

La sanità integrativa: linee di riforma e possibile finanziamento

Mauro Marè Francesco Porcelli Francesco Vidoli

1 Long Term Care in Italia

- la **spesa sanitaria per LTC** in Italia (% PIL) è tra le più basse tra i paesi OCSE: 0,9%, di cui lo 0,2% out of pocket
- La componente di **spesa out of pocket per la LTC**, invece, è tra le più **alte** (25%)
- **Meno risorse per il LTC rispetto ad altri paesi**; il finanziamento con forme di assicurazione obbligatoria è modesto (Francia 51% e Germania 78%)
- **Riorganizzazione dell'assistenza a lungo termine: meno sanità generale, più assistenza individuale, forme di copertura universale, entrate di scopo, ecc.**

1 Trend spesa Long Term Care

Tabella 2: ipotesi e risultati delle previsioni – Scenario EPC- WGA baseline

			2010	2020	2023	2030	2040	2050	2060	2070
Risultati: spesa in % del PIL	Pensioni	[a]	14,7	16,9	14,9	15,7	17,1	15,8	13,9	13,8
	Sanità ⁽⁴⁾	[b]	6,9	7,3	6,2	6,5	7,0	7,3	7,5	7,4
	di cui componente LTC	[c]	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	1,0
	LTC ⁽⁴⁾	[d]	1,7	1,9	1,6	1,7	1,9	2,3	2,5	2,4
	Totale	[a]+[b]-[c]+[d]	22,6	25,3	22,1	23,2	25,2	24,4	22,8	22,6

(1) Eurostat (2023). Population projections (Europop2023). La previsione della popolazione utilizzata recepisce i dati Istat aggiornati al 2025. Negli anni successivi e in previsione sono stati mantenuti i parametri di mortalità, fecondità e flussi migratori utilizzati da Eurostat nelle proiezioni con base 2022.

(2) Popolazione con almeno 65 anni su popolazione di età [15-64]. Valori in %.

(3) Percentuale di variazione media annua nel decennio precedente.

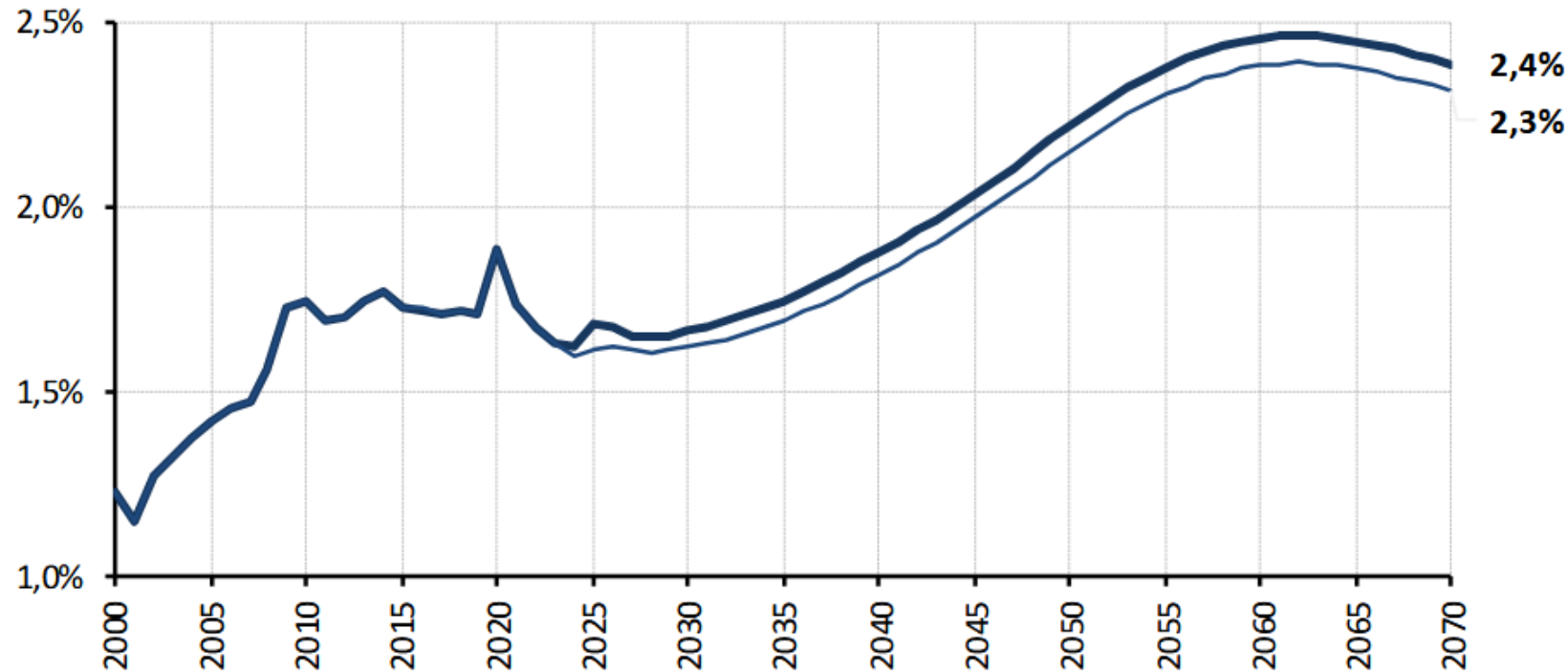
(4) Le previsioni scontano le ipotesi del reference scenario (v. infra). La dinamicità dei profili è ottenuta attraverso l'applicazione della metodologia del death-related costs alla spesa ospedaliera e quella del dynamic equilibrium parziale alla spesa per le altre prestazioni sanitarie.

- La **spesa pubblica legata all'età** in relazione al PIL dovrebbe crescere moderatamente tra il 2030 e il 2050 con un aumento di circa lo 0,4%, per poi diminuire nel lungo periodo (2070)
- La **spesa sanitaria**, invece, dovrebbe aumentare, principalmente a causa della componente LTC, che aumenterà di 0,6 punti percentuali del PIL tra il 2030 e il 2050, e di un ulteriore 0,2% nel lungo periodo fino al 2070



Figura 3: spesa pubblica per *Long-term Care* – Scenario nazionale base

Spesa in rapporto al PIL



- Dopo una sostanziale stabilità fino al 2029, anno in cui il rapporto spesa/PIL è pari a 1,7 per cento, la **previsione attuale della spesa per LTC in rapporto al PIL comincia ad aumentare**
- In particolare, tra il **2030 e il 2055, la previsione mostra una crescita progressiva** dovuta all'indicizzazione del costo medio delle prestazioni e **all'accentuazione del processo di invecchiamento** della popolazione

Competenza Regionale

Competenza Statale (INPS)

LTC public expenditure by components (year 2022)	TOTAL			65+ YEARS		
	Exp. in Bn. €	Exp./GDP	% of total	Expend.	Exp./GDP	% of total
				Bn. €		
Healthcare component for LTC	13,4	0,70%	40,50%	9	0,47%	36,90%
attendance allowance	14,2	0,74%	43,00%	10,7	0,56%	43,70%
Other LTC services (social assistance interventions provided at local level)	5,4	0,28%	15,50%	4,7	0,25%	19,40%
TOTAL	33	1,73%	100,00%	24,4	1,28%	100,00%

Competenza municipale

La spesa pubblica per LTC include le seguenti tre componenti:

a) spesa sanitaria per LTC (Ministero Salute, livello **regionale**);

b) Accompagno (livello **nazionale INPS**)

c) Interventi welfare sociale, assistenza domiciliare (**comuni**)

- Necessità di un coordinamento più stretto tra i livelli di intervento
- Costruire un settore unificato con modelli di intervento efficaci
- Problema di come valutare le esigenze standard di copertura finanziaria a vari livelli di governo in linea con i Livelli Essenziali di Servizi (LEP) uniformi a livello nazionale

2 Struttura del mercato e fonti di finanziamento

Contributi Datoriali

Versati dall'azienda nell'ambito di CCNL o accordi aziendali. Deducibili dal reddito d'impresa fino a €3.615 per dipendente.

Contributi dei Lavoratori

Versati direttamente dagli iscritti, spesso a integrazione del contributo datoriale. Stesso limite di deducibilità IRPEF.

Premi Assicurativi Individuali

Polizze libere di compagnie private. Detrazione al 19% con limite €1.291 (solo redditi <€40k). Regime meno favorevole.

Casse Bilaterali / SMS

Società di Mutuo Soccorso e casse di assistenza bilaterali. Stesso trattamento dei fondi doc se iscritti all'Anagrafe.

Limite deducibilità annuo

Fondi doc (collett.) **€3.615**

Casse bilaterali **€3.615**

Polizze individ. **€1.291***

**solo redditi <€40.000*

2 Dimensioni del mercato

Un settore rilevante e in forte crescita, ma ancora frammentato

~340

Fondi doc iscritti
all'Anagrafe

+ 14 m

Iscritti ai fondi
sanitari integrativi

€4,5 mld

Raccolta premi
assicurazioni sanitarie

Spesa totale sanità integrativa

La spesa complessiva di fondi e assicurazioni private è stimata intorno a **€9 miliardi**, in forte crescita. Il mercato è quasi raddoppiato nell'ultimo decennio.

Crescita vs SSN

Mentre la spesa SSN è cresciuta del +28% (nominale, 2014–2024), la componente privata assicurativa è cresciuta del +119%: quasi il quadruplo. Il mix pubblico-privato si sta spostando.

3 Criticità strutturali del sistema (1/2)

Frammentazione e disuguaglianza

~340 fondi

con **regole e prestazioni diverse**:
impossibile confrontare prodotti

Lavoratori precari
e autonomi,
Dipendenti pubblici

spesso **non coperti** da alcun fondo
collettivo

Duplicazioni al
centro, vuoti ai
margini

grandi aziende sovraesposte, PMI e part-
time scoperti

Nessun requisito
uniforme

di **solvibilità o riserve tecniche** tra un
fondo e l'altro

3 Criticità strutturali del sistema (1/3)

Incentivi fiscali regressivi

La deduzione IRPEF vale di più per chi ha redditi elevati

Per un reddito alto (aliquota 43%) il beneficio fiscale è più che doppio rispetto a chi è in fascia bassa (23%):

3 Criticità strutturali (2/2): il nodo della Long-Term Care

Assenza copertura LTC nei fondi

I FSI nella loro configurazione attuale non **coprono in modo strutturato la non-autosufficienza; mancano garanzie LTC** nei regolamenti dei fondi

Attuarialmente complessa

Il **rischio LTC ha orizzonte molto lungo e difficile prevedibilità**: questo scoraggia i fondi con orizzonte di breve periodo dall'offrirla

Gap di sistema

L'Italia spende poco e il 25% è out-of-pocket

3 Criticità strutturali (3/3): ruolo della famiglia (indagine MEFOP 24)

Preoccupazione per la non autosufficienza (blu scuro = alta)



Adesione ai fondi sanitari (blu scuro = alta)



Legami familiari, intensità delle visite ai genitori (blu scuro = alta)



- la preoccupazione per la non autosufficienza è più intensa nelle regioni del centro nord
- dove è più intensa la propensione ad aderire ad un fondo sanitario
- a sud prevale ancora il ruolo della famiglia come provider di assistenza

4 possibile riforme

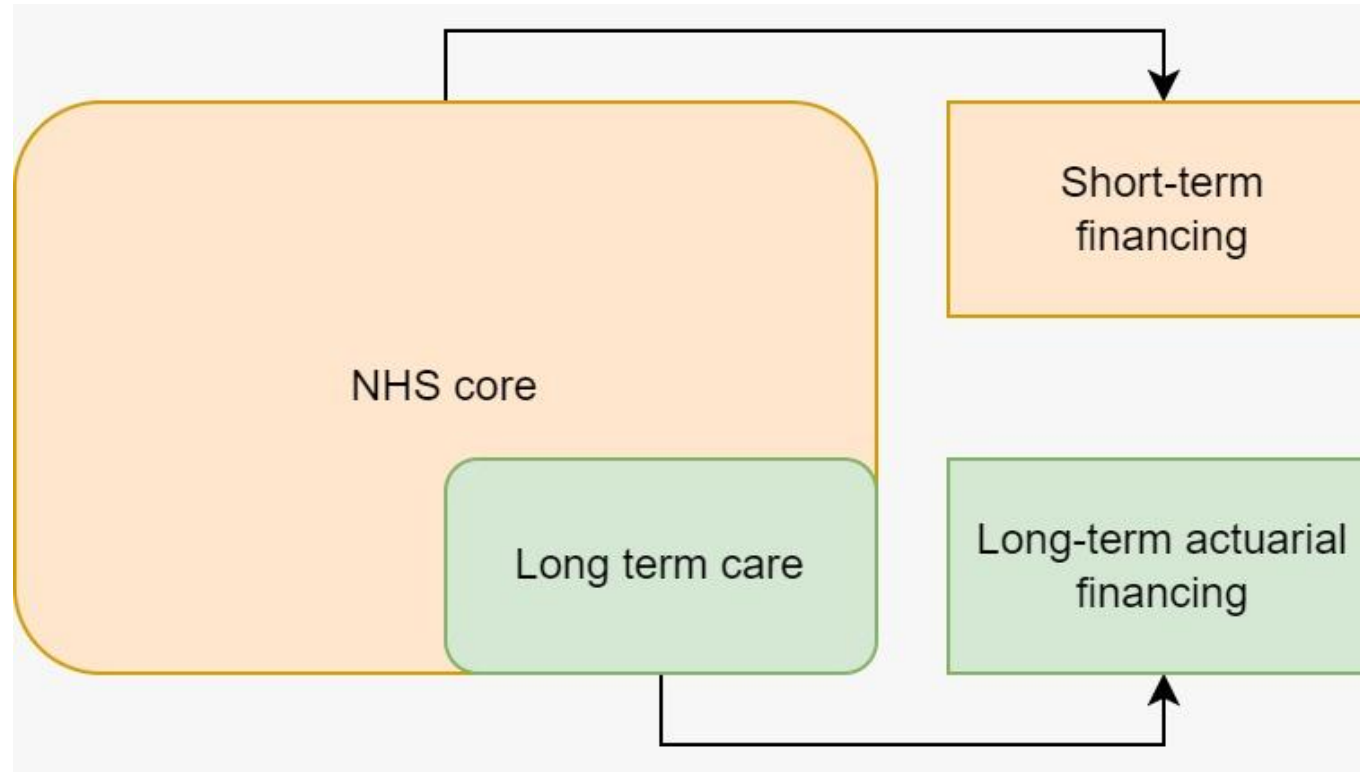
Differenze strutturali tra assistenza sanitaria e LTC (1)

		Core NHS	Long term care
popolazione di riferimento e tipo di cure	Popolazione	tutti i gruppi di età	popolazione anziana
	Servizi	specializzazione elevata (genetica)	bassa specializzazione
Finanziamento, spesa	Necessità di resilienza delle fonti di finanziamento	Cambiamenti a breve termine (ad esempio Covid) esigenze di finanziamento flessibili	Spesa prevedibile nel lungo periodo, basso bisogno di cambiamento nel breve periodo
	Finanziamento	Breve termine: tassazione generale, IVA...	A lungo termine: contributi sanitari, imposta di scopo

Differenze strutturali tra assistenza sanitaria e LTC (2)

		NHS Core	Long term care
Funzione di Produzione	Capital input	ELEVATO : ospedali, attrezzature altamente specializzate	BASSO: Residenze, attrezzature poco specializzate
	Labour inputs (dottori, infermieri)	specializzazione elevata	specializzazione mediamente specializzata
	Output	breve/medio termine	Lungo termine

Proposta per modificare il meccanismo di funzionamento



- Migliorare l'accuratezza nelle previsioni dei flussi di cassa per l'assistenza a lungo termine
- Migliorare le qualifiche all'interno delle componenti fondamentali del SSN
- Garantire la sostenibilità del sistema in un contesto di crescenti rischi demografici

Confronti internazionali

HOME CARE			
	ITALY	FRANCE	GERMANY
% of GDP	0,18%	0,39%	1,23%
spesa .	3.184.000.000 €	8.892.200.000 €	44.344.000.000 €
Mix Pubblico/ privato	Intervento pubblico: 96% Assicurazione. obbligatorio: 0% Assicurazione. Volontaria: 1% Spesa privata: 3%	Intervento pubblico: 42% Assicurazione. Obbligatorio: 51% Assicurazione. Volontaria: 1% Spese private: 6%	Intervento pubblico: 4% Assicurazione. obbligatorio: 78% Assicurazione. Volontari: 5% Spese private: 13%
Funding	Il 52,1% degli over65 con gravi difficoltà	Il 64,2% degli over 65 con gravi difficoltà	56,1% degli over 65 con gravi difficoltà

- I confronti internazionali mostrano che i servizi di assistenza domiciliare per anziani privi di autosufficienza variano ampiamente
- Il sistema italiano mette meno risorse e non utilizza l'assicurazione obbligatoria per il finanziamento
- Legge per le politiche di sostegno agli anziani (Legge n. 33 del 23 marzo 2023)

Proposta 1 – Rafforzamento della governance e vigilanza

Un'autorità di vigilanza dedicata e standard uniformi

01 Autorità di Vigilanza dedicata

Istituzione di una Autorità sui FSI (o estensione competenze IVASS/Covip) con poteri analoghi a quelli esercitati sulle assicurazioni private.

02 Rendicontazione standardizzata

Obbligo di reporting uniforme per tutti i fondi doc: prestazioni erogate, costi amministrativi, riserve tecniche, sinistri.

03 Requisiti minimi di solvibilità

Patrimonio minimo di vigilanza e fondo di garanzia mutualistico inter-fondi per tutela degli iscritti in caso di insolvenza.

04 Portabilità garantita

Diritto alla portabilità della copertura sanitaria in caso di cambio contratto o datore di lavoro, senza perdita dei diritti maturati.

Senza un'Autorità di Vigilanza dedicata, la riforma del finanziamento rischia di creare nuovi squilibri: fondi sottocapitalizzati, riserve inadeguate e iscritti non tutelati.

Proposta 2 – Copertura strutturata per la Long-Term Care

Tre scenari a confronto per gli operatori

Scenario A

Contribuzione obbligatoria pubblica

Meccanismo:

Nuovo prelievo su redditi (0,5%)
gestito da un ente pubblico o INPS

Impatto sui fondi:

I fondi operano come secondo
pilastro, con **ruolo complementare
nella LTC** avanzata

Scenario B

Obbligo minimo LTC nei fondi doc

Meccanismo:

I fondi iscritti all'Anagrafe devono
includere una **garanzia minima LTC**
(es. rendita mensile)

Impatto sui fondi:

Espande il perimetro dei fondi ma
richiede riserve tecniche adeguate e
riassicurazione

Proposta 3 – Revisione incentivi fiscali

Dalla deduzione regressiva al credito d'imposta universale

OGGI – Deduzione IRPEF

- ✗ Beneficio fiscale proporzionale all'aliquota marginale IRPEF
- ✗ Chi guadagna di più risparmia più imposte sullo stesso contributo
- ✗ Nessun incentivo specifico per la copertura LTC
- ✗ Lavoratori autonomi e precari sistematicamente svantaggiati



PROPOSTA – Credito d'imposta

- ✓ Credito d'imposta a valore fisso (es. €600–800 annui per iscritto)
- ✓ **Stesso beneficio per tutti, indipendentemente dal reddito**
- ✓ **Uniformità tra fondi collettivi e polizze individuali**
- ✓ Incentivo aggiuntivo per contributi destinati a coperture LTC
- ✓ Agevolazioni specifiche per PMI che attivano coperture per la prima volta

Proposta 4 Possibili nuove fonti di finanziamento

- Imposte esistenti o **Nuova forma di prelievo?** addizionale sui contributi sociali, IVA?
- **Nuovo finanziamento ad hoc:** uno per l'assistenza sanitaria e uno per LTC?
- **Un nuovo prelievo per la salute?** Larga base imponibile, aliquota contenuta, chi la pagherebbe...??
- **Mutua sanitaria nazionale (MSN):** **completare** la sanità complementare e coprire chi **non ha accesso ai fondi di categoria**, per beneficiare su base mutualistica di prestazioni sanitarie (anche LEA)
- **iniziativa pubblica necessaria per MSN;** individuazione del soggetto gestore; **finanziamento** (partecipazione degli assistiti, nuova imposta?)