi sanitari con copertura collettiva Ltc a ripartizione (assicurazione Ltc collettiva di tipo a1) dagli attuali 320.000 a 1,2 milioni;
 - un numero di aderenti a polizze Ltc collettive ad accumulazione accessorie a Fondi pensione (assicurazione Ltc collettiva di tipo a2) pari a 270.000 unità;
 - un aumento delle polizze Ltc individuali dalle attuali 15.000 a 30.000.
- 2) un secondo livello in cui è ragionevole ipotizzare, nel lungo periodo, una ulteriore crescita del numero delle posizioni assicurative Ltc che potrebbero a regime aumentare fino a 3 milioni (livello analogo a quello attualmente sperimentato in Francia) così articolate:
 - un numero di aderenti a fondi sanitari con copertura collettiva Ltc a ripartizione (assicurazione Ltc collettiva di tipo a1) pari a 2,55 milioni;
 - un numero di aderenti a polizze Ltc collettive ad accumulazione accessorie a Fondi pensione (assicurazione Ltc collettiva di tipo a2) pari a 400.000 unità;
 - un aumento delle polizze Ltc individuali dalle attuali 15.000 a 50.000.

Box 3 - Ipotesi di cambiamento: Scenario 2 (Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino dell'intervento pubblico per Ltc a parità di bilancio)

- **Le caratteristiche**

Soluzione mista pubblico-privato a tre pilastri con una modifica qualitativa del *primo pilastro*, senza aumentare l'impegno finanziario pubblico. La copertura integrativa Ltc viene realizzata a due livelli:

a) *secondo pilastro*:

a1) coperture collettive di puro rischio a premio uniforme tramite Fondi sanitari integrativi incentivate fiscalmente (deduzione Irpef integrale del premio entro il limite di 4.000 euro e contributo di solidarietà azzerato);

a2) polizze collettive Ltc ad accumulo accessorie Fondi pensione per le quali viene previsto un forte incentivo fiscale alla sottoscrizione da parte dei lavoratori giovani: credito di imposta Irpef del 30% del premio Ltc per iscritti a Fondo pensione tra 18 e 35 anni

b) *terzo pilastro*: coperture individuali date da polizze Ltc standard con beneficio fiscale attuale (premio detraibile da Irpef al 19% entro il limite massimo attuale di 1291,14€).

- **Il percorso attuativo**

Nel primo triennio: si concentrano gli sforzi sulla chiara definizione dei contorni dell'intervento pubblico; si definiscono, per le coperture collettive Ltc del secondo pilastro, i criteri di valutazione della condizione di non autosufficienza e le regole di portabilità; si informa la popolazione in merito all'assicurazione integrativa. Dopo il primo triennio: si completa il quadro normativo per la regolamentazione delle assicurazioni integrative; si potenziano le agevolazioni fiscali per le assicurazioni Ltc collettive del secondo pilastro.

Le tabelle 4.1 e 4.2 sintetizzano l'impatto in termini di spesa fiscale dei benefici fiscali alle coperture collettive previsti nello Scenario 2 con riferimento ai due livelli incrementali che si prevedono per le posizioni assicurative Ltc. Le tabelle evidenziano anche come, per entrambi i livelli incrementali ipotizzati, l'indice di Kakwani per la spesa fiscale sia sensibilmente più basso rispetto a quello relativo allo Scenario 1 (tabella 2), indicando una certa attenuazione del carattere regressivo del beneficio fiscale ottenuta grazie al forte sviluppo delle coperture collettive Ltc su base negoziale. L'incidenza del beneficio sul reddito rimane bassa, anche se comunque più elevata rispetto a quella che si ha nello Scenario 1.

La tabella 5 sintetizza, infine, i punti di forza e di debolezza dello Scenario 2 rispetto alle cinque dimensioni valutative.

Tab. 4.1 Scenario 2 - Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale (primo livello incrementale: numero assicurati a livello intermedio)

	N. assicurati (per 1000 residenti)	Raccolta premi totale
Coperture collettive puro rischio con Fondi sanitari	1.200.000 (20,3)	201.700.000
Coperture collettive ad accumulo con Fondi pensione (lavoratori giovani)	270.000 (4,6)	176.580.000
Polizze individuali	30.000 (0,5)	23.300.000
Totale	1.500.000 (25,4)	401.580.000
Minor gettito Irap		4.635.150
Minori contributi sociali		27.912.500
Minor gettito Irpef (per detrazioni)		4.200.000
Minor gettito Irpef (per deduzioni)		38.700.000
Credito d'imposta coperture collettive ad accumulo		52.974.000
Totale spesa fiscale		128.421.650
<i>Minor gettito Irpef complessivo *</i> <i>(ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)</i>		66.200.000
Totale spesa fiscale*		155.921.650
Incidenza		0,0001
Indice di Kakwani		0,0576

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

Tabella 4.2 Scenario 2 - Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale (secondo livello incrementale: numero assicurati a livello di Francia)

	N. assicurati (per 1000 residenti)	raccolta premi totale
Coperture collettive puro rischio con Fondi sanitari	2.550.000 (43,2)	423.800.000
Coperture collettive ad accumulo con Fondi pensione (lavoratori giovani)	400.000 (6,8)	261.600.000
Polizze individuali	50.000 (0,8)	37.900.000
Totale	3.000.000 (50,8)	723.300.000
Minor gettito Irap		9.590.100
Minori contributi sociali		58.075.000
Minor gettito Irpef (per detrazioni)		5.800.000
Minor gettito Irpef (per deduzioni)		74.500.000
Credito d'imposta coperture collettive ad accumulo		78.480.000
Totale spesa fiscale		226.445.100
<i>Minor gettito Irpef complessivo *</i> <i>(ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)</i>		130.400.000
Totale spesa fiscale*		282.345.100
Incidenza		0,0002
Indice di Kakwani		0,0801

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

Tab. 5. Le dimensioni valutative dello Scenario 2 (Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino dell'intervento pubblico per Ltc a parità di bilancio)

1. Finanza pubblica Spesa pubblica totale per Ltc invariata. Spesa fiscale aumenta (a regime potrebbe arrivare a 226,445 milioni di euro, pari al 31% dei premi versati).
2. Efficacia (ampiezza ed estensione della copertura assicurativa Ltc) Migliora con una maggiore copertura assicurativa della popolazione rispetto allo status quo (Scenario base) e allo Scenario 1.
3. Equità Più elevata rispetto allo status quo e allo Scenario 1 perché: i) si riduce molto l'effetto regressivo dei benefici fiscali (si sviluppano relativamente meno le polizze individuali e di più le coperture collettive, in particolare per i lavoratori più giovani). ii) si riduce l'inequità intercategoriale con Fondi sanitari per Ltc rivolti a più ampie categorie di occupati (livello Francia). Possibilità che permangano iniquità territoriali determinate dalla ineguale distribuzione delle coperture assicurative Ltc nel territorio.
4. Differenziazioni territoriali Possono anche aumentare rispetto allo status quo (Scenario base) e allo Scenario 1, in particolare se le coperture collettive verranno offerte anche dai Fondi sanitari gestiti da Regioni e enti locali.
5. Fattibilità Buona per il primo livello incrementale (1,5 milioni di assicurati). Minore per il secondo livello incrementale (3 milioni di assicurati)
6. Welfare futuro Spinta allo sviluppo di Fondi pensione e Fondi sanitari integrativi (con implicazioni indicate in Scenario base – Tab. 1) e del mercato dei servizi accreditati a questi collegati.

3.5. Scenario 3: Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino e potenziamento dell'intervento pubblico per Ltc

Lo Scenario 3 si basa sullo schema misto pubblico-privato a tre pilastri descritto nello Scenario 2. Tuttavia, oltre alla modifica qualitativa del primo pilastro pubblico (definizione dei Lea per la non autosufficienza; razionalizzazione di prestazioni e benefici finanziari esistenti; criteri uniformi e coordinati di valutazione della non autosufficienza), nello Scenario 3 si prevede anche un incremento delle risorse pubbliche impegnate in modo da adeguare maggiormente i Lea ai bisogni dei non autosufficienti.³¹

La copertura del rischio di non autosufficienza complementare e supplementare dell'intervento pubblico viene realizzata a due livelli come nello Scenario 2, ma con necessità di minore integrazione assicurativa e con minori incentivi fiscali.

³¹ Tal incremento potrebbe assumere le dimensioni indicate da diverse analisi e proposte di sviluppo di un sistema unitario dell'assistenza continuativa. Ad esempio, la proposta del Gruppo per la riforma dell'assistenza continuativa (Gori, 2006), quantificava in 4 miliardi di euro le risorse addizionali nei prossimi tre anni, prevedendo allo scopo diverse ipotesi di finanziamento.

a) Il secondo pilastro del sistema misto di protezione Ltc.

a1) Le coperture collettive a ripartizione offerte dai fondi sanitari hanno le stesse caratteristiche strutturali descritte nello Scenario 1. In ragione del minore gap assicurativo da coprire, la rendita vitalizia annua assicurata è ipotizzata ora pari a 6.000 euro. L'aliquota del premio viene corrispondentemente ridotta allo 0,25% del reddito lordo del lavoratore entro il limite annuo massimo di 500 euro. Vengono previsti benefici fiscali come nello Scenario 1 prevedendo: la deduzione integrale dal reddito imponibile Irpef del premio annuo versato entro il limite di 4.000 euro; la piena deducibilità del premio dall'Irap e un contributo di solidarietà del 10% per la parte di premio pagata direttamente dal datore di lavoro a favore dei dipendenti.

a2) Si ipotizza di incentivare l'adesione di lavoratori giovani di età compresa tra 18 e 35 anni a coperture Ltc basate su un meccanismo assicurativo ad accumulo accessorie a Fondi pensione. La prestazione erogata in caso di non autosufficienza è una rendita vitalizia annua di 6.000 euro differita all'età di 65 anni. Il diritto alla prestazione sorge nel caso di mancanza di 3 ADL su 6. Il premio annuo, da corrispondere fino all'età di 65 anni, è uguale per tutti gli individui che entrano nel fondo in un'età compresa fra 18 e 35 anni ed è pari a 250 euro. L'adesione alla copertura addizionale Ltc è facoltativa. Si ipotizza di concedere un forte incentivo fiscale per l'acquisto della copertura accessoria in giovane età, prevedendo un credito di imposta ai fini Irpef pari al 30% del premio annuo per gli iscritti al Fondo pensione in età tra 18 e 35 anni che decidono di aderire all'assicurazione collettiva Ltc. L'agevolazione si aggiunge alla deduzione ai fini Irpef del contributo annuo al Fondo pensione.

b) Il terzo pilastro del sistema misto di protezione Ltc

La copertura del rischio residuo di non autosufficienza avviene su base individuale e volontaria con polizze Ltc aventi le stesse caratteristiche descritte nello Scenario base e nello Scenario 1. In ragione della maggiore tutela offerta dal primo pilastro pubblico, la rendita assicurata è ora pari a 6.000 euro e viene ridotto anche il premio annuo. Non si ipotizza nessun potenziamento del beneficio fiscale per queste polizze rispetto allo status quo. Pertanto, è prevista la detraibilità dall'Irpef al 19% del premio annuo entro il limite massimo attuale di 1291,14 euro.

Nello Scenario 3 si promuovono le assicurazioni Ltc integrative, oltre che con benefici fiscali più contenuti per il secondo pilastro, anche attraverso:

- la chiara definizione dell'intervento pubblico di base, anche con opportune campagne informative;
- l'uniformazione tra i criteri di valutazione della non autosufficienza adottati per l'accesso alle prestazioni pubbliche e il loro raccordo con quelli adottati dalle coperture integrative su base collettiva intermedie da fondi sanitari e fondi pensione (secondo pilastro);
- la definizione di un quadro normativo organico per le assicurazioni integrative;
- una campagna informativa sulle coperture Ltc di tipo collettivo e individuale che chiarisca le loro caratteristiche, i vantaggi e i costi della sottoscrizione.

Il percorso attuativo dello Scenario 3 prevede due fasi che assumono gli stessi connotati esaminati nello Scenario 2. Il Box 4 riporta una sintesi dei contenuti dello Scenario 3.

Grazie alle politiche di promozione delle coperture Ltc integrative e tenendo conto della base potenziale di persone assicurabili con le coperture collettive di tipo negoziale (fondi sanitari e fondi pensione), si possono ipotizzare per lo Scenario 3 i due livelli incrementali già descritti con riferimento allo Scenario 2 (1,5 milioni di assicurati in una prima fase; 3 milioni di assicurati a regime), che potranno essere conseguiti ricorrendo a minori incentivi fiscali in ragione dell'aumento delle risorse pubbliche destinate all'assistenza continuativa.

Le tabelle 6.1 e 6.2 sintetizzano l'impatto in termini di spesa fiscale degli incentivi fiscali alle coperture collettive previsti nello Scenario 3 con riferimento ai due livelli incrementali che si prevedono per le posizioni assicurative Ltc.³²

Box 4 - Ipotesi di cambiamento: Scenario 3 (Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino e potenziamento dell'intervento pubblico per Ltc)

- **Le caratteristiche**

Soluzione mista pubblico-privato a tre pilastri con una modifica qualitativa e un potenziamento delle risorse dell'intervento pubblico (*primo pilastro*). La copertura integrativa Ltc viene realizzata a due livelli:

a) secondo pilastro:

a1) coperture collettive di puro rischio a premio uniforme operanti tramite fondi sanitari integrativi con minore incentivo fiscale rispetto allo Scenario 2 (deduzione IRPEF integrale del premio entro il limite di 4.000 euro e contributo di solidarietà del 10%);

a2) polizze collettive Ltc ad accumulo accessorie a Fondi pensione per le quali viene previsto un forte incentivo fiscale alla sottoscrizione da parte dei lavoratori giovani (credito di imposta Irpef del 30% del premio Ltc per iscritti a Fondo pensione tra 18 e 35 anni)

b) terzo pilastro: coperture individuali date da polizze Ltc standard con beneficio fiscale attuale (premio annuo detraibile da Irpef al 19% entro il limite massimo di 1291,14€)

Il percorso attuativo (vedi Scenario 2).

³²

Le tabelle 6.1 e 6.2 evidenziano anche come, per entrambi i livelli incrementali ipotizzati, l'indice di Kakwani per la spesa fiscale sia leggermente più basso rispetto a quello relativo allo Scenario 2 (tabelle 4.1 e 4.2), indicando una lieve attenuazione del carattere regressivo del beneficio fiscale ottenuta grazie alla moderazione delle agevolazioni fiscali consentita dal maggiore impegno pubblico. L'incidenza del beneficio sul reddito rimane comunque molto bassa.

Tab. 6.1. Scenario 3 - Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale (primo livello incrementale: numero assicurati a livello intermedio)

	N. assicurati (per 1000 residenti)	raccolta premi totale
Coperture collettive puro rischio con Fondi sanitari	1.200.000 (20,3)	100.850.000
Coperture collettive ad accumulo con Fondi pensione (lavoratori giovani)	270.000 (4,6)	88.290.000
Polizze individuali	30.000 (0,5)	11.650.000
Totale	1.500.000 (25,4)	177.100.000
Minor gettito Irap		2.317.575
Minori contributi sociali		8.013.750
Minor gettito Irpef (per detrazioni)		2.200.000
Minor gettito Irpef (per deduzioni)		19.400.000
Credito d'imposta coperture collettive ad accumulo		26.487.000
Totale spesa fiscale		58.418.325
<i>Minor gettito Irpef complessivo * (ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)</i>		33.000.000
Totale spesa fiscale*		72.018.325
Incidenza		0,00007
Indice di Kakwani		0,0566

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

Tab. 6.2. Scenario 3 - Previsione di assicurati, premi raccolti e spesa fiscale (secondo livello incrementale: numero assicurati a livello di Francia)

	N. assicurati (per 1000 residenti)	raccolta premi totale
Coperture collettive puro rischio con Fondi sanitari	2.550.000 (43,2)	211.900.000
Coperture collettive ad accumulo con Fondi pensione (lavoratori giovani)	400.000 (6,8)	130.800.000
Polizze individuali	50.000 (0,8)	18.950.000
Totale	3.000.000 (50,8)	361.650.000
Minor gettito Irap		4.795.050
Minori contributi sociali		16.742.500
Minor gettito Irpef (per detrazioni)		3.000.000
Minor gettito Irpef (per deduzioni)		37.300.000
Credito d'imposta coperture collettive ad accumulo		39.240.000
Totale spesa fiscale		101.077.550
<i>Minor gettito Irpef complessivo * (ipotesi di premio a carico imprese sostitutivo di aumento retributivo)</i>		65.200.000
Totale spesa fiscale*		128.977.550
Incidenza		0,00010
Indice di Kakwani		0,0794

Fonte: elaborazioni di Emanuele Ciani (2009). Dati: Indagine Banca d'Italia 2006; Pellegrino (2007)

La tabella 7 sintetizza, infine, i punti di forza e di debolezza dello Scenario 3 rispetto alle cinque dimensioni valutative.

Tabella 7: Le dimensioni valutative dello Scenario 3 (Schema pubblico-privato a tre pilastri - Incentivazione assicurazione Ltc integrativa con riordino e potenziamento dell'intervento pubblico per Ltc)

1. Finanza pubblica Spesa pubblica totale per Ltc aumentata. Spesa fiscale più contenuta rispetto allo Scenario 2 (a regime potrebbe arrivare a 101,08 milioni di euro, pari al 28% dei premi versati).
2. Efficacia (ampiezza ed estensione della copertura assicurativa Ltc) Ipotizzata analoga allo Scenario 2. Possibile aumento della copertura, essendo più accessibile una assicurazione integrativa che deve coprire un gap di rischio minore.
3. Equità Più elevata rispetto allo status quo e allo Scenario 2 perché: i) la spesa out of pocket per Ltc viene sostituita da spesa pubblica. ii) si riduce l'effetto regressivo dei benefici fiscali (si sviluppano relativamente meno le polizze individuali e di più le coperture collettive, in particolare per i lavoratori più giovani). ii) si riduce l'iniquità intercategoriale con Fondi sanitari per Ltc rivolti a più ampie categorie di occupati (livello Francia). Possibilità che permangano iniquità territoriali determinate dalla ineguale distribuzione delle coperture assicurative Ltc nel territorio. Ridotto effetto regressivo dei benefici fiscali.
4. Differenziazioni territoriali Più attenuate rispetto allo Scenario 2, essendo previsto un potenziamento dei Lea per la non autosufficienza.
5. Fattibilità Moderata per il livello massimo di copertura assicurativa integrativa: aumenta la probabilità di arrivare ad un numero di assicurati simile alla Francia (3 milioni).
6. Welfare futuro Spinta allo sviluppo di Fondi pensione e Fondi sanitari integrativi (con implicazioni indicate in Scenario base – Tab. 1) e del mercato dei servizi accreditati a questi collegati.

4. Conclusioni

Il presente contributo, dopo avere analizzato le caratteristiche, le finalità e le criticità delle assicurazioni private per la copertura del rischio di non autosufficienza (assicurazioni Ltc), ha esaminato tre possibili scenari evolutivi di tali coperture assicurative nel contesto italiano. Gli scenari ipotizzati prevedono una forte incentivazione delle coperture assicurative Ltc di tipo collettivo veicolate da Fondi sanitari integrativi e, in parte, da Fondi pensione.

La realizzazione degli scenari ipotizzati presuppone l'attuazione del nuovo decreto del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 11/11/2009 che, sulla scorta del precedente decreto del Ministro della Salute del 31/03/2008, prevede una serie di requisiti operativi che enti, casse assistenziali, società di mutuo soccorso e fondi sanitari devono soddisfare per beneficiare delle attuali agevolazioni fiscali, tra cui in particolare la condizione di erogare

prestazioni odontoiatriche e/o di Ltc in misura non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite al netto delle spese gestionali.

Una prospettiva interessante potrebbe essere anche quella dell'istituzione di Fondi integrativi ad adesione obbligatoria istituiti da Regioni ed enti locali, secondo uno schema assicurativo a ripartizione del tipo di quello considerato negli Scenari qui presentati, recuperando per questa via quanto era già previsto dall'art. 9 del D.Lgs. 229/1999 che indicava, tra le fonti istitutive dei Fondi integrativi del Ssn, anche i regolamenti di Regioni, enti territoriali ed enti locali.

L'equilibrio attuariale tra premi/contributi e prestazioni di questi Fondi Ltc territoriali integrativi potrebbe essere ottenuto affidando la gestione della copertura assicurativa collettiva, mediante gara ad evidenza pubblica, ad una compagnia assicurativa con adeguate caratteristiche strutturali e di affidabilità. Il finanziamento dei premi potrebbe essere realizzato ricorrendo eventualmente a una addizionale facoltativa Irpef che si configurerebbe come tributo locale di scopo: i cittadini di una Regione o di un ente locale sarebbero tenuti a versare un contributo percentuale del loro reddito di tipo uniforme per la copertura Ltc (dovrebbero comunque essere previste esenzioni e sgravi per i meno abbienti).³³ Questa soluzione appare particolarmente interessante per i Comuni che potrebbero ridurre i rischi finanziari per i servizi sociali che sono tenuti a garantire (in primis l'integrazione delle rette e i servizi per gli indigenti) e, più in generale, potrebbe aumentare sia il livello di efficienza allocativa sia il livello di equità intercategoriale del sistema. Non va però trascurato il pericolo che, in prospettiva, coperture integrative Ltc di tipo regionale e locale di questo tipo possano ampliare i differenziali territoriali nella protezione dei non autosufficienti.

Riferimenti bibliografici

Andorno S. (2003), *Le caratteristiche tecniche delle polizze long term care offerte in Italia: criteri di assunzione e valutazione del rischio*, in Paci S. (a cura di), *Il rischio di non autosufficienza e l'offerta assicurativa in Italia*, Collana CERAP, Milano, Egea, pp. 143-153.

Ania (2009), *L'assicurazione italiana 2008/2009*, disponibile nel sito: www.ania.it

Ania (2008), *L'assicurazione italiana 2007/2008*, disponibile nel sito: www.ania.it

Assr (2003), *Assistenza agli anziani non autosufficienti. Prestazioni, modalità di finanziamento e modelli organizzativi possibili*, in *Monitor*, N. 4, Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, marzo-aprile, pp. 12-29.

³³ Un primo esercizio di quantificazione effettuato al riguardo da Emanuele Ciani - tenendo conto della prevalenza di persone con almeno 4 Adl mancanti nelle diverse Regioni desunta dall'Indagine Multiscopo Istat 2004-2005 (come indicatore dello stato di non autosufficienza) e ipotizzando un *loading* sul premio equo del 15% - evidenzia come una copertura assicurativa integrativa regionale per garantire una prestazione annua di 12.000 euro in caso di non autosufficienza richiederebbe mediamente un'addizionale Irpef di aliquota pari allo 0,62%. L'aliquota richiesta per la copertura appare variabile tra le Regioni: ad esempio, per l'Emilia-Romagna e il Lazio sarebbe inferiore alla media e pari rispettivamente a 0,5 e 0,56%.

- Beltrametti L. (2001), *Il finanziamento dell'assistenza continuativa*, in Gori, C (a cura di), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, Milano, Franco Angeli, pp 89-127.
- Beltrametti L., Boitani A., Bosi P. (2001), *Risposte all'impasse anziani tra economia ed equità*, *Il Sole24Ore Sanità*, 13-19 novembre, pp. 14-15.
- Beltrametti L. (2005), *La progettazione di un programma di assistenza alle persone non autosufficienti: una sintesi delle principali opzioni*, in Banchemo A. (a cura di), *Programmare i servizi sociali e sociosanitari*, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna, pp. 199-213.
- BNL – Centro Einaudi (2002), *Il risparmiatore si confessa. XX Rapporto sul risparmio e sui risparmiatori in Italia*, “Quaderni di Ricerca Le radici del futuro: il risparmio”, Milano, Guerini e Associati.
- Buccelli C., Sirignano A. (2001), *Le assicurazioni 'Assistenza di lungo periodo (LTCL)*, *Minerva Medico-Legale*, vol. 121, n. 2, pp. 99-108.
- Brau R., Lippi Bruni M., Pinna A.M. (2003), *La domanda di copertura per il rischio di non autosufficienza: un'analisi empirica*, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia - 2003*, Bologna, Il Mulino, pp. 139-169.
- Brau R., Fiorentini G., Lippi Bruni M., Pinna A.M. (2004), *La disponibilità a pagare per la copertura del rischio di non autosufficienza: analisi econometria e valutazioni di policy*, “*Politica Economica*”, 20, pp. 357-388.
- Casdic (2009), *Circolare contenente le linee guida per la gestione dell'attività e la definizione quantitativa e qualitativa delle prestazioni erogate dalla Cassa nel triennio 2008-2010 in materia di Long Term Care*, Delibera del Consiglio di Amministrazione del 29/05/2009
- Castellarin R., Valentini P. (2009), *La salute assicurata*, “Milano Finanza”, 7 marzo, 2009, p. 24.
- Censis (2006), *40° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese: Il sistema del Welfare*, Milano, Franco Angeli, pp. 259-355.
- Cerati (2002), *La nuova disciplina fiscale dei fondi sanitari: attuale scenario e possibili interazioni con altri modelli*, Atti del Convegno, *Opportunità fiscali e giuridiche nelle prestazioni sanitarie integrative*, Asseprim, Milano, 21 giugno.
- Cnel (2001), *La copertura dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone in età avanzata. Osservazioni e proposte*, Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, Assemblea 25 gennaio.
- Coda Moscarola F. (2003), *L'assistenza di lungo termine agli anziani non autosufficienti (LTC). Un'analisi comparativa e prospettica con un'applicazione alla Regione Piemonte*, con la supervisione di E. Fornero, Rapporto CeRP – Center for Research on Pensions and Welfare Policies, Moncalieri, maggio.
- Contrino A. (2003), *I contratti di assicurazione long term care nel diritto tributario*, in Paci S. (a cura di), *Il rischio di non autosufficienza e l'offerta assicurativa in Italia*, Collana CERAP, Milano, Egea, pp. 155-177.
- Courbage C., Roudaut N. (2008), *Empirical Evidence on Long-term Care Insurance Purchase in France*, “The Geneva Papers”, 33, pp. 645-658.
- Dell'Oste C. (2008), *Coperti dai rischi della terza età*, *Il Sole24Ore*, 11 febbraio 2008, p. 3.
- Faregna L. (2001), *Assicurazione L.T.C.*, Studio Candian e Associati, Nota per Unisalute, 18 settembre 2001.

- Giuro C., Valentini P. (2008), *Polizze in salute*, Milano Finanza, 22 novembre 2008, pp. 45-46.
- Giuro C. (2008), *Il fondo pensa alla salute*, "Milano Finanza", 9 febbraio 2008, p. 33.
- Gori C.(a cura di) (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Collana Fondazione Smith-Kline, Bologna, Il Mulino.
- Gori C. (2008), *Il dibattito sulla riforma nazionale*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti: Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Roma, Carocci, pp. 237-282
- Guillen M., Pinquet J. (2008), Long-Term Care: Risk Description of a Spanish Portfolio and Economic Analysis of the Timing of Insurance Purchase, "The Geneva Papers", 33, pp. 659-672.
- Hanau C., Iurlaro F. (2005), *Per l'istituzione di un fondo per la non autosufficienza*, in Genuini G.F., Rizzino P., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di), *Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari*, Collana Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna, pp. 97-136.
- Isle (2003), *Proposte per un progetto di copertura pubblica e privata dei rischi di non autosufficienza fisica delle persone anziane*, Istituto per la Documentazione e gli Studi Legislativi, Roma.
- Isvap (2001), *Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, "Quaderno", n.11.
- Isvap (2007), *La non autosufficienza degli anziani: il caso italiano alla luce delle esperienze estere*, Rapporto in collaborazione con il CENSIS, Roma, aprile, 2007.
- Labate G. (2009), *Il concetto di sanità integrativa nella legislazione italiana*, in Fisascat-Cisl Nazionale (a cura di), *L'Assistenza Sanitaria Integrativa in Italia nell'ambito del Welfare Contrattuale*, Laboratorio Terziario, Semestrale - Supplemento n° 2 al n° 1 del 2009 - Anno III, Union Labor, Roma, pp. 59-67.
- Lamura G., Principi A. (2009), *I trasferimenti monetari*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli, Rimini, pp. 69-82.
- Le Corre P-Y. (2008), *Long Term Care Insurance: French and International Perspective*, The Geneva Association, Extract from Études et Dossiers, No. 348, 5th Geneva Association Health & Ageing Conference, *Long Term Care – Risk Profiles, Determinants and Financing*, 6-7 November 2008, London.
- Levantesi S. (2008), *La copertura del rischio di non autosufficienza nei fondi pensione*, MEFOP, Sviluppo, Mercato, Fondi pensione, Working Paper n. 17.
- Manzato R. (2008), *Il Fondo unico nazionale Ltc del settore assicurativo*, presentazione, Assoprevidenza, Torino, 3 dicembre 2008,
- Manzato R. (2009), *Riflessioni del settore assicurativo sulla attuale regolamentazione della sanità complementare e alcune proposte*, documento redatto per il seminario, *Proposte per nuove forme integrative di assistenza sanitaria e socio-sanitaria*, Camera dei Deputati, Roma, 20 gennaio 2009
- Mossialos E., Thomson S. (2004), *Voluntary Health Insurance in the European Union*, World Health Organization – European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

- Paccagnella O., Rebba V., Weber (2008), *Voluntary private health care insurance among the over fifties in Europe: a comparative analysis of SHARE data*, Marco Fanno “Working Paper” N. 86, Dipartimento di Scienze economiche, Università di Padova.
- Pammolli F., Salerno N.C. (2008), *Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: tredici buone ragioni per i fondi aperti per il welfare*, CERM, Nota 3-2008, www.cermlab.it
- Pellegrino S. (2007), *Il modello di microsimulazione Irpef 2004*, SIEP – Società Italiana di Economia Pubblica, Working Paper, n. 583, gennaio.
- Pesaresi F., Brizioli, *I servizi residenziali*, in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L’assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rapporto promosso dall’IRCCS-INRCA per l’Agenzia nazionale per l’invecchiamento, Maggioli, Rimini, pp. 53-68
- Pitacco E. (2002), *Le coperture ‘income protection’, ‘dread disease’, ‘long-term care’*, in Candian A.D. e Paci S. (a cura di), *Manuale di tecnica delle assicurazioni*, Milano, Giuffrè, cap. 19, pp. 1379-1403.
- Rebba V. (2003), *La normativa italiana sui fondi sanitari integrativi*, in Nomisma-Criep (a cura di), *I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana?*, Fondazione Pfizer, Roma, Franco Angeli, pp. 181-199.
- Rebba V. (2006), *Il ruolo dell’assicurazione volontaria*, in Gori C. (a cura di), *La riforma dell’assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Collana Fondazione Smith-Kline, Il Mulino, Bologna, pp. 395-419.
- Rebba V. (2009a), *I costi della disabilità in Italia*, in Ongaro F., Salvini S. (a cura di), *Rapporto sulla popolazione: salute e sopravvivenza*, Bologna, Il Mulino, pp. 126-129.
- Rebba V. (2009b), *Long-term care in Italy*, 7th World Congress International of Health Economics Association: Harmonizing Health and Economics, Organized Session: Ageing and long term care financing: an international comparison Beijing, July 14.
- Stevenson D.G., Cohen M.A., Tell E.J., Burwell B. (2010), *The Complementarity of Public and Private Long-Term Care Coverage*, “Health Affairs”, 29, No. 1, pp. 96-101.
- Taleyson L. (2003), *Private Long-Term care Insurance – International Comparisons*, *The Geneva Association, Health and Ageing Newsletter*, N° 08, March, 2003, pp. 8-11.
- Wiener, J. M., Illston, L.H., Hanley, R.J. (1994), *Sharing the Burden: Strategies for Public and Private Long-Term Insurance*, Washington, D.C., Brookings Institution.