



Commissione permanente Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato

**Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute**

Audizione del Segretario Generale  
dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS)

Stefano De Polis

Roma, 16 febbraio 2023

Signor Presidente, Onorevoli Senatori,

desidero ringraziare la Commissione per l'invito a partecipare al ciclo di audizioni nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di Welfare e di tutela della salute.

L'incontro è un'occasione preziosa per poter illustrare il ruolo del sistema assicurativo e le competenze dell'Istituto nel settore del *welfare* (nelle sue componenti previdenziale, sanitaria, e assistenziale).

Siamo in presenza di dinamiche demografiche che determineranno un inevitabile incremento della domanda di servizi sanitari e di previdenza, ad oggi soddisfatta prevalentemente dal settore pubblico.

Passerò in rassegna i tre profili di attività con un'attenzione particolare alle tematiche della sanità integrativa, di crescente e sempre più attuale interesse in considerazione dell'aumento della speranza di vita e del conseguente invecchiamento della popolazione, della costante e progressiva crescita della spesa sanitaria privata, ma anche quale effetto indiretto della pandemia che ha reso evidente l'esigenza di rimodulare il complessivo sistema sanitario.

Tra i programmi del PNRR c'è il rafforzamento del SSN con la realizzazione di case di cura dedicate alla gestione di malattie croniche legate al processo di invecchiamento della popolazione italiana; sono altresì previsti investimenti in infrastrutture sociali, nonché nei servizi sociali e sanitari di comunità e domiciliari, per migliorare l'autonomia delle persone con disabilità. Sarà importante poi offrire soluzioni per le persone non autosufficienti, destinate a crescere in conseguenza del progressivo invecchiamento della popolazione.

## **I TREND DEMOGRAFICI**

L'Italia è tra i paesi economicamente evoluti con maggior tasso di invecchiamento.

Dopo la battuta d'arresto rilevata nel 2020, causa pandemia<sup>1</sup>, la speranza di vita alla nascita è tornata a crescere nel 2021, ed è pari a 82,5 anni<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> I dati ISTAT – ISS 2021 (Report ISTAT – ISS 2022) riportano che i decessi nel 2020 sono pari a 746.146 e nel 2021 sono pari a 709.035, a fronte di una media dei decessi 2015 – 19 pari a 645.620.

<sup>2</sup> ISTAT 2022

Denatalità e invecchiamento della popolazione sono tendenze comuni in vari paesi europei.

Mettendo a paragone la nostra situazione con quella di Francia e Germania, sia oggi che nelle proiezioni al 2030 l'Italia mostra i livelli più elevati per quota di over-65, per quota di over-80 e per rapporto di dipendenza degli anziani over-65 in relazione alla popolazione in età da lavoro.

## **LA PREVIDENZA COMPLEMENTARE. CENNI**

### *Il ruolo del settore assicurativo*

Il sistema della previdenza complementare, come delineato dal D. lgs n. 252/2005, si basa su varie tipologie di forme pensionistiche, con diversa natura giuridica.

Una prima tipologia è rappresentata dai fondi pensione negoziali, istituiti, in virtù di accordi collettivi di lavoro, in forma di soggetti giuridici di natura associativa. Le imprese di assicurazione autorizzate ai rami vita concorrono, insieme alle banche, società di intermediazione mobiliare e società di gestione del risparmio, alla gestione delle risorse dei fondi pensione negoziali nell'ambito del ramo VI di attività.

Le altre forme di previdenza complementare sono costituite dai fondi pensione aperti e dai piani individuali pensionistici (PIP). I primi sono costituiti dagli intermediari finanziari appena richiamati, hanno natura di patrimonio separato ma sono privi di autonomia soggettiva rispetto all'ente promotore. L'adesione ai fondi pensione aperti può avvenire sia su base individuale che su base collettiva.

L'adesione ai piani individuali pensionistici (PIP) è invece esclusivamente individuale; essi possono essere offerti da imprese di assicurazione mediante: (i) contratti di assicurazione sulla vita, con prestazione garantita il cui rendimento è collegato a quello di una gestione interna separata (contratti di ramo I) o (ii) contratti di tipo *unit linked* nei quali la rivalutazione della posizione individuale è collegata al valore delle quote di uno o più fondi interni detenuti dall'impresa di assicurazione oppure al valore di quote di OICR (contratti di ramo III).

Le imprese di assicurazione possono, inoltre, offrire garanzie caso morte e invalidità, spesso previste come prestazioni accessorie alla gestione delle risorse previdenziali affidate ai fondi pensione, sia negoziali che aperti. Alle imprese di assicurazione è inoltre riservata l'erogazione delle prestazioni in rendita al termine della fase di accumulo.

A queste forme si è di recente aggiunto un nuovo prodotto pensionistico ad adesione individuale, il Pan-European Personal Pension Product (PEPP), disciplinato dal

Regolamento europeo (UE) 2019/1238. Lo possono offrire gli intermediari finanziari abilitati alla gestione dei fondi pensione. Il PEPP dovrebbe favorire la creazione e lo sviluppo del mercato unico europeo delle forme di previdenza complementare ad adesione individuale, affiancandosi ai prodotti pensionistici già presenti negli Stati membri. Ancora è presto per dare anche solo prime valutazioni atteso che nell'elenco tenuto dall'Autorità europea delle assicurazioni e delle pensioni aziendali e professionali (EIOPA) risulta sia stato autorizzato un solo prodotto in Slovacchia.

#### *L'articolazione del sistema di vigilanza*

Nell'ordinamento italiano, le funzioni e le competenze in materia di trasparenza e correttezza dei comportamenti e, più in generale, in ordine al buon funzionamento del sistema di previdenza complementare sono affidate alla Covip.

Il d.lgs. 252/2005 fa invece salve le competenze di vigilanza prudenziale sui soggetti gestori definite negli ordinamenti settoriali da parte di Ivass e Banca d'Italia e i poteri di cui le stesse dispongono con riferimento alla vigilanza di stabilità.

La medesima ripartizione di competenze si applica anche alla vigilanza sui PEPP<sup>3</sup>.

Nel 2011 Isvap (ora Ivass) e Covip hanno stipulato un protocollo per definire le forme e le modalità della reciproca collaborazione con il fine ultimo di accrescere l'efficacia dell'azione di controllo e di ridurre gli oneri sui soggetti vigilati.

Una fotografia accurata e completa della previdenza complementare in Italia è contenuta nella Relazione presentata dinanzi a questa Commissione dalla Covip; mi limito pertanto, in questa sede, a richiamare due aspetti.

Il quadro normativo (regole e controlli) della previdenza complementare è sufficientemente definito. Le diverse forme pensionistiche integrative sono assoggettate a una normativa precisa e ben delineata e a una attività di vigilanza sia cartolare che ispettiva. Le norme riservano grande attenzione alla trasparenza e alla concorrenza tra forme pensionistiche alternative.

---

<sup>3</sup> Il regolamento europeo (art. 11) chiarisce che i fornitori e i distributori di PEPP sono assoggettati allo specifico regime prudenziale settoriale applicabile a ciascuno di essi e alle norme attuative varate in ciascuno stato membro. La legge 23 aprile 2021, n. 53 che ha fissato i criteri direttivi per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento europeo materia di PEPP ha designato la COVIP come autorità competente per le procedure di registrazione dei PEPP nonché come unico soggetto deputato allo scambio di informazioni con le autorità competenti degli Stati membri e di comunicazioni con l'EIOPA e ha rinviato a un decreto delegato, di prossima emanazione, il compito di individuare nel dettaglio le autorità nazionali competenti a esercitare le altre attività di vigilanza previste dal medesimo regolamento, tra cui la vigilanza sull'adozione e la corretta attuazione delle procedure in materia di governo e di controllo del prodotto, sempre in coerenza con il generale assetto e il riparto di competenze previsti a livello nazionale.

Vi sono spazi per una ulteriore valorizzazione della previdenza complementare; alcune proposte sono contenute nella relazione della Covip. In questa sede ribadiamo la nostra disponibilità a contribuire, per quanto nelle nostre competenze e in stretta cooperazione con le altre autorità di settore e le altre istituzioni, a una riflessione strategica su possibili interventi, evoluzioni che possano contribuire all'ulteriore sviluppo delle diverse forme di previdenza complementare.

### **LA NON AUTOSUFFICIENZA**

Il fenomeno dell'invecchiamento demografico, che ho ricordato in premessa, incide anche sui bisogni di cura conseguenti alla perdita dell'autosufficienza nell'età avanzata. È un tema che coinvolge sia il sistema previdenziale sia quello sanitario, che lo esclude dalle prestazioni del SSN.

La spesa pubblica per *Long Term Care* (LTC), rivolta ad anziani e disabili non autosufficienti, comprende: i) la componente sanitaria, ii) la spesa per indennità di accompagnamento e iii) la spesa per altre prestazioni. Dalle proiezioni svolte dalla Ragioneria dello Stato emerge che il rapporto fra spesa a carico dello Stato per LTC e PIL passerà dall'1,9% del 2020 al 2,8% del 2070<sup>4</sup>.

A queste spese vanno sommate quelle sostenute direttamente dalle famiglie, che nel 2021 sono state stimate pari a 23 miliardi di euro, sommando i costi dei soggiorni nelle Residenze Sociali Assistite, dell'assistenza domiciliare da parte dei familiari o dei *care-giver* professionali.

Per far fronte ai bisogni presenti e futuri delle persone anziane non autosufficienti può essere opportuno coinvolgere maggiormente il settore assicurativo. Le polizze LTC sono ancora poco diffuse nel nostro Paese<sup>5</sup>. Questi contratti, in presenza di un'ampia platea di assicurati, a fronte di premi pagati durante la vita lavorativa sono in grado di garantire l'erogazione di una rendita assicurativa o la prestazione di servizi socio/sanitari a favore dei soggetti non autosufficienti.

Per lo sviluppo di questo comparto sarebbe utile pervenire ad una definizione condivisa e unica di non autosufficienza o di parziale non autosufficienza. Se la prestazione assicurativa consiste nell'erogazione diretta di servizi assistenziali e sanitari è importante poi stabilire adeguati e verificabili standard di qualità.

---

<sup>4</sup> Ragioneria Generale dello Stato: Tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario - Rapporto n. 22/2021

<sup>5</sup> La raccolta ammonta a 178 milioni di euro, pari allo 0,2% del totale dei premi vita. A tali importi vanno aggiunti i premi del ramo danni malattia a copertura del rischio di non autosufficienza.

Nuove modalità di cooperazione pubblico-privato, una rimodulazione delle agevolazioni fiscali e l'auspicabile coinvolgimento del terzo settore possono portare a definire prestazioni assicurative economicamente sostenibili e attraenti per platee di fruitori sempre più ampie e, circostanza da non sottovalutare, attente alla qualità dei servizi e delle relazioni umane.

## **IL WELFARE SANITARIO**

L'articolato sistema sanitario italiano è caratterizzato dalla centralità del ruolo pubblico basato su principi di universalità. Ai fondi sanitari è riservata una funzione integrativa solo parzialmente disciplinata.

Il sistema di welfare sanitario ha tre componenti:

- la gestione pubblica del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), istituito con legge n. 833/1978, che eroga le prestazioni base nel rispetto dei principi dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA;
- i Fondi sanitari integrativi, istituiti con D. Lgs. n. 502/1992, modificato dal D. Lgs. n. 517/1993 e regolamentati con Decreti del Ministro della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, che integrano le prestazioni di base del Sistema Sanitario Nazionale mediante forme di assistenza collettiva. La contribuzione ai Fondi è volontaria o negoziale, basata sulla ripartizione del rischio tra gli aderenti. I fondi sanitari integrativi forniscono coperture in modo analogo al Sistema Sanitario Nazionale ovvero nel rispetto del carattere universalistico della copertura e senza selezione dei rischi. Le prestazioni variano in funzione delle risorse disponibili.
- le forme individuali di assistenza sanitaria, che riconoscono le prestazioni mediante la stipula di polizze assicurative; a differenza dei fondi sanitari integrativi la contribuzione degli assicurati avviene tramite premi calcolati su stime probabilistiche relative alle frequenze e al costo dei sinistri basate sugli specifici profili di rischio.

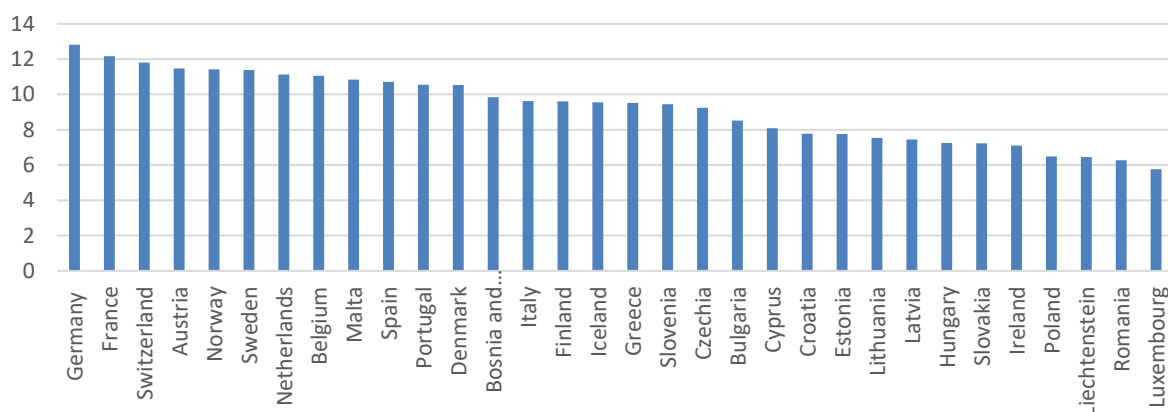
La seconda e la terza componente, unitamente alla spesa sostenuta direttamente dalle famiglie (*out of pocket*), costituiscono la c.d. spesa sanitaria privata.

In assenza di vincoli od obblighi alla sottoscrizione di forme di sanità integrative di tipo privatistico (v. infra confronto internazionale), la composizione della spesa sanitaria privata in Italia risente delle scelte (e delle preferenze) dei cittadini.

*LA SPESA SANITARIA- CONFRONTO INTERNAZIONALE.*

La spesa sanitaria totale in Italia presenta un'incidenza pari al 9,5% in rapporto al PIL, poco più bassa rispetto ad altri Paesi del Sud Europa (Spagna e Portogallo) che evidenziano valori intorno al 10,5%. Agli estremi inferiori, Lussemburgo e Romania segnalano valori intorno al 6% mentre Germania, Francia e Svizzera registrano i valori più elevati, tra il 12,8% e l'11,8%.

**Fig. 1 Spesa sanitaria su PIL**  
(valori percentuali)



Fonte: EUROSTAT 2023

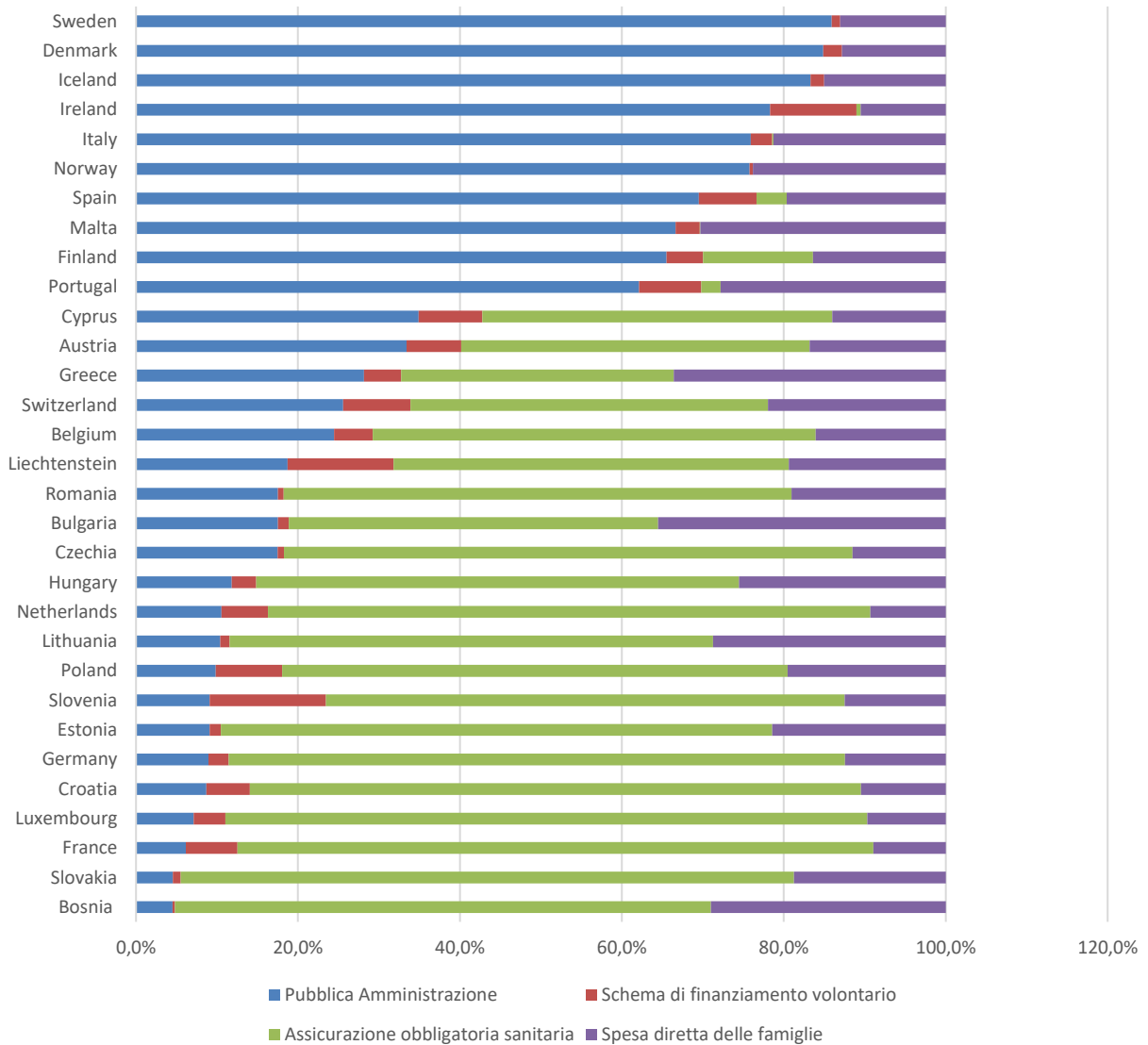
In Europa, i regimi sanitari, sebbene largamente eterogenei tra loro, si possono distinguere in due macro-modelli, a seconda della presenza o meno di forme di assicurazione sanitaria obbligatoria.

L'assicurazione sanitaria privata obbligatoria è presente in misura rilevante in Francia, Germania, Olanda, Belgio, Svizzera, Austria mentre è quasi del tutto assente nelle isole britanniche, paesi scandinavi e penisola iberica, oltre che in Italia (Fig. 2).

La somma di spesa sanitaria pubblica e quella privata obbligatoria raggiunge quote intorno al 90% dell'intera spesa sanitaria per i maggiori Paesi europei. I canali di spesa residuali sono il canale diretto (*out-of-pocket*) e le forme integrative volontarie.

La spesa diretta delle famiglie è particolarmente elevata in Italia (22% del totale), Spagna, Portogallo e Svizzera mentre ha valori minimi in Germania, Francia e Olanda.

**Fig. 2 Spesa sanitaria per canale di finanziamento – 2020**  
(valori percentuali)



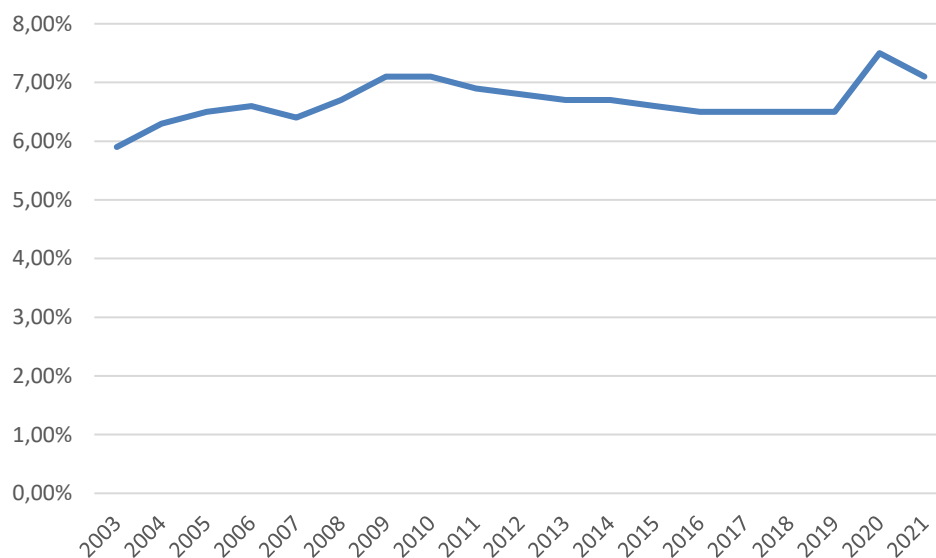
Fonte: EUROSTAT 2023

### LA SANITÀ IN ITALIA

Fino al 2019 la spesa sanitaria pubblica presenta un andamento costante nel tempo in relazione al PIL, oscillando intorno al 6,5% (Fig. 3). Nel 2020 si assiste ad un incremento della spesa sanitaria pubblica anche in conseguenza della pandemia COVID-19, con un valore pari a 123 miliardi di euro, il 7,5% rispetto al PIL. Nel 2021 la spesa si è assestata a 127 miliardi di euro, pari al 7,1% del PIL.



**Fig. 3 – Spesa sanitaria corrente pubblica su PIL**



Fonte: MEF – Monitoraggio spesa sanitaria

Oltre alla spesa pubblica, vanno considerati aggiuntivamente 4,5 miliardi di spesa sanitaria intermediata da fondi, mutue e imprese di assicurazione e 36 miliardi di spesa diretta delle famiglie (*out-of-pocket*). Queste due tipologie costituiscono, insieme, la c.d. spesa sanitaria privata. Complessivamente, nel 2021 l'intera spesa sanitaria pubblica e privata italiana ammontava a 168 miliardi di euro, pari al 9,5% del PIL.

**Tab 1 – Spesa sanitaria complessiva (milioni di euro)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesa pubblica	107.890	109.712	110.008	110.977	112.185	114.318	115.710	123.474	126.857
Spesa intermediata	2.852	3.241	3.400	3.388	3.697	4.155	4.294	4.154	4.481
Spesa out-of-pocket	31.456	32.353	33.799	33.930	35.989	35.741	36.196	33.809	36.517
<b>Totale</b>	<b>142.198</b>	<b>145.306</b>	<b>147.207</b>	<b>148.295</b>	<b>151.871</b>	<b>154.214</b>	<b>156.200</b>	<b>161.437</b>	<b>167.855</b>

Fonte: ISTAT e OECD

#### GLI INTERMEDIARI NELLA SPESA SANITARIA

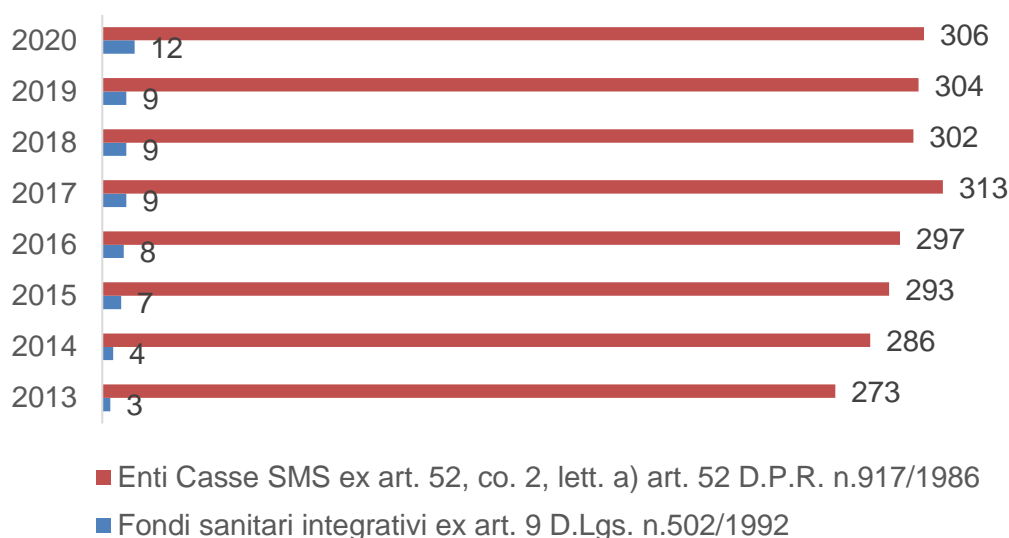
Fondi sanitari, compagnie di assicurazione, società e casse mutue sono gli attori della spesa sanitaria intermediata.

Con il D.M. 31 marzo 2008 è stata istituita presso il Ministero della Salute un’anagrafe dei fondi sanitari integrativi la cui iscrizione non è obbligatoria ma è necessaria per ottenere i benefici fiscali.

Sono previste due distinte sezioni<sup>6</sup>: Fondi sanitari integrativi ex art. 9 del D. Lgs. n.502/1992 (tipo A) ed Enti, casse e società di mutuo soccorso ex art. 51, comma 2, lett. a), del T.U. n.917/1986 (tipo B). Gli ultimi dati disponibili (report 2021) mostrano la crescita del numero dei fondi e del numero degli iscritti.

Anche se in aumento, i fondi di tipo A sono appena dodici e il controvalore delle relative prestazioni rimane molto modesto.

**Fig. 4 - Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute**  
*(numero fondi censiti)*



Nelle tabelle che seguono sono riportati i dati nel tempo del numero dei fondi sanitari, suddivisi per tipologia, delle prestazioni offerte e del numero degli iscritti.

<sup>6</sup> I Fondi integrativi del SSN di tipo A, istituiti o adeguati ai sensi dell’art.8 del D.Lgs 502/92, perseguono il fine di favorire l’erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN e non possono adottare politiche di selezione dei rischi: nella sostanza erogano prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto a quelle garantite dai LEA - Livelli Essenziali di Assistenza del SSN. I Fondi sanitari di tipo B sono organismi che hanno maggiore libertà di azione, definita dai propri regolamenti e statuti; possono erogare anche prestazioni sanitarie comprese nei LEA ma per poter essere iscritti all’albo sono tenuti a destinare almeno il 20% delle prestazioni a precisi ambiti di assistenza non coperti dal SSN (es. assistenza odontoiatrica).

**Tab. 2a - Anagrafe dei Fondi Sanitari – Fondi di tipo A: totale prestazioni**

Numero Fondi	Anno attestazione	Totale prestazioni (*)	Totale iscritti
4	2014	0,1	1
7	2015	0,1	5
8	2016	1,2	9.156
9	2017	1,3	11.097
9	2018	1,6	10.133
9	2019	1,5	21.447
12	2020	2,7	37.977

\* importi in milioni di euro. Fonte: elaborazione su dati Anagrafe fondi sanitari

Le prestazioni a favore degli iscritti degli Enti, Casse e SMS, i fondi integrativi di tipo B, hanno raggiunto nel 2020 i 2,8 miliardi di euro e sono costituite in larga parte da assistenza odontoiatrica (69%), prestazioni socio-sanitarie (16%) e prestazioni finalizzate al recupero della salute (15%), il 33% delle quali vincolate.

**Tab. 2b - Anagrafe dei Fondi Sanitari – Fondi di tipo B: totale prestazioni**

Numero Fondi	Anno attestazione	Totale prestazioni vincolate (LEA e extra LEA) (*) (1)	Totale prestazioni (*) (2)	% (1)/(2)	Totale iscritti
286	2014	691	2.112	33%	6.913.373
293	2015	682	2.160	32%	7.493.179
297	2016	694	2.242	31%	9.145.336
313	2017	754	2.328	32%	10.605.308
302	2018	744	2.371	31%	12.562.773
304	2019	876	2.718	32%	14.077.733
301	2020	925	2.826	33%	14.677.223

\* importi in milioni di euro. Fonte: elaborazione su dati Anagrafe fondi sanitari

La forma giuridica dei fondi di tipo B è prevalentemente di associazione non riconosciuta ex art. 36 Codice Civile (253), seguita dalle società di mutuo soccorso ex legge 3818/1886 (53). Aumentano le società di mutuo soccorso (erano 44 nel 2018), mentre risultano stabili le associazioni non riconosciute (erano 255 nel 2018).

Il quadro dei controlli sui fondi integrativi non è andato molto oltre l'istituzione dell'anagrafe presso il Ministero della Salute.

*IL RUOLO DEL SETTORE ASSICURATIVO*

L'IVASS rileva i premi raccolti dalle imprese assicuratrici sia per le polizze malattia stipulate in forma individuale che collettive<sup>7</sup>. I premi del ramo malattia evidenziano un *trend* moderatamente crescente e rappresentano negli ultimi tre esercizi<sup>8</sup> oltre il 70% del complesso della spesa sanitaria intermediata.

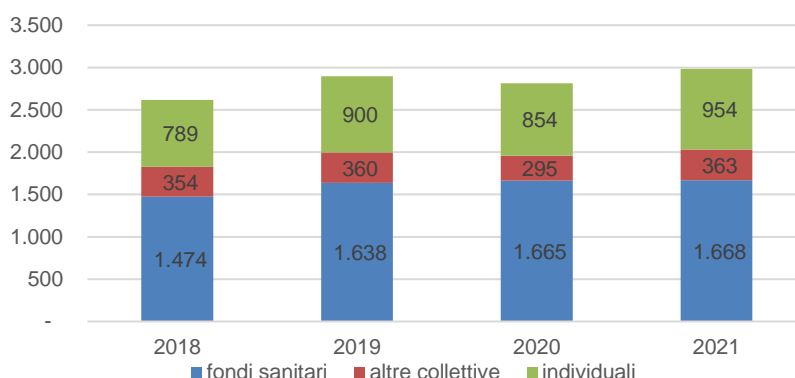
**Tab. 3 - Premi malattia su spesa intermediata**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Premi malattia (*) (a)	2.056	2.143	2.349	2.574	2.763	3.057	2.986	3.144
di cui: per contratti collettivi sottoscritti da fondi sanitari e simili (**) (%)	50,8%	53,5%	53,1%	54,5%	55,2%	56,7%	55,8%	53,3%
Spesa intermediata (*) (b)	3.241	3.400	3.388	3.697	4.155	4.294	4.154	4.481
Rapporto (a)/(b)	63,4%	63,0%	69,3%	69,5%	66,5%	71,2%	71,9%	70,2%

Fonte: IVASS – (\*) milioni di euro – (\*\*) Sono compresi: i fondi sanitari (fondi integrativi ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. 502/1992), gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale.

Nella tabella seguente sono riportati alcuni dati sulla ripartizione per tipologia contrattuale dei premi nel ramo malattia. Emerge un peso rilevante dei fondi sanitari, pari al 56% del totale, mentre le polizze individuali rappresentano il 32%. Tra fondi sanitari integrativi e imprese assicuratrici sussistono forti interconnessioni, ferme rimanendo le diverse regole di funzionamento e discipline sui controlli.

**Ripartizione premi malattia per tipologia<sup>9</sup>**  
(milioni di euro)



<sup>7</sup> Dal 2019 l'Istituto conduce una specifica rilevazione per misurare la spesa intermediata dai Fondi sanitari integrativi, limitatamente alla quota affidata alle imprese di assicurazione.

<sup>8</sup> I premi contabilizzati nel 2021 dalle imprese di assicurazione per il ramo malattia rappresentano il 9,2% del totale dei premi danni.

<sup>9</sup> Imprese con raccolta premi superiore a 10 milioni di euro.

In appendice sono riportati alcuni dati sull'andamento tecnico del ramo malattia, con evidenza – ove disponibile – del dato riferito alle diverse tipologie contrattuali.

#### *CONFRONTO TRA FONDI SANITARI INTEGRATIVI E POLIZZE ASSICURATIVE RAMO MALATTIA*

L'adesione a un fondo sanitario integrativo e la stipula di un contratto assicurativo nel ramo malattia presentano differenze in ordine ai requisiti all'accesso e alle diverse metodologie utilizzate per l'assunzione dei rischi.

I requisiti richiesti per esercitare l'attività assicurativa sono molto stringenti: un capitale sociale minimo, una struttura di *governance* che rispetti la regolamentazione vigente, funzionale ad assicurare una sana e prudente gestione, il possesso nel continuo di un requisito patrimoniale di solvibilità e di requisiti di professionalità, onorabilità e indipendenza da parte degli esponenti aziendali, la sottoposizione a stringenti regole di vigilanza di condotta di mercato.

Diversamente, un fondo sanitario integrativo può svolgere la propria attività limitandosi a iscriversi all'Anagrafe tenuta dal Ministero della Salute necessaria per accedere ai benefici fiscali.

#### *LE PROBLEMATICHE EMERSE DALL'AZIONE DI VIGILANZA DELL'IVASS – ALCUNE PROPOSTE DI RIFORMA*

Di seguito alcuni cenni alle problematiche emerse dall'azione di vigilanza dell'Istituto che riguardano il settore della sanità integrativa e che possono fornire spunti utili per l'individuazione di possibili ipotesi di riforma del settore.

Con riferimento specifico agli ambiti oggetto di interesse in questa audizione, abbiamo riscontrato in primo luogo che molte segnalazioni che l'IVASS riceve sono riferite indifferentemente a imprese di assicurazione, a fondi sanitari e società di mutuo soccorso – senza che gli utenti abbiano evidenza della differente tipologia di soggetti e della circostanza che fondi, società sanitarie e mutue non sono assoggettati alla vigilanza dell'Istituto. Sono anche frequenti i reclami nei confronti di società specializzate cui è esclusivamente affidata l'organizzazione del servizio di assistenza sanitaria e che di norma curano direttamente i rapporti con il cliente e con il network delle strutture sanitarie convenzionate.

Il primo dato che emerge, quindi, è rappresentato dall'esistenza di asimmetrie informative: i beneficiari delle prestazioni, dunque, hanno difficoltà a percepire le differenze tra i diversi soggetti impegnati a garantire la prestazione sanitaria, (compagnie, fondi, società di mutuo soccorso) e soprattutto tra le diverse discipline e forme di tutela previste dall'ordinamento.

Dall'analisi dei reclami emergono spesso criticità riconducibili a scarsa chiarezza delle condizioni contrattuali, carenze nell'informativa precontrattuale (manchevolezza per lo più addebitabile ai datori di lavoro che stipulano coperture collettive), difficoltà e ostacoli di vario genere nell'apertura delle posizioni o nell'aver riscontro alla semplice richiesta di informazioni sulle modalità di attivazione delle prestazioni o sullo stato di trattazione delle pratiche.

È necessario che le prestazioni sanitarie e i percorsi di cura definiti dai protocolli sanitari degli operatori della sanità integrativa siano inequivocabilmente identificati e chiaramente descritti in modo da evitare false aspettative negli assistiti ed eccessivi margini di discrezionalità per l'accesso/diniego alle prestazioni garantite.

Sarebbe pertanto utile redigere un nomenclatore unico delle prestazioni specialistiche, cui dovrebbero attenersi tutti gli operatori della sanità integrativa siano essi fondi, casse, società di mutuo soccorso, imprese di assicurazione, providers di servizi. Tale strumento potrebbe contribuire ad aumentare la trasparenza del settore: i) favorendo una sana concorrenza tra operatori attraverso la concreta confrontabilità tra i piani sanitari; ii) rendendo più agevole l'accesso alle prestazioni; iii) eliminando la forte discrezionalità presente nell'interpretazione delle prestazioni contrattuali.

Contribuirebbe alla maggiore chiarezza anche il mancato utilizzo - nell'oggetto sociale dei Fondi sanitari e delle società di mutuo soccorso come nella documentazione presentata agli aderenti - di termini e riferimenti "assicurativi" che possono creare confusione tra gli aderenti.

L'esperienza tratta dai reclami ricevuti dall'Istituto ci induce a ritenere che sia meritevole di attenzione anche l'esigenza che fondi, casse sanitarie e società di mutuo soccorso si dotino di funzioni/uffici specifici deputati alla trattazione delle problematiche segnalate con i reclami per verificare eventuali carenze gestionali.

Più in generale, va considerata poi la questione della vigilanza sui diversi soggetti che compongono il quadro del *welfare* sanitario. Come sopra già accennato, nell'attuale quadro normativo solo coloro che sottoscrivono contratti assicurativi, ovvero aderiscono a fondi sanitari comunque garantiti indirettamente dalle imprese assicuratrici, trovano tutela nei controlli e nei presidi sulla solvibilità delle compagnie.

Una menzione specifica merita l'articolo 345 del Codice delle Assicurazioni. L'articolo in questione prevede l'assoggettamento delle società di mutuo soccorso che superino una determinata soglia di operatività e delle casse autogestite, come i fondi sanitari, alle disposizioni del Titolo IV (in tema di imprese locali e particolari mutue assicuratrici), in quanto compatibili; dispone, inoltre - quanto alle sole società di mutuo soccorso - che nel caso in cui le stesse stipulino contratti di assicurazione per conto degli iscritti,

ai soci siano comunque fornite le informazioni di cui al titolo IX, capo III, e XII, sempre in quanto compatibili.

Come già segnalato in occasione dell'audizione nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del SSN tenutasi dinanzi alla Commissione XII della Camera dei Deputati (aprile 2019)<sup>10</sup>, l'articolo 345 è una norma che presenta rilevanti incertezze applicative oltre che lacunosità e frammentarietà con riferimento a numerosi profili l'insieme dei quali può determinare un vulnus di tutela per i cittadini, oltre che incertezze per gli operatori e i soggetti chiamati a vario titolo ad esercitare la vigilanza; in particolare, tali incertezze riguardano: a) le difficoltà applicative del criterio individuato dall'art. 345, comma 3 per l'estensione alle SMS della normativa assicurativa ivi indicata; b) la concreta individuazione delle norme oggetto di estensione, c) il fondamento e l'estensione dei poteri dell'Istituto - primo fra tutti del potere regolamentare - nei confronti delle SMS; d) la ragionevolezza e la funzionalità del sistema di controllo sulle varie attività delle SMS in relazione ai diversi soggetti che vi concorrono (MIMIT e Ministero Salute).

In considerazione della mancata previsione di un esplicito potere regolamentare in materia, risulta in particolare preclusa all'Istituto la possibilità di individuare e soprattutto di adeguare le regole della disciplina assicurativa alle società di mutuo soccorso, con particolare riferimento alle numerose e rilevanti disposizioni di legge che presuppongono un intervento regolamentare dell'IVASS in chiave attuativa.

In passato, abbiamo sensibilizzato i Ministeri competenti anche al fine di disporre di maggiori e più puntuali dati e informazioni, utili a meglio inquadrare l'effettivo profilo di operatività delle SMS e, dunque, a consentire riflessioni più strutturate e auspicabilmente congiunte per una revisione organica delle regole e del sistema dei controlli cui assoggettare tali soggetti.

In generale, riteniamo infatti che l'art 345 del CAP, per indubbe difficoltà interpretative e applicative, rappresenti una risposta normativamente non aggiornata, parziale, e comunque non adeguata a dare risposte alle esigenze di tutela dei fruitori dei servizi di sanità integrativa in generale e delle società di mutuo soccorso in particolare.

In proposito, appare anche utile evidenziare che il testo dell'attuale art. 345 è antecedente alla novella del CAP con la quale sono state recepite nel nostro ordinamento le disposizioni della direttiva UE Solvency II, molte delle quali difficilmente applicabili alle SMS (gli artt. 5, par. 1, n. 2) e 9, par. 1, n. 1) della Direttiva escludono tra l'altro le operazioni degli enti di previdenza, assistenza e soccorso le cui prestazioni

---

<sup>10</sup> <https://www.ivass.it/media/interviste/intervista/indagine-conoscitiva-in-materia-di-fondi-integrativi/>

variano in base ai mezzi disponibili e in cui il contributo degli iscritti è determinato forfettariamente dall'ambito di applicazione della Direttiva stessa).

Per poter individuare una proposta di modifica normativa occorrerebbe, col necessario contributo di tutti gli attori a vario titolo coinvolti, previamente definire con maggiore chiarezza e dettaglio il perimetro delle attività inquadrabili nelle diverse forme e modalità in cui si esplica la sanità integrativa e la natura e i limiti dei soggetti che vi possono operare, per poi procedere a definire coerentemente requisiti organizzativi e patrimoniali (se del caso mutuandoli dalla disciplina assicurativa che più si adatta alle varie fattispecie), sistema dei controlli da porre in essere e relative competenze.

Ciò in quanto, oggi, può ragionevolmente affermarsi che l'estensione alle società di mutuo soccorso anche solo di una minima parte delle regole previste per le imprese assicuratrici da Solvency II e dalla Direttiva in materia di distribuzione assicurativa (IDD) – indifferentemente se siano esse afferenti ai requisiti economico patrimoniali, alla disciplina del governo societario, alla condotta di mercato o alla distribuzione - comporterebbe per le mutue e le relative reti distributive vincoli di conformità non sempre o non del tutto coerenti con la loro struttura e difficili da rispettare e, comunque, implicherebbe, profonde ristrutturazioni del mercato.

\* \* \*

Oggi, a seguito della pandemia, è divenuta ancora più pressante la necessità di avviare una riflessione su possibili e sostenibili linee di riforma complessiva del comparto sanitario in modo da garantire adeguate prestazioni integrative e sussidiarie dei livelli essenziali di assistenza (LEA) del SSN e la tutela di una effettiva facoltà di scelta dei cittadini.

Andrebbero anche riconsiderate, avendo a cuore la tutela sostanziale degli aderenti, le regole di funzionamento, di collocamento dei prodotti, la solidità tecnico-patrimoniale e il regime dei controlli dei diversi operatori della sanità integrativa, seguendo un principio di proporzionalità tra attività, rischi e presidi che ormai caratterizza il regime prudenziali dei settori vigilati.

Non dovrebbe neppure essere trascurata l'utilità di un ripensamento dei benefici fiscali connessi all'iscrizione/adesione alle forme sanitarie integrative che oggi scontano non giustificate differenziazioni, fonte di effetti distorsivi.

Con specifico riferimento al settore assicurativo, le norme e i benefici fiscali riconosciuti dovrebbero mirare a incentivare coperture che meglio conciliano sostenibilità del



business e mutualità tra assicurati (oggi realizzata prevalentemente nelle polizze collettive).

Chiarezza e semplicità dei contratti e dei documenti assicurativi precontrattuali sono parte essenziale della *governance* del prodotto diretta a individuare le richieste e le esigenze del sottoscrittore cui il contratto deve rispondere.

L'Istituto, raccogliendo anche le istanze provenienti dal mondo della distribuzione, è impegnato nell'individuazione di misure di semplificazione delle procedure e degli adempimenti burocratici con particolare riguardo alla riduzione degli adempimenti cartacei e della modulistica nei rapporti contrattuali fra le imprese d'assicurazione, gli intermediari e la clientela. In parallelo, intendiamo semplificare la documentazione assicurativa per migliorare l'intelligibilità dei contenuti e favorire la comparabilità dell'offerta; un cenno infine, al linguaggio utilizzato nei contratti che, nonostante alcuni passi avanti compiuti negli ultimi anni, rimane perlopiù tecnico e per addetti ai lavori. Stiamo lavorando in tal senso, anche attraverso il supporto dell'accademia

Manifestiamo sin d'ora la disponibilità a ulteriori approfondimenti e confronti su tutti i temi trattati.

Grazie per l'attenzione.

## Appendice

### Andamento tecnico del ramo malattia

Di seguito i valori del rapporto sinistri a premi e del *loss ratio* di esercizio del ramo malattia, con evidenza specifica del dato riferito alle polizze stipulate da fondi sanitari e delle altre polizze collettive.

	ramo malattia (includere polizze individuali)	polizze collettive		
		totale	di cui: stipulate da fondi sanitari	di cui: altre polizze collettive
<b>2018</b>				
sinistri a premi (netto tardivi)	<b>60,1%</b>	66,5%	74,9%	32,0%
<i>loss ratio</i> di esercizio	<b>73,9%</b>	82,5%	89,9%	47,6%
<b>2019</b>				
sinistri a premi (netto tardivi)	<b>61,8%</b>	71,0%	79,0%	34,3%
<i>loss ratio</i> di esercizio	<b>75,0%</b>	85,6%	94,1%	46,7%
<b>2020</b>				
sinistri a premi (netto tardivi)	<b>55,8%</b>	64,8%	69,4%	38,7%
<i>loss ratio</i> di esercizio	<b>70,1%</b>	80,1%	84,4%	56,2%
<b>2021</b>				
sinistri a premi (netto tardivi)	<b>70,7%</b>	89,4%	98,9%	45,8%
<i>loss ratio</i> di esercizio	<b>86,1%</b>	103,9%	113,4%	60,1%

Fonte: IVASS indagine ramo malattia

Il *loss ratio* di esercizio include una stima del valore d'esercizio dei premi per le polizze collettive, ricostruito in base al rapporto medio del totale del ramo tra premi d'esercizio e premi contabilizzati.

L'*expense ratio* (rapporto tra le spese sostenute e i premi) non è rilevato nell'indagine svolta dall'Istituto con il dettaglio sopra indicato per il *loss ratio*. Si dispone solo del dato sull'intero ramo malattia a partire dal 2016.

	Expense ratio					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Spese di gestione / Premi cont. (Expense ratio) %</b>	23,9	22,9	22,9	22,6	21,9	22,4

Fonte: Regolamento ISVAP n. 22/2008, Modulo 17, ramo 2

Nella tabella che segue il dato sul risarcimento medio dei sinistri del ramo malattia, con evidenza specifica del dato riferito alle polizze stipulate da fondi sanitari e delle altre polizze collettive.

**Risarcimento medio per tipologia di contratto** (importi medi in euro)

	ramo malattia (includere polizze individuali)	polizze collettive		
		totale	di cui: stipulate da fondi sanitari	di cui: altre polizze collettive
<b>2018</b>				
Pagato medio di generazione	<b>223</b>	186	176	418
Riservato medio di gen. (netto IBNR)	<b>391</b>	294	268	1.255
Costo medio di generazione (netto IBNR)	<b>259</b>	209	197	552
<b>2019</b>				
Pagato medio di generazione	<b>196</b>	170	161	470
Riservato medio di gen. (netto IBNR)	<b>462</b>	337	309	1.039
Costo medio di generazione (netto IBNR)	<b>235</b>	194	182	577
<b>2020</b>				
Pagato medio di generazione	<b>218</b>	185	175	498
Riservato medio di gen. (netto IBNR)	<b>421</b>	315	287	1.393
Costo medio di generazione (netto IBNR)	<b>262</b>	213	199	667
<b>2021</b>				
Pagato medio di generazione	<b>203</b>	178	170	404
Riservato medio di gen. (netto IBNR)	<b>375</b>	319	292	1.193
Costo medio di generazione (netto IBNR)	<b>238</b>	207	195	544

Fonte: IVASS indagine ramo malattia