



PRIMO PIANO

## L'M5S contro la sanità integrativa

“Non accettiamo di far passare il concetto di un diritto alla salute realizzato attraverso l'ausilio o, ancora peggio, l'obbligo di un'assicurazione privata”. Il Movimento 5 Stelle si scaglia contro le partnership pubblico-privato in ambito sanitario, che hanno ricevuto alcuni segnali di apertura da parte del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e di quello del Lavoro, Giuliano Poletti, intervenuti durante la presentazione del rapporto Welfare, Italia. *Laboratorio per le nuove politiche sociali* di Censis e Unipol.

In commissione *Affari Sociali* della Camera, i deputati pentastellati hanno ribadito che “se, come emerge dai segnali lanciati in queste ore, il Governo intende attuare queste politiche affaristiche, si preparino ad affrontare una battaglia durissima perché noi non ci stiamo. Altrimenti – hanno tuonato i deputati grillini – invitiamo il presidente del Consiglio a smentire immediatamente i suoi ministri e le logiche affaristiche e di parte che esprimono. Quella di un welfare pubblico che finisca tra le braccia delle compagnie assicurative è più di un'ipotesi questa visione utilitarista, non universalmente garantista, di società e della sanità è per noi irricevibile”.

B.M.

MERCATO

## Il welfare familiare va in crisi

**Gli italiani sono costretti a rinunciare a prestazioni sanitarie e badanti. È quanto emerge dal rapporto 2014 “Welfare, Italia, Laboratorio per le nuove politiche sociali”, presentato a Roma da Censis e Unipol alla presenza del ministro Lorenzin. Che annuncia la riforma del secondo pilastro, in ottica di integrazione tra pubblico e privato**

Frena la spesa privata per sanità e assistenza, che per la prima volta diminuisce (5,7%), con un valore pro-capite che passa da 491 a 458 euro all'anno, insieme al numero delle badanti (4mila in meno). In totale, le famiglie italiane hanno dovuto rinunciare a 6,9 milioni di prestazioni mediche private anche se, di contro, è aumentata la domanda di cura e di assistenza. Questi i segnali di un'inversione di tendenza che emergono dal rapporto *Integrare il welfare, sviluppare la white economy. Come gli strumenti di welfare pubblici e privati possono rilanciare la crescita economica e l'occupazione*, realizzato da Censis e Unipol, che mostra i primi segni di cedimento del welfare privato familiare.

“Il sistema pubblico da solo non ce la fa – spiega **Giuseppe Roma**, direttore generale del **Censis** – e le famiglie italiane non possono più aumentare la spesa: nei lunghi anni della recessione, hanno supplito con le proprie risorse ai tagli del welfare pubblico, ma oggi, questo peso inizia a diventare insostenibile”.

In particolare, tra il 2007 e il 2013, la spesa sanitaria dello Stato è rimasta invariata (+0,6% in termini reali), a causa della stretta sui conti pubblici; al contrario, è aumentata la spesa di tasca propria delle famiglie (*out of pocket*), del 9,2%, tra il 2007 e il 2012, per poi ridursi del 5,7%, nel 2013, a 26,9 miliardi di euro; diminuisce anche il numero dei collaboratori domestici per attività di cura e assistenza (963mila persone): -0,4% nel 2013, dopo un periodo di crescita costante (+4,2% tra il 2012 e il 2013).

Il Censis stima che 4,1 milioni di persone in Italia sono attualmente portatrici di disabilità (il 6,7% della popolazione): nel 2020 diventeranno 4,8 milioni, per arrivare a 6,7 milioni nel 2040; la relativa spesa totale ha registrato un forte incremento, superiore al 20%, tra il 2003 e il 2011, passando da 21,2 miliardi a quasi 26 miliardi di euro.

Cresce anche la domanda di assistenza per la popolazione over 65 non autosufficiente: in Italia, gli anziani che usufruiscono di assistenza domiciliare integrata sono passati da poco più di 200mila, nei primi anni 2000, a oltre 532mila, nel 2012 (dal 2,1% al 4,3%). La spesa complessiva per gli anziani serviti dalla *long term care* è pari all'1,7% del pil, ma, nel 2050, l'incidenza potrebbe arrivare al 4%.

### LO STATO ARRETRA

L'invecchiamento della popolazione e il previsto incremento delle disabilità prefigurano bisogni crescenti di protezione sociale, “Quello demografico – avverte **Beatrice Lorenzin**, ministro della Salute – è il vero problema della società italiana”.

(continua a pag.2)



Giuseppe Roma, direttore generale Censis



**Seguici anche su Facebook alla pagina di Insurance Connect e su Twitter @insurancetrade**



Beatrice Lorenzin, ministro della salute

(continua da pag. 1)

Già oggi, vi è una domanda di cure e di assistenza a cui il sistema pubblico non riesce a fare fronte: il 73% delle famiglie italiane ha fatto ricorso, almeno una volta negli ultimi due anni, a visite specialistiche o a esami diagnostici a pagamento; la motivazione principale (per il 75%) sono i tempi inaccettabili delle liste d'attesa; il 31% delle famiglie ha dovuto rinunciare, almeno una volta negli ultimi due anni, a visite specialistiche, a esami diagnostici o a cicli di riabilitazione e il 72% delle famiglie dichiara che avrebbe difficoltà se dovesse affrontare spese mediche particolarmente impegnative. "È necessario - esorta Giuseppe Roma - far evolvere il mercato informale e spontaneo dei servizi alla persona in una moderna organizzazione che garantisca prezzi più bassi e migliori prestazioni, utilizzando al meglio le risorse disponibili".

### VERSO UN WELFARE INTEGRATO

La via dell'integrazione è un'opportunità per soddisfare una domanda che lo Stato, da solo, non è più in grado di coprire, ma, in Italia, la spesa sanitaria *out of pocket*, gestita attraverso assicurazioni integrative, è appena del 13,4% del totale della spesa sanitaria privata, a fronte del 43% della Germania, del 65,8% della Francia, del 76,1% degli Stati Uniti. Inoltre, l'Italia è il Paese dell'area **Ocse** con la più elevata percentuale di familiari che prestano assistenza a persone anziane o disabili in modo continuativo (pari al 16,2% della popolazione: il doppio della Svezia).

"Sulla sanità integrativa - annuncia il ministro Lorenzin - non siamo all'anno zero. Dopo aver concluso il *Patto per la Salute*, in autunno realizzeremo la riforma del secondo pilastro", che si baserà "su un network di attori che interagiscono tra di loro in modo coordinato: fondi sanitari, assicurazioni e pubblico che, insieme, consentono di fornire livelli di assistenza elevati. Sanità integrativa - spiega - vuol dire servizi e umanizzazione dell'assistenza, che si raggiungono in una logica di integrazione tra ospedale e territorio".



### WHITE ECONOMY, UN VOLANO PER LA CRESCITA

E, proprio dall'unione di pubblico e privato, valorizzando l'economia della salute, dell'assistenza e del benessere delle persone (la *white economy*), può scaturire una vera rivoluzione produttiva e occupazionale: "il sistema di offerta di servizi di diagnostica e cura, farmaci, ricerca medica e farmacologica, tecnologie biomedicali, di assistenza a malati e disabili genera, oggi - conferma il dg del Censis - un valore della produzione di oltre 186 miliardi di euro, (il 6% della produzione economica nazionale), con un'occupazione di 2,7 milioni di addetti".

In particolare, i servizi sanitari generano 110,9 miliardi di euro di produzione, e registrano 1,2 milioni di occupati; i servizi di assistenza sociale hanno una produzione di 21,6 miliardi, garantita da 447mila addetti; l'industria farmaceutica muove 26,6 miliardi e 60mila addetti; la produzione di strumenti biomedicali, elettromedicali, di diagnostica, e i relativi servizi, generano una produzione di 17,6 miliardi, per un totale di 53mila addetti; l'assistenza personale, delle badanti e dell'accompagnamento genera 9,4 miliardi di valore, con quasi 1 milione di addetti.

"Appare ormai maturo - afferma **Pierluigi Stefanini**, presidente del gruppo **Unipol** - il tempo di una nuova integrazione tra pubblico e privato, capace non solo di garantire la tutela sanitaria e sociale delle persone, ma anche di favorire la crescita economica, a partire dai territori. Se sapremo superare i pregiudizi consolidati, il pilastro socio-sanitario, inteso non più solo come un costo, può divenire una solida filiera economico-produttiva da aggiungere alle grandi direttrici politiche per il rilancio della crescita nel nostro Paese".

Grandi le potenzialità, ma ancora una volta serve una svolta culturale. "Alla domanda su come si pensa di affrontare in futuro la vecchiaia ed eventuali malattie - rivela il direttore del Censis - il 52,5% degli italiani mostra un atteggiamento fatalista (non ci pensa o rinvia il problema), il 26% conta sui propri risparmi, il 25% si affida al welfare pubblico, l'8% all'aiuto dei familiari e solo il 4% ha stipulato polizze assicurative".

Su questo il ministro Lorenzin invita a una riflessione: "Serve un cambio di paradigma: avere un corretto stile di vita deve diventare una responsabilità sociale".



**Seguici anche su Facebook alla pagina di Insurance Connect e su Twitter @insurancetrade**

Laura Servidio



## Decreto PA, i rilievi dell'Ania in materia sanitaria

**Nell'audizione di ieri presso la commissione Affari costituzionali della Camera, il dg Dario Focarelli si è soffermato sull'eliminazione dell'obbligo dei medici dipendenti ad assicurarsi che, secondo l'associazione, non risolve (ma forse aggraverà) i problemi legati alla medical malpractice**



Sul decreto legge del 24 giugno 2014 n. 90, che dovrebbe riformare la pubblica amministrazione, il giudizio dell'Ania è complessivamente positivo. Lo ha spiegato ieri il direttore generale dell'associazione, **Dario Focarelli**, nel corso della propria audizione di fronte alla commissione Affari costituzionali della Camera. Secondo Focarelli, il provvedimento "contiene idee innovative e condivisibili, puntando a semplificazioni e riduzioni di costi.

Rendere più efficiente l'azione della nostra pubblica amministrazione - ha osservato il dg dell'Ania - è condizione indispensabile per avviare la crescita e lo sviluppo del nostro Paese". Le osservazioni dell'Ania, tuttavia, ci sono e riguardano alcune misure contenute nell'articolo 27 in materia sanitaria, a cui si uniscono "alcune considerazioni di carattere più generale sul fenomeno della cosiddetta *malpractice* medica nonché sui suoi risvolti di natura assicurativa unitamente a talune opzioni di *policy*, riconosciute anche a livello internazionale, che hanno l'obiettivo di mitigare il fenomeno e le sue indesiderate conseguenze".

### Chiarire l'interpretazione dell'articolo 3 del dl Balduzzi

Focarelli cita le modifiche, contenute nell'articolo 27, all'articolo 3 del decreto Balduzzi. "Riteniamo - spiega - che la previsione di escludere dall'obbligo di assicurazione i medici dipendenti deve essere compiuta nell'ambito di un sistema coerente. Non è semplicemente eliminando un obbligo di assicurazione che si risolve un problema". Secondo l'Ania, se si vuole rendere coerente il sistema è necessario accompagnare l'eliminazione dell'obbligo di copertura assicurativa con la previsione che l'operatore sanitario risponda esclusivamente a titolo extra-contrattuale. "Da anni però - osserva Focarelli - la giurisprudenza ritiene che la responsabilità del sanitario dipendente sia a titolo contrattuale, basandosi sulla costruzione del cosiddetto *contatto sociale*".

Per quanto riguarda, invece, le modalità di redazione dell'inter-

vento normativo l'Ania fa notare che dell'articolo 3 del decreto Balduzzi sono state date due interpretazioni diverse. Secondo la prima l'obbligo assicurativo riguarderebbe solo i liberi professionisti, con esclusione dei dipendenti; secondo l'altra l'obbligo si estenderebbe a tutti gli iscritti in albi. "Se l'intenzione del legislatore è, pertanto, quella di meglio chiarire la portata dell'obbligo, potrebbe essere valutata l'opportunità di un intervento volto a dissipare i dubbi interpretativi. Una possibile modalità sarebbe chiarire, con norma di interpretazione autentica, se per *professionista* ai sensi dell'articolo 3, debba essere inteso il soggetto iscritto in albi o collegi oppure colui che esercita l'attività come libero professionista senza vincolo di subordinazione, ai sensi dell'art. 2222 del codice civile".

### Il Fondo rischi sanitari

Quanto al previsto *Fondo rischi sanitari* che dovrà fornire un rimborso per integrare la differenza fra un prezzo standardizzato e quello concretamente richiesto al professionista dall'impresa di assicurazione, "avevamo da tempo sottolineato come la dotazione del Fondo, finanziato a carico del professionista e a carico delle imprese di assicurazione che esercitano il ramo della responsabilità civile sanitaria nella misura massima del 4% della raccolta premi dell'esercizio, difficilmente poteva essere adeguata a garantire la copertura assicurativa agli esercenti le professioni sanitarie che non la trovassero sul mercato". Sebbene il Fondo non sia un assicuratore, svolgerà una funzione di garanzia per alcuni rischi o

per potenziali attività che non dovessero trovare una copertura nel settore privato.

Per Focarelli "si tratta di una sorta di *mutualità forzata*, poiché la contribuzione a carico delle imprese assicuratrici è destinata a gravare sul prezzo pagato dalla collettività degli assicurati del settore", e dunque, per l'Ania, questi interventi "non affrontano alla radice i problemi afferenti alla cosiddetta *malpractice* medica".

(continua a pag.4)





(continua da pag.3)

Di conseguenza, ipotizza Focarelli, il numero delle denunce è destinato a restare elevato, così come alti rimarranno i costi dei risarcimenti e i prezzi delle coperture assicurative, facendo desistere le strutture pubbliche dall'assicurarsi, con possibili effetti dirompenti sui conti dello Stato se non si dovessero stanziare adeguati fondi per i rischi.

Oltre a ciò, non sarà neanche intaccato il fenomeno della cosiddetta medicina difensiva, atteggiamento che, ricorda il dg dell'Ania, "comporta oneri per circa 13 miliardi di euro a carico del sistema sanitario pubblico".

### Malpractice medica, le tre proposte dell'Ania

Ai deputati della commissione Affari costituzionali, Focarelli ha avanzato alcune proposte che, secondo l'Ania, potrebbero contribuire a risolvere la malpractice medica e il problema legato alla sua copertura assicurativa "Qualora si voglia rimanere in un sistema basato sulla responsabilità, escludendo pertanto l'opzione esercitata in alcuni Paesi di adottare un sistema *no fault*", le possibili misure di policy che potrebbero "contenere il livello dei danni causati dalla malpractice, riducendo il costo delle coperture assicurative" sono tre su tutte: il rafforzamento delle attività di prevenzione nelle strutture sanitarie attraverso un'attività di *risk management* e di elaborazione di linee guida; la chiara definizione della responsabilità dei medici e degli operatori sanitari; infine, l'approvazione di tabelle valutative del danno biologico e introduzione di limiti ai danni non patrimoniali.

**Beniamino Musto**

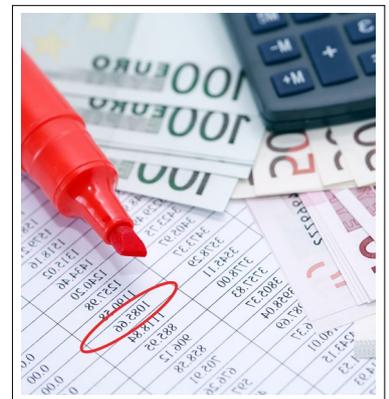


MERCATO

## Polizze legate ai mutui, a breve i dati dell'indagine Ivass

**L'Istituto torna a chiedere più trasparenza e annuncia il proprio intervento a tutela dei consumatori**

L'Ivass torna a chiedere più trasparenza relativamente alle coperture assicurative vendute in abbinamento ai mutui. L'Autorità ha annunciato l'imminente pubblicazione, sul proprio sito, dei risultati dell'indagine conoscitiva svolta sulle coperture vita e danni "vendute in abbinamento a prodotti o servizi di natura non assicurativa, in forte diffusione in Italia come negli altri Paesi europei". L'annuncio giunge all'indomani del consueto incontro che l'Ivass ha avuto, presso la propria sede, con le associazioni



dei consumatori, al quale hanno partecipato anche **Ania, Abi e Assofin**, il cui obiettivo era proprio quello di avere un confronto congiunto sulle criticità dei prodotti connessi ai mutui e ai finanziamenti. Per le associazioni dei consumatori hanno partecipato, **Adiconsum, Adoc, Acu, Adusbef, Altroconsumo, Assoconsum, Codici, Federconsumatori e Movimento consumatori**.

L'Ivass spiega espressamente di voler "dare pubblicità su coperture che il mercato assicurativo offre spesso senza la necessaria informativa al consumatore". Il confronto di ieri sulle criticità che ancora permangono su questo tipo di prodotti, "ha confermato la necessità di un intervento di Ivass a tutela dei consumatori". L'Istituto di vigilanza sulle assicurazioni ha illustrato anche le principali novità del provvedimento sulle misure di semplificazione delle procedure e degli adempimenti burocratici di prossima emanazione. È stato fatto presente che la parte relativa alla nota informativa "sarà oggetto di un futuro intervento per renderla più semplice, sintetica e comprensibile, iniziando sin da subito i lavori con il coinvolgimento di tutte le parti interessate".

Il prossimo incontro è stato fissato il 15 ottobre 2014, in modo da avere un *feedback* da parte delle associazioni dei consumatori sui risultati dell'indagine conoscitiva di Ivass sulle coperture assicurative abbinate a prodotti o servizi, e per affrontare l'importante tematica della *conciliazione paritetica* per i sinistri Rc auto, con il coinvolgimento anche dell'Ania e delle principali compagnie.

**B.M.**

**Insurance Daily**

**Direttore responsabile:** Maria Rosa Alaggio [alaggio@insuranceconnect.it](mailto:alaggio@insuranceconnect.it)

**Editore e Redazione:** Insurance Connect Srl, Via Montepulciano 21, 20124 Milano 02.36768000 [redazione@insuranceconnect.it](mailto:redazione@insuranceconnect.it)

Per inserzioni pubblicitarie contattare [info@insuranceconnect.it](mailto:info@insuranceconnect.it)

Supplemento al 11 luglio di [www.insurancetrade.it](http://www.insurancetrade.it)

Reg. presso Tribunale di Milano, n. 46, 27/01/2012