

**COMMISSIONE PARLAMENTARE
DI CONTROLLO SULLE ATTIVITÀ DEGLI
ENTI GESTORI DI FORME OBBLIGATORIE
DI PREVIDENZA E ASSISTENZA SOCIALE**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

14.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 8 LUGLIO 2015

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE LELLO DI GIOIA

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Audizione di rappresentanti di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.:	
Di Gioia Lello, <i>Presidente</i>	3	Di Gioia Lello, <i>Presidente</i>	3, 11
INDAGINE CONOSCITIVA SULLA GESTIONE DEL RISPARMIO PREVIDENZIALE DA PARTE DEI FONDI PENSIONE E CASSE PROFESSIONALI, CON RIFERIMENTO AGLI INVESTIMENTI MOBILIARI E IMMOBILIARI, E TIPOLOGIA DELLE PRESTAZIONI FORNITE, ANCHE NEL SETTORE ASSISTENZIALE		Fabris Fiammetta, <i>Direttore generale Unisalute</i>	8
		Laterza Matteo, <i>Direttore generale area finanza di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.</i> ...	3
		ALLEGATO: Documentazione presentata da Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.	13

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
LELLO DI GIOIA

La seduta comincia alle 8.40.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

**Audizione di rappresentanti di
Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sulla gestione del risparmio previdenziale da parte dei fondi pensione e casse professionali, con riferimento agli investimenti mobiliari e immobiliari, e tipologia delle prestazioni fornite, anche nel settore assistenziale, di rappresentanti di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.

Avverto che per Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. sono presenti il dottor Matteo Laterza, direttore generale area finanza, la dottoressa Fiammetta Fabris, direttore generale Unisalute, il dottor Vittorio Verdone, direttore affari istituzionali e regolamentari UnipolSai, il dottor Stefano Genovese, responsabile relazioni esterne Unipol Gruppo Finanziario.

Do la parola al dottor Laterza per lo svolgimento della sua relazione.

MATTEO LATERZA, *Direttore generale area finanza di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.* Grazie, signor presidente, onorevoli senatori e deputati. Rivolgo un ringraziamento da parte del gruppo Unipol alla Commissione per averci dato la possibilità di parlare di un tema così importante per l'economia del nostro Paese come quello della previdenza e dell'assistenza. Credo che queste siano tematiche su cui il nostro gruppo può dare un contributo molto importante per l'attività di questa Commissione, in virtù del posizionamento che esso ha nell'ambito dei due settori che ho poc'anzi citato.

Vi riporto alcuni numeri che riguardano l'esercizio 2014 del gruppo Unipol. Limitatamente al ramo vita, Unipol gestisce attivi finanziari per 47,5 miliardi di euro, di cui 37 miliardi sono posti a copertura di polizze di ramo primo e quinto e 6 miliardi a copertura di polizze di ramo terzo (polizze *unit linked* e *index*).

Per quanto riguarda invece i fondi pensione, 3,5 miliardi sono assegnati a prodotti di ramo sesto (fondi pensione aperti e comparti fondi pensione negoziali), e un miliardo di euro a fondi chiusi negoziali non garantiti.

Per quanto riguarda il comparto della malattia, il gruppo detiene una quota di mercato, sempre riferibile al 2014, del 22,5 per cento. Incassa premi, tra il gruppo e Unisalute, di 502,2 milioni di euro e ha 5,3 milioni di assicurati, di cui il 94 per cento sotto forma di polizze collettive. Ha in convenzione 28 fondi sanitari e circa 50.000 strutture sanitarie convenzionate in Italia e all'estero.

In questa audizione affronteremo il tema della previdenza, di cui parlerò di rettamente io, per poi passare al tema dell'assistenza, che verrà trattato dalla

dottorssa Fabris, direttore generale di Unisalute, nella consapevolezza che previdenza e assistenza debbano essere gestite sempre più in una logica integrata dal punto di vista dei prodotti che devono essere venduti alla nostra clientela.

Per quanto riguarda la previdenza, sempre con riferimento all'esercizio 2014, gli attivi gestiti dal gruppo complessivamente sono di 10,6 miliardi di euro, come vedete nella tabella rappresentata a pagina 3 del documento che vi abbiamo consegnato: 5,4 miliardi sono relativi a prodotti sottoscritti da fondi pensione preesistenti (polizze di ramo primo e di ramo quinto); 700 milioni di euro sono riferiti a prodotti PIP (piani individuali pensionistici) di ramo primo, quinto e terzo; 800 milioni sono i fondi pensione aperti; infine, 3,7 miliardi sono fondi pensione negoziali, per cui è stata attribuita una convenzione di gestione a società del gruppo Unipol.

Rispetto al mercato, il posizionamento del gruppo, sia se visto dal numero degli *asset* in gestione sia se visto in relazione al numero delle teste, è di poco inferiore al 9 per cento del mercato.

Prese in considerazione le masse in gestione rispetto al totale delle riserve, stiamo parlando di una quota significativa, ma non di dimensioni rilevanti. Se guardiamo dal lato delle riserve, stiamo parlando di poco meno del 25 per cento. Se invece guardiamo dal lato delle singole teste, con riferimento ai prodotti istituiti dal gruppo Unipol, stiamo parlando di 137.000 teste, rispetto a un totale di poco più di 3 milioni, sempre riferibili al ramo vita, ovvero di una componente del 4,5 per cento.

Ovviamente, dal punto di osservazione del gruppo Unipol, lo sviluppo del risparmio previdenziale, per quanto abbia sperimentato tassi di crescita molto importanti nel tempo, continua a essere sotto-rappresentato rispetto alle altre forme di vendita di prodotti assicurativi vita in cui il gruppo è presente.

Nella parte sulla previdenza di questa audizione si vuole cercare di affrontare i

macrotemi che sono alla base di questo mancato sviluppo del settore.

Affronteremo il tema dei risultati e delle *performance* della gestione finanziaria e coglieremo l'occasione per parlare del finanziamento all'economia reale.

Tratteremo poi il tema della comunicazione, intesa come tutti gli strumenti utilizzati dai vari soggetti preposti per comunicare ai lavoratori e agli aderenti la posizione previdenziale di primo pilastro a cui avranno diritto.

L'ultimo tema è legato all'impianto normativo complessivo.

Per quanto riguarda le *performance*, a pagina 5 del documento abbiamo voluto dare un quadro di come i prodotti del gruppo si posizionano rispetto ai risultati di gestione finanziaria e abbiamo fatto una disamina abbastanza completa dei nostri prodotti. Abbiamo affrontato il tema dei fondi pensione negoziali, dei fondi pensione aperti, dei PIP e dei fondi preesistenti.

Visti per ciascun anno, sono prodotti che, sia se raffrontati al trattamento di fine rapporto, sia se raffrontati al tasso d'inflazione, ma anche ai cosiddetti *benchmark*, che sono i parametri di riferimento relativi alla gestione finanziaria, hanno avuto risultati molto positivi, considerato che, nell'orizzonte temporale osservato (2006-2014) i mercati finanziari hanno affrontato le crisi più dure dell'era più recente. Siamo passati dal fallimento della Lehman nel 2008 alla crisi dei debiti sovrani avviatasi nel 2010, che peraltro è tuttora in corso, visto che si sta ancora parlando del possibile salvataggio della Grecia.

Nonostante questa fase di elevata volatilità, i rendimenti dei prodotti istituiti dal gruppo sono stati positivi, sia in forma assoluta sia relativamente ai parametri. Questo dato è confermato anche a livello di sistema. Anche il sistema dei fondi pensione nel suo complesso ha riportato risultati positivi. Sicuramente da questo punto di vista, almeno secondo la nostra opinione, il tema dei risultati

della gestione finanziaria non costituisce una criticità per lo sviluppo dei fondi pensione.

È da evidenziare un altro elemento rilevante da questo punto di vista: questi risultati sono stati raggiunti con un *asset allocation* abbastanza orientata alla prudenza. L'investimento principale che i nostri prodotti hanno avuto e che tuttora hanno riguarda i titoli di Stato. L'investimento in titoli di Stato, sempre con riferimento ai nostri prodotti previdenziali, è pari al 78 per cento del totale, di cui l'82 per cento è rappresentato investimenti in titoli di Stato emessi dalla Repubblica italiana.

Di converso, complice la presenza di un elevato numero di comparti garantiti, per i quali è richiesta una certa prudenza nell'*asset allocation*, allo scopo di raggiungere gli obiettivi di garanzia prestati, gli investimenti in titoli di capitale hanno un peso piuttosto residuale, pari al 6,5 per cento del totale.

Risultano poco rappresentati e in alcuna misura non rappresentati gli investimenti nel comparto immobiliare e gli investimenti cosiddetti « alternativi » (*private equity, hedge fund* e altre forme di fondi chiusi), perché nell'ambito del processo di investimento da noi utilizzato all'interno del gruppo Unipol il requisito della liquidabilità dell'attivo è molto importante al fine di garantire la disponibilità delle somme versate in ogni momento per gli aderenti. Questo è un tema molto importante, su cui torneremo quando tratteremo la questione legata al finanziamento dell'economia reale.

Sul tema della gestione finanziaria, occorre fare un passaggio molto veloce sull'impianto normativo volto a regolamentare la parte di gestione finanziaria. Da questo punto di vista, non possiamo che formulare valutazioni positive su come si è evoluto questo quadro negli ultimi tempi.

Mi riferisco in particolare al decreto del Ministero dell'economia n. 166 del 2 settembre 2014, che ha sancito due principi di essenziale importanza per la gestione finanziaria.

Il primo è quello che introduce il passaggio da un sistema di limiti fissi, che sono quelli che erano stati imposti dal decreto del Ministero del tesoro n. 703 del 21 novembre 1996, a un più ampio concetto che, ispirandosi al principio di sana e prudente gestione, lascia ai singoli soggetti istitutori delle forme previdenziali il compito e la responsabilità di definire il profilo di rischio più adeguato dei portafogli da detenere in gestione. Questo è un elemento che, dando autonomia alle imprese e alle strutture di gestione finanziaria, dà di conseguenza maggiore flessibilità nella gestione finanziaria stessa.

Il secondo principio riguarda l'autonomia concessa sempre a questi soggetti, nel definire e dotarsi di una struttura organizzativa, di competenze e di processi idonei al perseguimento degli obiettivi di sana e prudente gestione.

Noi riteniamo che l'introduzione di questi due concetti sicuramente contribuirà in modo determinante al consolidamento e al rafforzamento dei buoni risultati sinora raggiunti sul fronte delle *performance*.

Un ultimo breve richiamo, sempre in chiave positiva, sul credito n. 166 riguarda la trattazione del conflitto di interessi, in quanto l'impostazione data a questo decreto sul tema elimina, a nostro avviso, le rigidità del passato nella gestione di questi conflitti, dando autonomia ai singoli soggetti istitutori nel definire delle procedure che stabiliscano in modo chiaro la classificazione dei conflitti d'interesse e il modo in cui detti conflitti devono essere gestiti nell'interesse degli aderenti.

Per passare al tema del finanziamento dell'economia del nostro Paese, occorre premettere che il nostro gruppo detiene complessivamente, compreso il ramo danni, gestioni finanziarie per 64,4 miliardi di euro. Di questi, 48,5 miliardi sono investiti nel nostro Paese, 41,3 miliardi sono allocati in titoli di Stato, 6,2 miliardi in obbligazioni societarie e un

miliardo in azioni. Questo ovviamente riguarda il comparto assicurativo nel suo complesso.

Se si parla di previdenza, si ritorna ai 10,6 miliardi detenuti in gestione dal gruppo alla fine del 2014. Di questi, 7,3 miliardi sono investiti in Italia: 6,7 miliardi sono investiti in titoli di Stato, 500 milioni in obbligazioni societarie e 100 milioni in azioni.

Dal punto di vista normativo, molte cose sono state fatte negli ultimi tempi, da un lato con l'obiettivo di favorire il finanziamento dell'economia reale, introducendo incentivi per le società di piccole e medie dimensioni che intendono emettere titoli di debito, e dall'altro con novità normative volte ad ampliare l'ambito di operatività a investitori istituzionali, quali le compagnie di assicurazione, in tema di finanziamento dell'economia reale.

Fatta questa premessa, ci sono state una serie di leggi che hanno introdotto questi concetti e regolamenti pubblicati dal regolatore assicurativo, l'Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni (IVASS), volti a consentire alle compagnie di assicurazione di investire in nuove forme di investimento, quali i minibond, i prestiti alle imprese o i progetti infrastrutturali.

Nonostante tutto, il nostro punto di vista al riguardo è che, con riferimento al macrotema del finanziamento all'economia reale, la normativa che ho poc'anzi citato non prevede per gli investitori istituzionali assicurativi incentivi sufficienti a favorire questa tipologia di investimenti.

Al contrario, la nuova normativa pone alcuni ostacoli al riguardo. Mi riferisco in primo luogo alla nuova normativa regolamentare, che entrerà in vigore a partire dal primo gennaio del 2016, che è la direttiva 2009/138 della Comunità europea, meglio definita come Solvency II, che sicuramente presenta un impianto normativo complessivamente penalizzante per gli investimenti a sostegno dell'economia.

A pagina 9 c'è una tabellina che riporta l'esempio tra l'investimento in un

titolo di Stato e l'investimento in un minibond, qui definito come un titolo di debito con durata di cinque anni e privo di *rating*, ovvero un tipico minibond emesso da una media impresa italiana.

Questo tipo di strumento comporta per una compagnia di assicurazione un assorbimento di capitale del 15 per cento. Ciò significa che, per ogni 100 euro di investimento che effettua su questo tipo di strumenti, una compagnia deve disporre di capitale per 15.

Ad esempio, supponendo che questo capitale debba essere remunerato al 10 per cento, questo vuol dire che, per ogni 100 euro di investimento in un minibond, il rendimento che bisogna ottenere in aggiunta a quello privo di rischio, per rendere comparabile l'investimento in titoli di Stato, è dell'1,5 per cento in più. A fronte di un 4 per cento di rendimento del titolo di Stato, per parificare la penalizzazione in termini di aggiunta di capitale per investimenti in un minibond, questo minibond deve rendere almeno il 5,5 per cento, a prescindere da valutazioni sul profilo di rischio e sull'analisi di rischio del titolo, che possono portare a richiedere sull'investimento in un minibond un ulteriore aggravio sul rendimento stesso.

Questo è un primo tema che secondo noi è molto importante e che, se persistente nell'ambito della struttura regolamentare, sicuramente non favorisce questo tipo di investimenti.

Un altro tema è sicuramente il trattamento fiscale che viene imposto agli investimenti diversi dai titoli di Stato, che è pari al 20 per cento, rispetto all'aliquota prevista per i titoli di Stato, che è pari al 12,5 per cento. Sicuramente inserire questa doppia tassazione favorisce l'investimento in titoli di Stato rispetto ad altri tipi di investimenti e non depone a favore di una predisposizione da parte di soggetti istituzionali a investire in titoli di capitale o titoli di debito non emessi da Stati sovrani.

Ciò che ho appena esposto riguarda l'aspetto di tipo regolamentare. Per quanto riguarda invece altri aspetti di

carattere tecnico, sicuramente a livello generale il profilo di illiquidità reale di un titolo di piccole e medie dimensioni è un problema per soggetti e investitori di dimensioni particolarmente grandi.

Poc'anzi vi avevo parlato di come il profilo di illiquidità sia un tema molto importante nell'ambito del processo di investimento del gruppo. Senz'altro investire in titoli di piccole e medie dimensioni pone questo tema come elemento che può fungere da ostacolo all'investimento in minibond.

Da questo punto di vista, indubbiamente l'istituzione di fondi comuni d'investimento, organismi d'investimento collettivo che investono su questi strumenti, può essere un elemento che può facilitare l'accesso da parte di investitori istituzionali a prodotti di questo genere.

Per chiudere il tema delle *performance* di gestione finanziaria e del finanziamento all'economia reale, da un primo punto di vista i risultati di gestione finanziaria, se osservati anche in orizzonti temporali pluriennali, sono molto soddisfacenti e sicuramente non costituiscono un ostacolo allo sviluppo delle forme previdenziali.

Il giudizio sul decreto n. 166 è molto positivo. Sul fronte del finanziamento all'economia reale, si riscontra la presenza di ostacoli di natura normativa (Solvency II e trattamento fiscale) e tecnica, legati all'iniquità degli strumenti che possono ostacolare l'effettivo finanziamento dell'economia domestica.

Sul fronte della comunicazione, che è il secondo aspetto che vorrei affrontare molto brevemente, il punto è che la scarsa consapevolezza da parte della popolazione attiva residente nel nostro Paese circa le future prestazioni previdenziali costituisce sicuramente un elemento di criticità.

Questo lo si vede, sempre dall'angolo visuale del nostro gruppo, dalla tabella che abbiamo rappresentato a pagina 12, dove le classi più giovani sono poco rappresentate e sono quelle che aderiscono con minore frequenza ai nostri prodotti.

Pertanto, uno sforzo per una maggiore comunicazione soprattutto verso le classi più giovani è molto importante.

A questo proposito, occorre citare un progetto che Unipol ha svolto in collaborazione con Censis e avviato nel 2010, che ha portato ad alcune conclusioni molto interessanti da questo punto di vista. Ne cito tre.

La prima è la consapevolezza diffusa che l'integrazione tra pubblico e privato rappresenta un'opportunità per far fronte a una domanda di servizi previdenziali e sanitari.

La seconda è una scarsa conoscenza, a fronte della citata consapevolezza, di strumenti finanziari integrativi. Al riguardo, solo il 18 per cento del campione preso in esame dal rapporto ha indicato di aver aderito a forme di previdenza integrativa e solo 2 milioni di famiglie hanno aderito a forme di previdenza integrativa.

Il terzo aspetto riguarda la percezione di un difficile scenario per le giovani generazioni sotto il profilo previdenziale. Da questo punto di vista, dati aggiornati del Censis relativi a febbraio 2015 stimano che il 65 per cento dei giovani occupati dipendenti tra i 25 e 34 anni non arriverà a ricevere 1.000 euro al mese di pensione. Questo è un dato particolarmente importante, che deve far riflettere.

Dal punto di vista della comunicazione, noi ovviamente vediamo con favore le iniziative che sono state poste in essere dai soggetti preposti per favorire la stessa, in particolare l'iniziativa della busta arancione, che da qualche giorno dà la possibilità a tutta la popolazione, seppur con alcune approssimazioni, di capire la data di maturazione della prestazione e di avere anche una stima dell'importo della prestazione stessa.

Sicuramente questi aspetti favoriranno la conoscenza e, quindi, probabilmente anche il ricorso alle forme previdenziali.

In tema fiscale, noi non vediamo con favore l'imposizione al 20 per cento rispetto alla precedente aliquota. Anche il finanziamento in busta paga del TFR

sicuramente non è un elemento che va a favore della previdenza. Invece, vediamo con favore il tema della portabilità delle posizioni previdenziali, anche con riferimento al versamento del datore di lavoro.

Queste sono in breve le mie considerazioni, e rimando al documento che lasciamo agli atti per gli approfondimenti dei temi esposti. Lascio la parola alla collega Fiammetta Fabris sulla parte relativa alla sanità integrativa.

FIAMMETTA FABRIS, *Direttore generale Unisalute*. Buongiorno a tutti. Cerco di dare in dieci minuti lo spaccato di quello che potrebbe essere oggi il concetto di sanità integrativa.

Premettendo che i passi fatti dal nostro Paese sono stati enormi, il fatto di aver garantito un sistema sanitario nazionale con un concetto di universalismo come quello che noi abbiamo in Italia deve essere salvaguardato.

A quasi 50 anni dalla prima riforma, tra i problemi della spesa pubblica e tutta la parte relativa alla diffusione all'interno delle varie regioni e alla diversità di argomentazioni poste dalla sanità integrativa all'interno del tessuto regionale, c'è la necessità di verificare in che maniera si possa mantenere il concetto universalistico, che in Italia è un presidio assolutamente sacrosanto, arrivando a portare la sanità integrativa a più soggetti rispetto a quelli che oggi la posseggono. Proviamo a capire qual è il contesto e che cosa si può fare.

Vi illustro le nostre valutazioni. In Italia nel 2013 la spesa è stata di 136 miliardi di euro. È una spesa sanitaria sempre in calo. Dal 2009, cioè da quando inizia la crisi, sia dal punto di vista pubblico che dal punto di vista privato, la spesa *out of pocket* degli italiani continua a ridursi. Adesso siamo a circa 26-27 miliardi di euro spesi direttamente dai cittadini, con una flessione del 5,3 per cento rispetto al dato del 2013.

Nei grafici che abbiamo riportato è chiara questa inversione di tendenza. Nel momento stesso in cui la crisi avanza, gli

italiani rinunciano a curarsi. Questo diventerà un problema, anche perché le prestazioni iniziali di presidio relative alla prevenzione, che di norma era opportuno fare, diventeranno elementi di cronicità e di cura che sicuramente si abatteranno sulle strutture pubbliche successivamente. Pertanto, fra qualche anno cominceremo nuovamente ad avere un innalzamento della spesa.

Rispetto allo spaccato sulla spesa sanitaria totale *pro-capite* nelle regioni, vediamo che questa è abbastanza diversa. Ovviamente è un quadro normale, che riflette l'economia dell'Italia. Le regioni del Sud hanno una percentuale molto bassa di compartecipazione di spesa del privato e, quindi, un'alta percentuale di spesa pubblica. Invece, all'interno delle regioni più ricche c'è un aumento graduale della componente privata, spesa direttamente dagli italiani.

Mediamente la spesa pubblica si attesta in Italia su 1.798 euro, mentre quella *pro capite* per la spesa privata è di 445, con una punta sempre maggiore nelle regioni a reddito elevato. Sostanzialmente dalla Toscana in su la spesa dei privati è sempre maggiore rispetto agli standard di cui stiamo parlando.

Dal punto di vista complessivo, questa situazione di crisi ha determinato necessariamente lo sviluppo di una sanità integrativa ulteriore, con la compartecipazione di spesa di tutti gli italiani anche relativamente al solo ticket.

I famosi 27 miliardi di compartecipazione di cui si parla sono determinati dalla necessità di pagamento dei ticket, dalla parte relativa alle prestazioni specialistiche, utilizzate in particolare per le lunghe liste d'attesa, e dalle spese assolutamente non garantite dal pubblico, come quelle per l'odontoiatria. Se aggiungiamo i 10 miliardi di spesa immaginata per la non autosufficienza, questo dettaglio di spesa *out of pocket* è un elemento importante.

Queste sono state le ragioni per cui è decollata e sta continuando a estendersi la sanità integrativa, grazie anche alla legge n. 502 e alla regolamentazione fi-

scaie di cui all'articolo 51 del Testo unico, che ha portato la sanità integrativa a essere un elemento di compendio importante per tutti i contratti di lavoro.

Grazie al vantaggio fiscale che le aziende hanno nel trasferire una parte degli emolumenti economici riconosciuti ai singoli all'interno dei fondi e delle casse sanitarie, abbiamo visto un decollo della sanità integrativa, sia quella da contrattazione nazionale che quella di secondo livello.

Facendo un focus sulla spesa sanitaria intermediata, vediamo che rispetto alle strutture no profit la parte di spesa privata intermediata nel 2012 è stata di 3,6 miliardi di euro. In questo caso, quando parliamo di strutture no profit, ci riferiamo anche ai soggetti erogatori, coloro i quali entrano direttamente nel processo per fornire servizi all'utenza.

Invece, la parte assicurativa vera e propria scende a 1,2 miliardi di euro. È sicuramente una percentuale molto contenuta.

Rispetto agli ultimi vent'anni, la quota della spesa sanitaria privata intermediata in realtà non è cresciuta tanto. Siamo passati dal 16 per cento degli anni 1990 al 18 per cento del 2013. Questo è uno degli elementi presenti nella nostra relazione su cui è necessario che si rifletta.

Si stima che oggi siano 11 milioni gli italiani che godono di coperture di sanità integrativa a diverso titolo, acquistandole presso i vari soggetti che sono indicati nel grafico successivo, ovvero tutti i soggetti che oggi possono entrare all'interno del modello di sanità integrativa in Italia, aiutati o meno da strumenti di carattere fiscale.

La parte rilevante, come si diceva, riguarda i fondi assicurati e le casse sanitarie. Rispetto agli 11 milioni complessivi gestiti, oggi sono 5,8 milioni gli utenti assicurati e coperti all'interno del mondo dei fondi assicurati, in particolare dei fondi a matrice contrattuale, che nascono dalla contrattazione nazionale, più le altre forme delle casse aziendali.

I fondi in autogestione sono invece tutte quelle componenti, in particolare le

grandi casse storiche, che sono nate per la gestione di alcune tipologie contrattuali (FASI, FASDAC, CASAGIT e altre realtà di questo genere). Come dicevamo poc'anzi, il mercato vero e proprio delle assicurazioni è marginale.

Ancora più piccolo è il mercato delle mutue, in questo caso agevolate da una tassazione di riferimento, anche se parziale, che è l'unica che consente anche ai sottoscrittori di coperture individuali di avere il 19 per cento di deducibilità che nessuno degli altri strumenti oggi può consentire di avere.

Per il nostro gruppo, la parte dei fondi assicurati e delle casse aziendali è una dinamica molto importante.

Diversi sono i soggetti che oggi operano all'interno del mercato, con sfumature anche regolamentari molto diverse. Ovviamente è molto presidiato il mondo relativo alle assicurazioni, con enti regolatori e legislazioni particolari, mentre c'è un po' più di *deregulation* su altre figure che oggi interagiscono all'interno del modello.

Il mondo dei fondi sanitari sicuramente è la realtà in crescita più interessante e quella alla quale si deve realmente lo sviluppo della sanità integrativa, perché è riuscito a portare forme di sanità effettiva a una vasta platea di italiani facenti parte del mondo del lavoro, anche con quote individuali molto contenute, puntando sulla forte mutualità dello strumento.

In questo caso, quindi, le soluzioni sanitarie scelte comprendono ipotesi sostitutive di quanto già fa il Servizio sanitario nazionale. Parliamo di aree quali i ricoveri, le specialistiche e il parto, che sono contenute all'interno dei piani sanitari garantiti da queste categorie.

Molto si è fatto per i propri iscritti, erogando specifiche prestazioni che hanno risposto alla richiesta degli iscritti ai vari fondi. Si è puntato maggiormente su garanzie ulteriori a sostegno della maternità, anche perché su alcuni fondi la componente femminile è molto elevata. Parliamo, ad esempio, dei fondi del com-

mercio, dove la parte delle impiegate dei negozi eccetera è molto sviluppata. Ci sono poi l'odontoiatria e la prevenzione.

Inoltre, si è cominciato a inserire all'interno di questi fondi garanzie per la non autosufficienza, che consentono di iniziare un percorso operativo importante in un'area che, sia a livello nazionale che a livello delle varie regioni, è certamente molto più esposta alla spesa diretta degli italiani non protetta dal punto di vista dello Stato.

Il fatto di lavorare tanto sulla prevenzione è stato molto importante, perché si è puntato sull'educazione dell'iscritto al presidio della propria salute in tutte le varie aree della prevenzione, da quella oncologica a quella cardiovascolare, ma soprattutto quella odontoiatrica, in alcuni casi anche per i bambini. Ciò ha consentito di avere un approccio operativo importante su questa area di attenzione.

Dal punto di vista complessivo delle macrocoperture sanitarie, la possibilità di operare in questi termini è stata frutto anche della regolamentazione del cosiddetto « decreto Sacconi », che ha cominciato a portare all'interno dei modelli la necessità per tutti questi fondi di dedicare almeno il 20 per cento delle risorse a formule assolutamente integrative del Servizio sanitario nazionale.

A livello complessivo, diverse potrebbero essere le proposte. Tra le più semplici, c'è quella di alzare la soglia del 20 per cento, per rendere sempre più integrata la matrice pubblico-privato e continuare a dare un grosso aiuto su garanzie più integrative rispetto al mondo della sostitutività e della sanità.

Un'altra proposta concerne un riordino dei sistemi LEA, che oggi lo Stato dovrebbe cominciare a rivedere, per capire bene fin dove arrivare con l'erogazione diretta e come ampliare il campo dell'integratività al secondo pilastro. Occorre definire meglio la possibilità che questi strumenti possano aprirsi a elementi di carattere territoriale oggi non esistenti. Questi sarebbero alcuni elementi di base. Quello su cui noi vor-

remmo riflettere in maniera più precisa è la possibilità che nascano forme di collaborazione nuova, diversa e più articolata con la pubblica amministrazione, sfruttando aree legali che oggi non sono state per nulla operate.

Questa è proprio la matrice dei fondi DOC a efficacia territoriale, che potrebbero essere costruiti anche dalla pubblica amministrazione. I regolatori pubblici potrebbero avere un ruolo operativo e attivo all'interno di questi sistemi.

Si potrebbe cominciare a costruire uno strumento integrato, che abbia dentro anche la protezione della compagnia di assicurazione, per iniziare un nuovo percorso in cui il pubblico rimane a essere il soggetto che dà gli indirizzi e controlla l'operatività delle prestazioni, mentre il blocco interno gestionale e di protezione per dare continuità alle prestazioni viene svolto ed effettuato direttamente dalla compagnia di assicurazione.

In questo caso, ci sarebbe un mix di protezione, proprio perché la vocazione principale della compagnia di assicurazione è dare continuità nel tempo, secondo il principio proprio della diversificazione del rischio e della mutualizzazione del rischio stesso a più soggetti. Il pubblico rimarrebbe come gestore della parte iniziale, quindi dei requisiti del concetto di integratività.

Quello sulla non autosufficienza è un terreno su cui si potrebbero costruire elementi importanti, in particolare per la gestione domiciliare del paziente. Questo potrebbe consentire forme di risparmio effettivo del pubblico, proprio perché la parte relativa ai ricoveri impropri è oggi uno degli elementi importanti della nostra spesa sanitaria pubblica.

Il costo della retta di degenza per un ricovero in ospedale è di 800 euro, mentre con una gestione della persona direttamente in casa oppure con forme di domiciliarità diversa mediamente potrebbe esserci un abbattimento di almeno 500 euro. Pertanto, si tratterebbe di

spendere tra i 200-300 euro per avere una gestione domiciliare operativa attuata con modelli di territorialità diversa.

Questi strumenti di sanità territoriale allargata, da una parte, potrebbero consentire un approccio più unitario e più globale per tutti i cittadini, anche coloro i quali non sono protetti direttamente da contratti di lavoro, e, dall'altra, potrebbero portare un risparmio complessivo alla pubblica amministrazione, riducendo quella parte di ricoveri impropri, che oggi vengono fatti perché non si sa come trattare in via domiciliare un paziente, anche soltanto per una riabilitazione che potrebbe essere fatta in termini diversi.

Altre proposte sono all'interno del documento, a cui rimando.

PRESIDENTE. Ringrazio della vostra partecipazione, dispongo che il documento prodotto venga pubblicato in allegato al resoconto stenografico della seduta odierna e dichiaro chiusa l'audizione.

La seduta termina alle 9.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI*

DOTT. RENZO DICKMANN

*Licenziato per la stampa
il 16 ottobre 2015.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

ALLEGATO



Audizione nell'ambito dell'Indagine conoscitiva sulla gestione del risparmio previdenziale da parte di Fondi pensione e Casse professionali, con riferimento agli investimenti mobiliari e immobiliari, e tipologia delle prestazioni fornite, anche nel settore assistenziale

Commissione parlamentare di controllo sull'attività degli enti gestori di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale



Indice

1. Previdenza	3
1.1 <i>Risultati della gestione finanziaria e finanziamento dell'economia reale</i>	4
2. Comunicazione	11
3. Impianto normativo	14
4. Spesa sanitaria	18
4.1 <i>L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia</i>	18
4.2 <i>Spesa sanitaria totale pro capite nelle Regioni, 2013</i>	19
4.3 <i>Spesa sanitaria pubblica e privata pro capite delle Regioni</i>	20
4.4 <i>Focus spesa sanitaria intermediata</i>	22
4.5 <i>Focus fondi sanitari</i>	24
4.6 <i>Macro coperture sanitarie previste in generale dai fondi nazionali</i>	25
4.7 <i>Collaborazione pubblico privato su fondi doc tematici e domiciliarità</i>	26
4.8 <i>Riordino della materia fiscale, equiparazione per tutti gli strumenti dei benefici fiscali anche per le forme individuali assicurative</i>	29
4.9 <i>Welfare sanitario e previdenziale</i>	30



Signor Presidente, Onorevoli Senatori, Onorevoli Deputati,

a nome del Gruppo Unipol desideriamo innanzi tutto ringraziare la Commissione Parlamentare di controllo sull'attività degli Enti di forme obbligatorie di previdenza e assistenza sociale per averci dato l'occasione di esprimere un contributo su tematiche così rilevanti per l'economia del nostro Paese, quali la gestione del risparmio da parte dei Fondi Pensione e Casse Professionali e la tipologia delle prestazioni fornite, anche nel settore assistenziale.

Su queste tematiche riteniamo, infatti, di poter dare a questa Commissione un utile contributo, considerato che, nel settore del Welfare italiano, il Gruppo Unipol è tra i principali operatori sia nel comparto della Previdenza, sia in quello dell'Assistenza.

Al riguardo, riportiamo alcuni dati, relativi all'esercizio 2014, che sintetizzano il posizionamento del nostro Gruppo nei suddetti comparti.

A livello generale, il Gruppo Unipol gestisce, nel ramo Vita, attivi per un controvalore di 47,5 miliardi di Euro, di cui 37 miliardi posti a copertura di polizze di Ramo I e V, 6 miliardi a copertura di polizze di Ramo III, 3,5 miliardi assegnati a copertura di prodotti di Ramo VI, e cioè Fondi Pensione Aperti e comparti di Fondi Chiusi Negoziati garantiti, ed infine 1 miliardo in Fondi Chiusi Negoziati non garantiti.

Nel comparto della malattia il Gruppo detiene il 22,5% della quota di mercato, con una raccolta premi di 502,2 milioni di Euro; in particolare, si sottolinea il ruolo di UniSalute sia nel comparto della malattia che in quello dell'assistenza, con 5,3 milioni di assicurati, di cui il 94% attraverso polizze collettive, 28 Fondi sanitari gestiti e circa 50.000 strutture sanitarie convenzionate in Italia e all'estero.

In questa audizione approfondiremo il tema della Previdenza e quello dell'Assistenza, in quanto fortemente convinti che, in una logica di prodotto, questi due grandi temi del Welfare italiano debbano necessariamente rientrare in una logica integrata.



1. Previdenza

Nel settore della previdenza il Gruppo Unipol gestiva, alla fine del 2014, attivi per un controvalore di 10,6 miliardi di Euro, di cui circa 5,4 miliardi relativi a prodotti sottoscritti da fondi pensione preesistenti (Ramo I e V), 700 milioni a PIP (Ramo I, V e III), 800 milioni a Fondi Pensione Aperti (ramo VI) e 3,7 miliardi a comparti di Fondi Chiusi Negoziati garantiti (ramo VI) e non garantiti.

	Totale Gruppo UNIPOL		Totale Mercato (*)		% Gruppo UNIPOL	
	teste (**)	attivi (mln €)	teste	attivi (mln €)	teste	attivi (mln €)
Fdi Preesistenti	88.000	5.354	654.000	50.380	13,5%	10,6%
PIP	92.000	697	2.454.000	15.773	3,8%	4,4%
Fdi Pensione Aperti	45.000	779	1.053.000	13.960	4,3%	5,6%
Fdi Pensione Chiusi	311.000	3.721	1.944.000	39.645	16,0%	9,4%
Totale	536.000	10.550	6.105.000	119.758	8,8%	8,8%

(*) Fonte Covip

(**) Il dato relativo ai Fdi Pensione Chiusi si riferisce solo a quelli garantiti ovvero al 72% dell'ammontare gestito

Per quanto le masse in gestione riferibili a prodotti previdenziali abbiano sperimentato negli ultimi anni un apprezzabile tasso di crescita, esse rappresentano tutt'ora solo circa il 25% degli attivi posti a copertura delle riserve del ramo Vita.

Riserve matematiche al 31/12/2014 (mln €)	
	TOTALE GRUPPO UNIPOL
Riserve previdenza complementare (*)	9.747
Totale riserve vita	39.097
% Ris. previdenza compl./Ris. vita	24,9%

(*) il dato comprende Fondi pensione preesistenti (classe C), PIP e Ramo sesto (sia fondi aperti che fondi chiusi)

Lo stesso risultato si può riscontrare con riferimento al numero di aderenti alle forme previdenziali istituite dalle Società appartenenti al Gruppo Unipol rapportate al numero complessivo di clienti riferibili al Ramo Vita nel suo complesso: 137 mila contro 3.070,000 per una percentuale del 4,5%.



Questi numeri confermano quanto il comparto della previdenza integrativa sia ancora sotto-rappresentato rispetto alle effettive esigenze previdenziali della popolazione attiva presente nel nostro Paese.

Nel tentativo di approfondire le principali motivazioni alla base di questo contesto, riteniamo importante affrontare le tematiche rilevanti ai fini di una completa disamina dell'argomento trattato:

- I. Risultati della gestione finanziaria e finanziamento dell'economia reale;
- II. Comunicazione;
- III. Impianto normativo.

1.1 Risultati della gestione finanziaria e finanziamento dell'economia reale

Per quanto riguarda i risultati della gestione finanziaria, occorre premettere che i prodotti istituiti dal Gruppo, nonché i comparti ad esso affidati in gestione dai Fondi Chiusi Negoziati presentano, nell'ambito di un orizzonte temporale pluriennale, un bilancio ampiamente positivo, sia rispetto al tasso di inflazione italiana sia rispetto al tasso di rivalutazione del TFR. Le performance risultano nel complesso positive anche alla luce di un confronto con i rispettivi parametri di riferimento (c.d. *benchmark*).



Fondi Pensione e PIP > RENDIMENTI (*)									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fondi pensione negoziali	2,1%	2,6%	-0,4%	6,6%	1,2%	-0,6%	8,8%	4,4%	6,3%
<i>Monetario</i>	1,2%	3,1%	3,6%	4,1%	0,1%	1,6%	5,5%	1,5%	3,5%
<i>Obbligazionario puro</i>					-0,5%	1,5%	7,6%	2,0%	6,3%
<i>Obbligazionario misto</i>	1,1%	3,1%	2,8%	4,9%	-0,1%	-1,2%	9,4%	3,9%	6,3%
<i>Bilanciato</i>	3,2%	2,1%	-5,6%	9,7%	3,8%	-0,7%	8,8%	6,1%	7,0%
<i>Benchmark</i>	2,4%	2,4%	0,0%	6,3%	1,6%	0,0%	8,6%	4,3%	7,3%
Fondi pensione aperti	4,0%	1,3%	-8,1%	11,0%	3,6%	-2,1%	9,7%	6,1%	9,6%
<i>Monetario</i>	1,5%	2,9%	4,0%	2,4%	-0,2%	-1,0%	2,6%	1,6%	1,4%
<i>Obbligazionario puro</i>	-0,1%	1,9%	5,5%	5,7%	0,7%	0,9%	7,6%	1,5%	9,5%
<i>Obbligazionario misto</i>	-0,1%	2,3%	1,2%	6,6%	0,9%	-0,7%	8,7%	3,8%	10,2%
<i>Bilanciato</i>	4,1%	0,9%	-13,3%	12,6%	4,4%	-2,9%	11,3%	8,4%	10,0%
<i>Azionario</i>	9,3%	0,4%	-28,1%	20,3%	9,4%	-6,6%	10,9%	13,5%	8,2%
<i>Benchmark</i>	4,3%	1,6%	-8,4%	9,5%	3,7%	-0,8%	9,3%	6,2%	9,1%
PIP									
<i>Gestioni Separate</i>			3,3%	3,1%	2,9%	2,6%	2,9%	3,2%	3,0%
<i>Unit linked</i>			-20,2%	15,3%	7,7%	-3,3%	10,1%	10,6%	10,6%
Fondi Preesistenti			3,6%	3,2%	3,0%	3,1%	3,0%	2,9%	2,9%
TFR	2,4%	3,1%	2,7%	1,9%	2,6%	3,5%	2,9%	1,7%	1,3%
Inflazione ITL	1,45%	2,38%	1,85%	0,82%	1,71%	2,83%	2,14%	0,50%	0,08%

(*) I rendimenti sono al netto dei costi di gestione e dell'imposta sostitutiva per tutti i prodotti. I rendimenti relativi al TFR e all'inflazione sono al netto dell'imposta sostitutiva.

Alla luce dei dati di performance evidenziati, peraltro confermati a livello di sistema nel suo complesso, una prima conclusione che si può trarre è che i risultati della gestione finanziaria non sono sicuramente la causa del ridotto ricorso alle forme integrative di previdenza.

Al contrario, questi risultati vanno considerati come fattore di incoraggiamento allo sviluppo della previdenza complementare, tanto più se si considera che il comparto è uscito indenne, e addirittura rafforzato, da un periodo in cui si sono avvicinate le peggiori crisi finanziarie dell'era moderna: dal fallimento della Lehman Brothers alla crisi dei debiti sovrani nell'area Euro, peraltro tuttora in atto.



Da evidenziare un altro elemento sul fronte della gestione finanziaria: tutti i risultati sono stati raggiunti mantenendo un'*asset allocation* caratterizzata da un profilo di rischio relativamente basso.

In particolare, gli investimenti effettuati dal Gruppo Unipol sui prodotti previdenziali vedono la presenza preponderante nei portafogli di titoli di Stato, pari al 78% del totale investito, di cui l'82% investito in titoli emessi dalla Repubblica italiana.

Al contrario, l'investimento in titoli di capitale, complice anche l'elevata presenza nei nostri prodotti di comparti con garanzia per i quali l'assunzione di rischi finanziari elevati va valutata con particolare attenzione, rappresenta una quota piuttosto bassa degli attivi in portafoglio (6,5%).

Infine, risultano rappresentati nei nostri portafogli in modo assolutamente residuale investimenti immobiliari, in forma diretta e indiretta, ed investimenti di tipo alternativo.

	Val. mercato mln di Euro	% vs TOT
OBBLIGAZIONARIO	9.718	92,1%
Governativo	8.229	78,0%
<i>di cui Italia</i>	6.744	63,9%
Corporate	1.489	14,1%
<i>di cui Italia</i>	483	4,6%
AZIONARIO	681	6,5%
<i>di cui Italia</i>	79	0,7%
MONETARIO	151	1,4%
TOTALE	10.550	100,0%
<i>di cui Italia</i>	7.306	69,2%

Su questa scelta ha influito la presenza del requisito di liquidabilità dell'attivo come elemento essenziale nel processo di investimento adottato dal Gruppo Unipol. Torneremo su questo aspetto quando tratteremo il tema del finanziamento dell'economia reale.

Riteniamo opportuno anche un breve richiamo all'evoluzione del quadro normativo in materia e a come esso abbia positivamente contribuito a rafforzare le competenze, i processi e le procedure adottate dal Gruppo in tema di investimenti finanziari.



Ci riferiamo evidentemente al Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 2 settembre 2014, n. 166, che ha sancito due principi di essenziale importanza per la gestione finanziaria.

Il primo introduce il passaggio da un sistema di limiti espressi in esposizioni percentuali massime per ciascuna classe di attivi - previsto dal Decreto del Ministero del Tesoro del 21 novembre 1996 n. 703 - ad un più ampio concetto che, ispirandosi al principio di sana e prudente gestione, lascia ai singoli soggetti istitutori delle forme pensionistiche il compito e la responsabilità di definire il profilo di rischio finanziario più adeguato dei portafogli detenuti in gestione.

Il secondo principio riguarda l'autonomia concessa ai soggetti istitutori delle forme pensionistiche di dotarsi di una struttura organizzativa, competenze e processi ritenuti idonei a perseguire l'obiettivo di sana e prudente gestione.

Riteniamo che l'introduzione di detti concetti contribuirà in futuro in modo determinante al consolidamento dei buoni risultati raggiunti sul fronte della gestione finanziaria.

Un ultimo richiamo, sempre con riferimento al DM 166/2014, merita la trattazione del conflitto di interessi. Tale decreto prevede, anche in questo caso, una delega delle responsabilità ai Fondi Pensione, che devono adottare una propria politica sui conflitti di interesse atta ad identificare e a gestire le situazioni di conflitto che potenzialmente possano incidere negativamente sugli interessi degli aderenti. Tale impostazione, a nostro avviso, elimina le rigidità del passato rendendo più coerente alle singole realtà la rilevazione dei conflitti potenziali.

Sul fronte del finanziamento dell'economia del nostro Paese, occorre premettere che il nostro Gruppo detiene complessivamente investimenti finanziari (escluse partecipazioni) per 64,4 miliardi di Euro. Di questi, 48,5 miliardi di Euro sono investiti nel nostro Paese: 41,3 miliardi sono allocati in titoli di Stato, 6,2 miliardi in titoli obbligazionari e 1 miliardo in azioni.

Nel comparto dedicato alla previdenza complementare, evidentemente, gli investimenti sono molto più ridotti: dei 10,6 miliardi complessivi a fine 2014, 7,3 sono investiti in Italia, di cui 6,7 miliardi in titoli di Stato, 500 milioni in obbligazioni societarie e 100 milioni in azioni.



Le più recenti novità normative in materia di investimenti hanno avuto in gran parte l'obiettivo di:

1. favorire il finanziamento dell'economia reale introducendo incentivi per le Società di piccole e medie dimensioni che intendono emettere titoli di debito;
2. ampliare l'ambito di operatività di investitori istituzionali, quali le Compagnie di assicurazione, in tema di finanziamento dell'economia reale.

In merito al primo aspetto, il riferimento è al Decreto Legge n. 145 del 23 dicembre 2013 (convertito con modificazioni dalla L. 21 febbraio 2014, n. 9), che ha concesso una serie di agevolazioni fiscali al fine di permettere alle imprese non quotate (escluse le banche e le micro-imprese) di accedere a forme di finanziamento complementari al canale bancario attraverso l'emissione di cambiali finanziarie, obbligazioni partecipative subordinate e cd. *mini-bond*; al Decreto Legge n. 1 del 24 gennaio 2012 (convertito con modificazioni dalla L. 24 marzo 2012, n. 27), che ha introdotto la possibilità di finanziare la realizzazione di infrastrutture e servizi di pubblica utilità mediante l'emissione di *project-bond*; e al Decreto Legge n. 91 del 24 giugno 2014 (convertito con modificazioni dalla L. 11 agosto 2014, n. 116), che ha previsto la possibilità per le compagnie di assicurazione di erogare direttamente finanziamenti alle imprese.

Relativamente al secondo aspetto, l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS) ha emanato alcuni Provvedimenti che hanno modificato il Regolamento n. 36 del 31 gennaio 2011 ampliando, in adeguamento alle modifiche normative intervenute, gli attivi ammissibili a copertura delle riserve tecniche, attraverso l'introduzione di nuove categorie quali i *project-bond* (Provvedimento Isvap n. 2992 del 18 luglio 2012), i *mini-bond*, le cambiali finanziarie e le cartolarizzazioni (Provvedimento n. 17 del 15 aprile 2014) e i finanziamenti diretti (Provvedimento n. 22 del 21 ottobre 2014).

Con riferimento al macrotema del finanziamento dell'economia reale occorre preliminarmente osservare che la normativa sopra richiamata non prevede per gli investitori incentivi sufficienti a favorire questa tipologia di investimenti.



Al contrario, la nuova normativa di vigilanza regolamentare, meglio nota come “Solvency II” (Direttiva 2009/138/CE), che entrerà in vigore a partire dal 1° gennaio 2016, presenta un impianto normativo complessivamente penalizzante per gli investimenti a sostegno dell'economia.

A titolo di esempio, l'investimento in un titolo di debito emesso da un'impresa priva di *rating*, come nel caso dei *mini-bond*, e di durata pari a 5 anni, comporta, secondo quanto previsto dalla formula standard Solvency II, un assorbimento di capitale pari al 15%.

Ciò comporta che, assumendo un costo del capitale pari, per esempio, al 10%, il rendimento di un'obbligazione emessa da una media impresa italiana, per essere considerata un investimento appetibile per una Compagnia di assicurazione, dovrebbe avere un rendimento aggiuntivo rispetto al titolo di Stato, considerato privo di rischio di credito, pari all'1,50%; tutto ciò a prescindere dall'ulteriore premio per il rischio richiesto dall'investitore a seguito di un'analisi approfondita dell'investimento prospettato.

	Titolo di Stato	Titolo di Debito Corporate A	Titolo di Debito Corporate B
Ammontare investimento (euro)	100	100	100
Rendimento cedolare %	4%	4%	5,5%
Rendimento cedolare lordo (euro)	4	A	5,5
Rendimento cedolare lordo %	4,0%	4,0%	5,50%
Capitale allocato (euro)	0	15	15
Costo del capitale %	10%	10%	10%
- Costo del capitale (euro)	0	-1,5%	-1,5
Rendimento totale lordo (euro)	4	2,5	4
Rendimento totale lordo %	4,0%	2,5%	4,0%

Un ulteriore elemento di disincentivo al finanziamento all'economia reale è sicuramente rappresentato dal diverso trattamento fiscale che caratterizza questa tipologia di investimenti rispetto a quello in titoli di Stato.



Il riferimento è alle disposizioni previste dalla Legge di Stabilità 2015, che prevedono l'applicazione di un'aliquota del 20% ai rendimenti dei fondi pensione, fatta eccezione per la quota parte investita in titoli di Stato, per i quali l'aliquota è pari al 12,50%.

Al riguardo, il credito di imposta previsto per i rendimenti maturati a fronte di investimenti a lungo termine, pari al 9% per i fondi pensione, appare un provvedimento insufficiente a rappresentare un valido incentivo a finanziare l'economia reale.

La norma, infatti, si presenta di difficile applicazione; inoltre, il tetto di 80 milioni previsto dalla legge non risulta a nostro avviso sufficiente a produrre effetti concreti sull'economia del nostro Paese.

Un ulteriore elemento che funge da ostacolo al finanziamento dell'economia reale è costituito dal profilo di illiquidità che tipicamente caratterizza questa tipologia di attivi. Come precedentemente sottolineato, questo elemento costituisce un fattore essenziale nell'ambito del processo di investimento adottato dal Gruppo Unipol.

Ne consegue che il nostro *target* di investimento è costituito da emissioni obbligazionarie di importi molto rilevanti, di solito non inferiori ai 500 milioni di Euro.

Come noto, l'economia domestica è invece rappresentata prevalentemente da imprese di piccole e medie dimensioni che, in alternativa al ricorso al credito bancario, stanno valutando, anche grazie alla richiamata normativa, di ricorrere all'emissione di titoli di debito (i *mini-bond* appunto).

Questi strumenti vengono emessi per importi molto ridotti, con conseguenti criticità riguardanti il profilo di liquidità che li rendono poco compatibili con il processo di investimento di un investitore istituzionale di grandi dimensioni.

Sotto questo aspetto, la creazione di OICR (Organismi di investimento collettivo del risparmio) specializzati nell'investimento in questa tipologia di attivi, caratterizzati da un adeguato profilo di liquidità, può sicuramente facilitare il ricorso, da parte delle Compagnie di assicurazione, a queste forme di investimento.



Pertanto, a conclusione del primo dei tre punti dedicati alla Previdenza, legato ai risultati della gestione finanziaria, si osserva che:

- I. I risultati della gestione finanziaria, se osservati in un orizzonte temporale pluriennale, sono stati molto soddisfacenti, tenuto anche conto del recente periodo di turbolenza finanziaria; conseguentemente, non possono essere annoverati tra le cause dello sviluppo ancora parziale dell'investimento in forme previdenziali;
- II. Il giudizio sul DM 166/2014 è positivo;
- III. Si riscontra la presenza di ostacoli di natura normativa (Solvency II e trattamento fiscale) e tecnica (illiquidità degli strumenti) allo sviluppo di forme di investimento che favoriscano l'effettivo finanziamento dell'economia reale.

2. Comunicazione

Il secondo degli argomenti che intendiamo approfondire, in relazione al tema della previdenza integrativa, riguarda la comunicazione e, in particolare, la scarsa consapevolezza, da parte della popolazione attiva residente nel nostro Paese, circa la prestazione previdenziale che gli verrà riservata una volta maturato il diritto.

Questo elemento, legato ad un'ancora inefficace comunicazione da parte degli enti preposti, appare più pronunciato presso la componente più giovane della popolazione.

A conferma di quanto evidenziato, si riporta l'evidenza empirica che scaturisce dalla distribuzione anagrafica della popolazione aderente a forme pensionistiche complementari istituite da Società del Gruppo Unipol.



Classi di età	FPA e PIP
< 20	3,41%
tra 20 e 24	2,58%
tra 25 e 29	4,69%
tra 30 e 34	7,22%
tra 35 e 39	10,72%
tra 40 e 44	14,17%
tra 45 e 49	15,92%
tra 50 e 54	16,36%
tra 55 e 59	13,84%
tra 60 e 64	8,75%
>=65	2,34%

Da essa emerge chiaramente come le fasce con età più bassa della popolazione siano la classe di aderenti meno rappresentata.

Sempre sul tema della scarsa consapevolezza circa le future prestazioni previdenziali, il Gruppo Unipol ha condotto, in collaborazione con il Censis, un'interessante attività progettuale che ha prodotto alcuni spunti meritevoli di approfondimento.

Il progetto, denominato *“Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali”*, è stato avviato nel 2010 e si sostanzia nel realizzare momenti di confronto ed elaborazione condivisa tra

gli *stakeholder* del settore, a partire da studi e ricerche elaborate attraverso la collaborazione scientifica del Censis. Le indagini realizzate nell'ambito del progetto negli ultimi tre anni hanno messo in evidenza alcuni elementi:

- una consapevolezza diffusa del fatto che l'integrazione tra pubblico e privato rappresenta un'opportunità per far fronte a una domanda di servizi, previdenziali e sanitari, cui la sfera pubblica non è più in grado di far fronte da sola;
- una scarsa conoscenza, a fronte della citata consapevolezza, degli strumenti integrativi, e la conseguente difficoltà a optare per quello più confacente alle proprie esigenze. Solo il 18% del campione preso in esame nel Rapporto Unipol – Censis 2014 ha indicato di aver aderito alla previdenza integrativa, a fronte di un numero stimato di famiglie orientate o interessate a sottoscrivere uno strumento integrativo di circa 2 milioni. Appare necessario lavorare per un'inversione di tendenza sul piano culturale e garantire, al contempo, un impegno più netto da parte delle Istituzioni in termini di incentivazione e promozione;
- un difficile scenario per le giovani generazioni sotto il profilo previdenziale. I risultati del primo anno di lavoro del progetto *“Welfare, Italia”* (Rapporto Unipol – Censis 2011) hanno evidenziato il dato secondo cui il 42% dei giovani che lavorano non arriverà a ricevere 1.000 euro al mese di pensione. Dati Censis più aggiornati, relativi a febbraio 2015, stimano che il dato sia salito al 65% dei giovani occupati dipendenti tra i 25 e 34 anni – dato peraltro



riferito a quanti sono inseriti nel mercato del lavoro con contratti standard, senza considerare i lavoratori autonomi e i cosiddetti "NEET", cioè i giovani che non studiano né sono in cerca di lavoro. Appare quanto mai necessario lavorare congiuntamente per una maggiore sensibilizzazione delle giovani generazioni, spesso poco inclini a pensare al futuro e a ciò che accadrà una volta terminata la loro vita lavorativa.

In conclusione, su questo punto, si reputa di fondamentale importanza, al fine di incentivare l'utilizzo di forme previdenziali integrative, una più efficace comunicazione verso la popolazione attiva circa tempi e prestazioni riferibili al cosiddetto "primo pilastro". Questo aspetto è tanto più rilevante quanto più ci si riferisce alla popolazione più giovane che, stante il lungo periodo che li frappone alla prestazione, rappresenta il *cluster* più vulnerabile.

Incrementare la componente con età più bassa che partecipa a forme di previdenza integrativa è rilevante anche al fine di aumentare il potenziale di contribuzione, da parte dei prodotti previdenziali, al finanziamento dell'economia reale attraverso investimenti in titoli di capitale.

La presenza di aderenti nelle fasce giovani della popolazione consente infatti alla gestione finanziaria di mantenere un orizzonte temporale di riferimento sufficientemente lungo da giustificare investimenti azionari di consistenza elevata, con conseguente beneficio per le imprese alla ricerca di capitale di rischio necessario al loro sviluppo.

Sempre sul tema della comunicazione, si vede con estremo favore l'iniziativa della c.d. "*busta arancione*" realizzata dall'INPS e recentemente resa disponibile a tutta la popolazione attiva.

Questa iniziativa, che consente, seppur con margini di approssimazione, di conoscere i tempi di maturazione del diritto e la stima dell'importo che verrà riconosciuto, segna a nostro avviso un cambio di passo di notevole importanza, sia da un punto di vista culturale che dei relativi comportamenti.

Riteniamo che ulteriori iniziative di questo genere, volte a rafforzare la comunicazione verso i lavoratori, favoriranno senz'altro lo sviluppo di forme di previdenza integrativa.



3. Impianto normativo

Il terzo – e ultimo – elemento che vorremmo approfondire è il quadro normativo di riferimento, perché ricopre sicuramente un ruolo importante ai fini dello sviluppo del ricorso alle forme di previdenza complementare.

Al riguardo, non solo è di fondamentale importanza che il lavoratore si trovi in presenza di un impianto normativo efficace, ma anche che gli si trasmetta fiducia sul fronte del mantenimento di regole di funzionamento stabili in un orizzonte temporale pluriennale.

La recente evoluzione della normativa in materia, non sempre orientata a favore dell'incentivo al risparmio previdenziale, spesso non ha contribuito a rafforzare questo aspetto.

Il riferimento è al già citato innalzamento al 20%, rispetto alla precedente aliquota dell'11%, della tassazione sui risultati della gestione finanziaria.

Il risparmio previdenziale, per definizione, comporta l'impegno dell'aderente a mantenere il risparmio presso la forma previdenziale prescelta sino a che non matura il diritto alla prestazione, fatte salve le fattispecie previste dalla legge. A fronte di questa rigidità rispetto alla disponibilità nell'immediato dei versamenti effettuati, è fondamentale che vi siano degli incentivi di natura fiscale.

La grande maggioranza degli Stati membri dell'UE utilizza il cosiddetto sistema "EET" (Esenzione per il versamento dei contributi, Esenzione per il reddito da investimenti e dei guadagni in conto capitale degli enti pensionistici, Tassazione delle prestazioni pensionistiche). In Italia, come in Svezia e Danimarca, vige un sistema di tipo "ETT" (Esenzione per il versamento dei contributi, Tassazione del reddito da investimenti e dei guadagni in conto capitale degli enti pensionistici, Tassazione delle prestazioni pensionistiche), mentre Germania e Lussemburgo utilizzano il sistema "EET".

Il tipo di impostazione ETT non appare evidentemente adeguato a stimolare il risparmio previdenziale.



Peraltro, il recente innalzamento dell'aliquota fiscale al 20% appare ispirato ad una mera esigenza di cassa a fronte di un'entrata di dimensioni limitate, stanti le altrettanto ridotte dimensioni del risparmio previdenziale. Al contrario, questa misura ha senz'altro contribuito a limitare le potenzialità di crescita del comparto.

Un indicatore significativo sotto questo aspetto è rappresentato dal ricorso da parte degli aderenti alle anticipazioni sia nella forma libera del 30% dei versamenti effettuati sia, nelle casistiche previste dalla legge, del 75%.

Anticipazioni 2014			
Totale			
	30%	75% spese sanitarie	75% ristrutturazione / acquisto prima casa
FPP	4.899	164	1.837
PIP	260	20	24
FPA	395	181	139
Totale	5.554	365	2.000

Solo nell'esercizio 2014, le società del Gruppo Unipol hanno ricevuto 7.919 richieste di anticipazione dei versamenti effettuati presso forme pensionistiche complementari istituite dal Gruppo. Il frequente ricorso alle anticipazioni non è solo l'effetto della crisi economica ma è anche, a nostro avviso, favorito dagli scarsi incentivi fiscali previsti per il risparmio previdenziale.

Un altro indicatore rilevante su questo tema riguarda lo scarso ricorso alla rendita da parte dell'aderente in alternativa all'erogazione del capitale.



Erogazioni prestazioni previdenziali 2014		
Totale Gruppo Unipol		
	rendita	capitale
FPP	143	891
PIP	1	168
FPA	14	387
Totale	158	1.446

Anche sotto questo aspetto, lo scarso utilizzo della rendita è a nostro avviso attribuibile all'incertezza per l'aderente circa il trattamento fiscale delle prestazioni future. Peraltro, è plausibile ritenere che la rendita venga richiesta nei soli casi imposti dalla normativa, atteso che vi è l'obbligo, al superamento dei limiti previsti, di ricevere la prestazione pensionistica per il 50% in capitale e il 50% in rendita.

In altri termini, l'aderente preferisce ricevere oggi il capitale al netto della tassazione piuttosto che sottoporsi al rischio che la sua rendita possa subire nel tempo una penalizzazione sul fronte della tassazione. Al contrario, sarebbe a nostro avviso utile favorire il ricorso alla rendita anche attraverso incentivi fiscali.

Un altro recente provvedimento legislativo che presenta implicazioni negative per lo sviluppo delle forme di previdenza complementare riguarda la norma che prevede la monetizzazione del TFR in busta paga.

Questa possibilità, ideata per far fronte alla prolungata fase di crisi economica che attraversa il nostro Paese, presenta evidenti implicazioni negative per la crescita del risparmio previdenziale. Allo stesso tempo, rappresenta un ulteriore ostacolo per il finanziamento dell'economia reale, posto che lo strumento del TFR costituisce tuttora una delle fonti di finanziamento più rilevanti per le imprese di piccole e medie dimensioni.



Da ultimo, segnaliamo due aspetti riguardanti l'evoluzione normativa che riteniamo invece positivi per lo sviluppo della previdenza complementare.

Il primo riguarda il principio di portabilità della posizione previdenziale, e di tutti i versamenti ad essa connessi, previsto dal DDL Concorrenza.

Detto provvedimento, consentendo all'aderente di accedere a qualsiasi forma di previdenza complementare, attribuisce allo stesso la possibilità di scegliere tra un maggior numero di prodotti previdenziali, consentendogli di selezionare quello ritenuto più efficiente.

Un ulteriore e ultimo aspetto, per chiudere con il tema della previdenza, riguarda gli enti previdenziali.

Al riguardo, è in pubblica consultazione lo Schema di decreto MEF del 14 novembre 2014 in materia di investimento delle risorse finanziarie degli enti previdenziali, dei conflitti di interesse e di depositario (ns rif. LGE-PRA-2014-0525).

Lo schema di decreto prevede la possibilità per gli enti previdenziali di gestire in forma indiretta le proprie risorse mediante la stipulazione di convenzioni attraverso un processo di selezione dei gestori simile a quello previsto per i Fondi Pensione. In proposito, nella relazione accompagnatoria, viene specificato che *"in linea con la disposizione che esclude i servizi finanziari dal suo ambito di applicazione e con un parere reso dall'Avvocatura dello Stato al riguardo, si è ritenuto che per queste fattispecie non fosse applicabile il Codice dei Contratti Pubblici (decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163), che altrimenti la legge richiama per questi Enti in virtù dell'obbligatorietà dell'iscrizione e del versamento dei contributi"*.

Nell'ambito degli investimenti consentiti è prevista la stipulazione con imprese assicurative di contratti di cui ai rami vita I, III e V.



Riteniamo che questo provvedimento, se approvato nella sua forma attuale, consentirà agli enti previdenziali di migliorare i risultati della gestione finanziaria sia sul fronte dei rendimenti sia, soprattutto, sul fronte dell'assunzione dei rischi.

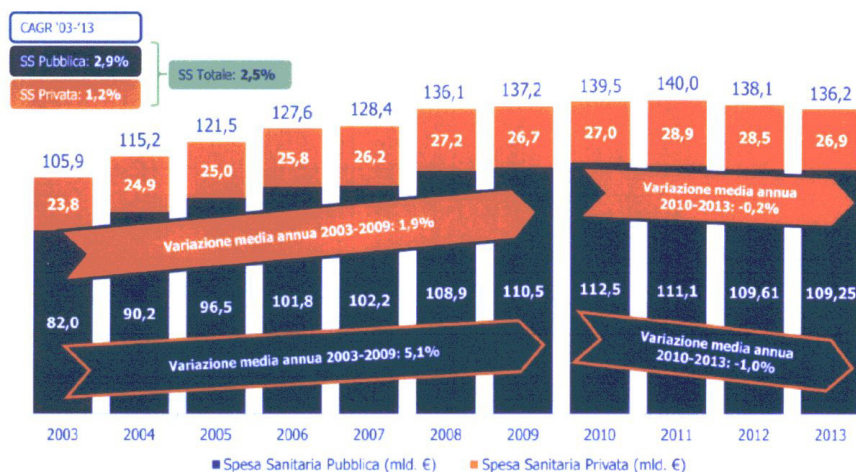
4. Spesa sanitaria

A oltre 50 anni dalla prima riforma sanitaria è necessario riflettere sulle misure tendenzialmente idonee a sostenere la sopravvivenza del principio universalistico in un contesto socio-economico sottoposto a tensioni sempre più difficili da affrontare.

Nonostante il suo indiscutibile radicamento nel sociale ed i meriti che ha conquistato nel campo della tutela della salute dei cittadini come straordinaria invenzione sociale ed istituzionale, è necessario un ripensamento degli strumenti di *welfare* che accompagnino le scelte del sistema sanitario nazionale. Si stanno già affrontando gli aspetti organizzativi e di gestione dell'apparato pubblico, sebbene l'elemento di maggiore preoccupazione sia rappresentato dal finanziamento della spesa sanitaria del Paese.

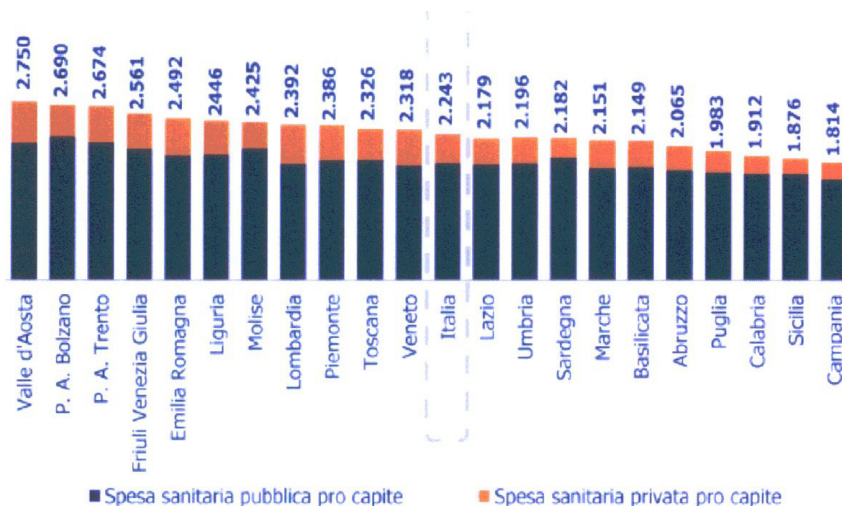
4.1 L'evoluzione della spesa sanitaria in Italia

Nel 2013 la spesa sanitaria totale in Italia è stata pari a 136,197 miliardi di euro, in calo rispetto al 2012 sia nella componente pubblica, pari a 109,254 miliardi di euro (-0,3% vs il 2012), sia nella componente privata, pari a 26,943 miliardi di euro (-5,3% vs il 2012).



Fonte: Rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti, "Rapporto 2013 sul coordinamento della finanza pubblica", maggio 2014; Farindustria, "Indicatori Farmaceutici 2014", giugno 2014

4.2 Spesa sanitaria totale pro capite nelle Regioni, 2013

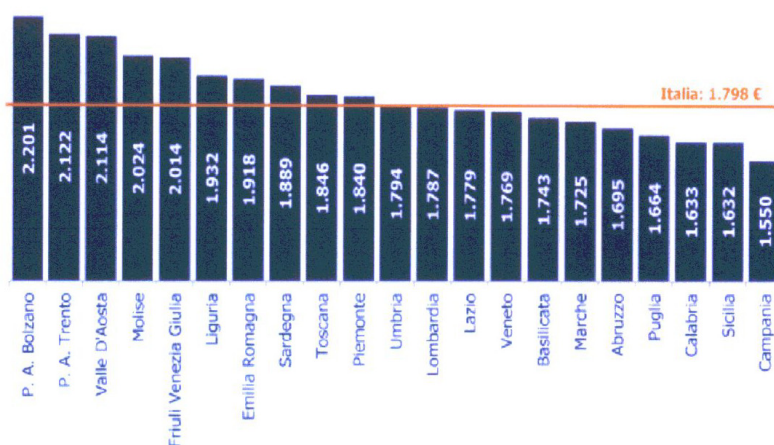


Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Corte dei Conti e Istat, 2014



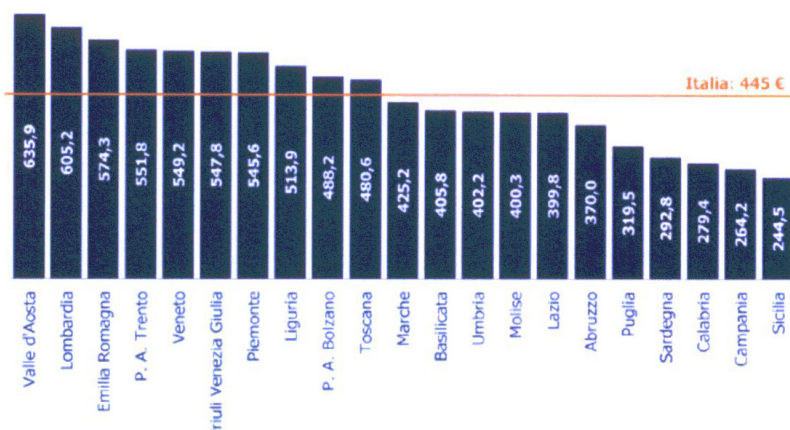
4.3 Spesa sanitaria pubblica e privata pro capite delle Regioni

Spesa sanitaria pubblica pro capite (in euro) delle Regioni 2013



Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti, "Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica", 2014

Spesa sanitaria privata pro capite (in euro) delle Regioni, 2011



Fonte: rielaborazione The European House - Ambrosetti su dati Corte dei Conti, "Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica", 2014

La componente privata del finanziamento riguarda pressoché tutta la popolazione in quanto deriva, oltre che da propensioni ed abitudini di consumo, dall'esistenza di forme di



compartecipazione alle spese anche per le prestazioni erogate dal servizio pubblico, oltre che da limitazioni di offerta di quest'ultimo, come nel caso della mancanza totale di servizi (odontoiatria) o per le liste d'attesa.

Tutti elementi che hanno, da una parte, prodotto una razionalizzazione del servizio pubblico, seppur non completa, e il suo sviluppo in termini di modernizzazione dell'assetto, e che, dall'altra, sono stati la vera ragione dello sviluppo di forme di sanità privata attraverso fondi contrattuali, forme di mutualità, ricorso alle assicurazioni individuali e collettive. Accanto al primato della funzione pubblica, che nel suo significato profondo e cruciale resta l'asse portante del sistema, diventa sempre più necessario allargare l'area della mutualità in senso lato per costruire una rete protettiva complementare – non sostitutiva – fondata sulla responsabilizzazione finanziaria dei privati e sostenuta attraverso il sistema delle agevolazioni fiscali, al fine di affrontare in modo organizzato e nel rispetto dei principi della solidarietà i rischi crescenti, specie quelli di maggiore rilievo. Assume quindi rilievo e consistenza l'ipotesi di un "secondo pilastro", organizzato intorno al sistema di *Welfare state*.

Grazie al susseguirsi di importanti leggi di riforma, a partire dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*), a cui hanno fatto seguito altri importanti testi in materia fiscale, si sono consolidate negli ultimi anni, accanto al sistema nazionale, nuove forme di sanità integrativa che hanno consentito a milioni di italiani di godere di un'ulteriore forma di tutela sanitaria, rispondendo in maniera adeguata ai bisogni espressi e alle necessità di presidio.

Lo sviluppo di forme di sanità integrativa nell'ultimo decennio si deve senza dubbio allo sviluppo della contrattazione nazionale e di secondo livello, che ha consentito di portare questo



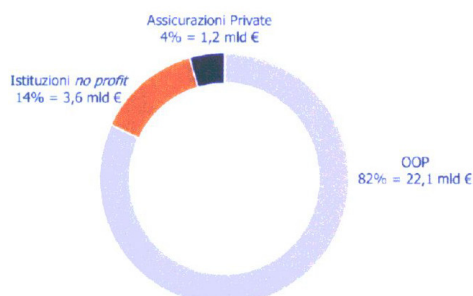
importante strumento di *Welfare* sanitario sul tavolo delle trattative di rinnovo di molti contratti, anche grazie ai vantaggi fiscali riconosciuti a questi strumenti da una legislazione sempre sensibile a questi temi e comunque lungimirante.

In questa linea, le nuove forme integrative del sistema ampliano le opportunità dell'offerta, allargano la platea dell'utenza reale e alimentano almeno la speranza di ridurre, ed in prospettiva di colmare, le asimmetrie socio-sanitarie fra le Regioni e fra i diversi territori delle stesse.

4.4 Focus spesa sanitaria intermediata

Guardando alla composizione degli attori presenti nel settore della sanità integrativa italiana, si nota che la parte maggiore della spesa privata intermediata è coperta da istituzioni no-profit: 3,6 miliardi di euro nel 2013, mentre le assicurazioni private hanno intermediato, nello stesso anno, solo 1,2 miliardi di euro.

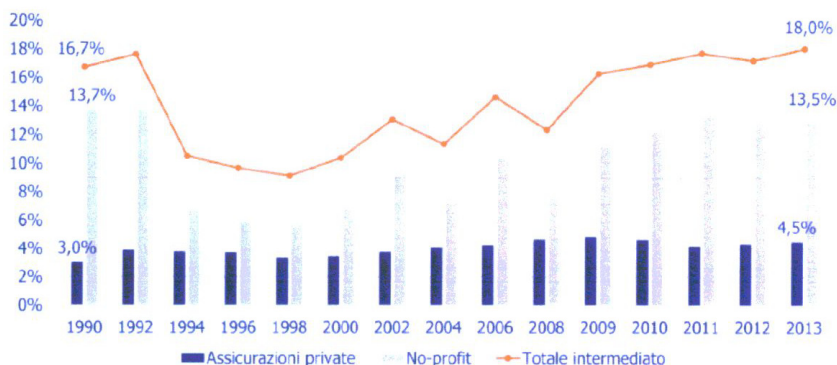
Composizione della spesa sanitaria privata italiana, (quota percentuale), 2013



Negli ultimi vent'anni la quota di spesa sanitaria privata intermediata sul totale della spesa sanitaria privata totale è cresciuta molto lievemente: è passata infatti dal 16,7% del totale nel 1990 al 18% nel 2013.



Quota di spesa sanitaria privata intermediata per fonte di finanziamento (percentuale del totale), Italia, 1990–2013



Oggi si stima che siano più di 11 milioni gli italiani che godono di coperture di sanità integrativa a diverso titolo sottoscritte.

Posizionamento Strategico: la Sanità Integrativa in Italia



UniSalute gestisce la relazione e il servizio per oltre un terzo dei cittadini italiani aventi sanità integrativa

Diversi sono i soggetti che oggi rappresentano gli interlocutori di forme di sanità integrativa, ed anche questo è uno degli elementi che necessita di una attenzione normativa particolare: Fondi, Mutue, Casse.

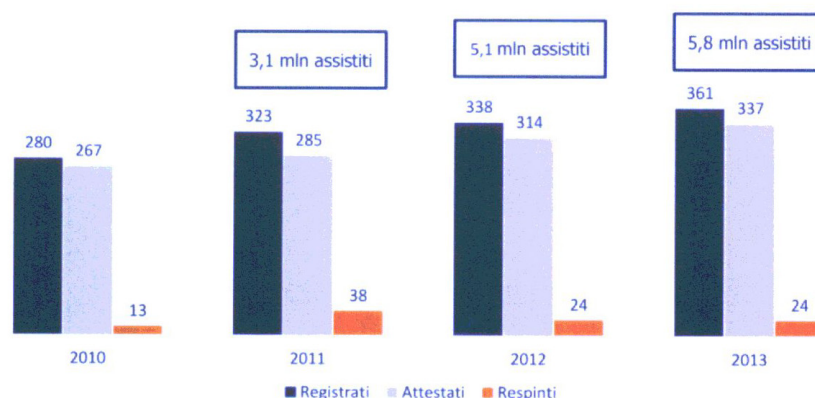


Dai numeri del mercato è evidente che le forme più recenti di sanità integrativa, preferiscono operare con sistemi di protezione appoggiandosi al mercato assicurativo e che gli utenti preferiscono e apprezzano le forme di gestione attraverso reti convenzionate che, oltre a garantire velocità ed efficacia nelle prestazioni, consentono anche un presidio gestionale di governo delle prestazioni, fondamentale per garantire continuità al sistema.

4.5 Focus fondi sanitari

Volendo fare un breve focus sui fondi di sanità integrativa, occorre sottolineare come siano cresciuti negli ultimi anni, sia in numero sia per numero di assistiti. In particolare, secondo un'indagine del Censis del 2012, la sanità integrativa coinvolge circa 6 milioni di iscritti e oltre 11 milioni di assistiti. I fondi esistenti sono varie centinaia: quelli iscritti presso l'Anagrafe dei Fondi istituita presso il Ministero della Salute nel 2010, sono stati 361 nel 2013.

Fondi di sanità integrativa in Italia (numero e individui assistiti), 2010–2013



Alle forme di soluzioni sanitarie più ampie, costituite a livello aziendale utilizzando la contrattazione di secondo livello (che coprono comunque una minima parte dei lavoratori, essendo



strettamente legate alla salute di aziende medio-grandi) si sono aggiunte forme di tutela rappresentate dalla contrattazione nazionale. Se si escludono alcuni fondi storici, che prestano forme di sanità integrativa per dirigenti, giornalisti, chimici e poche altre categorie, i Fondi Nazionali hanno preferito forme di protezione assicurativa, per dare continuità alle proprie prestazioni.

4.6 Macro coperture sanitarie previste in generale dai fondi nazionali

Accanto alle più tradizionali forme di rimborso spese in ambiti cosiddetti sostitutivi del Sistema Sanitario Nazionale, soprattutto tendenti a limitare i problemi delle lunghe liste di attesa e delle scelte del medico - quali: ricoveri, specialistica, parto - i grandi fondi hanno optato per coperture strettamente coerenti con le caratteristiche dei propri iscritti, erogando prestazioni per specifiche aree di presidio quali: maternità, prevenzione, odontoiatria e la stessa non autosufficienza, e puntando, in un'ottica di prevenzione, sull'educazione dell'iscritto al presidio del proprio stato di salute.

L'attuale situazione dei fondi sanitari integrativi appare comunque in continua evoluzione, sia dal punto di vista della loro "estensione" in termini di garanzie, sia da quello della loro diffusione a fasce di popolazione che precedentemente non fruivano di tale possibilità.

Per la maggior parte di loro il sistema da preferire è quello assicurativo con un uso molto spinto del sistema di convenzionamento.

Occorre segnalare, tuttavia, che nonostante questo rapido sviluppo sono ancora pochi gli italiani che possono godere di forme di sanità integrativa, e risultano necessari interventi specifici per i



quali non ci si può affidare solo al mondo del lavoro e alla contrattazione, che pure continuerà a fornire un prezioso contributo, grazie anche alla vivacità che caratterizza le parti sociali largamente intese. Occorre focalizzare l'attenzione sullo sviluppo di forme di sanità integrativa a livello territoriale, aperte a figure del mondo del lavoro non previste dalle categorie nazionali e ricomprese dalle nuove forme contrattuali.

Le proposte che potrebbero essere avanzate in proposito tendono a rafforzare lo sviluppo di strumenti di supporto. Il riordino della materia potrebbe passare anche da manovre di minore entità quali:

- alzare la soglia del 20% della quota di integratività dei fondi per adeguare le aree di prestazioni oggi oggetto di valorizzazione;
- riconoscere tale qualifica anche ad altre tipologie di prestazioni fortemente richieste dagli iscritti quali la prevenzione per un buon presidio dello stato di salute;
- ridefinire i confini dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) per ampliare lo spazio della sanità privata.

Si potrebbe inoltre cercare di ridefinire alcuni confini e ridisegnare una forma di sanità integrativa ancor più vicina alle persone e al Sistema Sanitario nazionale.

4.7 Collaborazione pubblico privato su fondi doc tematici e domiciliarità

L'intervento di riforma del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) di cui al D.Lgs. 229/1999 ha introdotto nel mercato dell'assistenza sanitaria integrativa la tipologia dei fondi integrativi del SSN. Il fine è stato quello di preservare le caratteristiche di solidarietà e universalismo della



sanità pubblica e, allo stesso tempo, di incoraggiare la copertura di servizi integrativi per prestazioni eccedenti i LEA attraverso l'assistenza privata. La riforma "ter" ha configurato all'art. 9 i fondi sanitari integrativi in senso stretto (fondi doc), che diventano complementari su base volontaria rispetto al SSN, in quanto offrono una copertura su base collettiva per tutte le prestazioni escluse dal sistema pubblico o parzialmente a carico delle famiglie.

Per aderire alla definizione di questi fondi sono stati fissati i seguenti requisiti: non selezione dei rischi sanitari da coprire, non discriminazione nei premi, non concorrenza con il SSN (salvo per quanto riguarda le prestazioni sostitutive svolte nell'ambito della libera professione intramuraria).

In particolare, nell'ambito dei fondi doc, la nostra legislazione ha previsto uno strumento specifico che appare proprio essere stato pensato per favorire le forme di una nuova integrazione tra pubblico e privato: i fondi doc a efficacia territoriale, fondi che possono essere istituiti da enti territoriali e che potrebbero inaugurare una nuova forma di sinergia tra il mercato assicurativo e il pubblico.

Tali fondi potrebbero essere attivati in ambiti in cui il pubblico non riesce a fornire risposte efficaci in nessuna realtà regionale, ad esempio nell'ambito dell'area della non autosufficienza, anche temporanea. Ciò consentirebbe forme di reale risparmio per il pubblico, evitando il ricorso a ricoveri impropri che gravano sulle degenze ospedaliere (da sottolineare come negli ultimi anni si sia registrato un costante incremento della spesa per giornata di degenza, che ha raggiunto la somma di oltre 832 euro al giorno, quasi raddoppiata rispetto ai 427 del 2000) e che hanno il duplice effetto di limitare la disponibilità per i ricoveri acuti, aggravando il problema delle



liste d'attesa e ricoverando a costi unitari più elevati pazienti che potrebbero essere gestiti domiciliariamente, presso la propria abitazione.

Negli ultimi anni si è registrata una domanda incrementale di servizi per gli anziani non autosufficienti che può trovare risposta solo in un sistema ben strutturato di *welfare mix*, nel quale ognuno dei protagonisti – lo Stato in tutte le sue articolazioni, il privato sociale, il mercato dei servizi alle persone – facciano fino in fondo la propria parte, con - in aggiunta - una potente iniezione di innovazione sociale e tecnologica.

L'invecchiamento demografico è una delle principali sfide che ha di fronte l'Europa, e riguarderà in modo particolare le città. Entro il 2025 oltre il 20% degli europei avrà 65 anni o più e aumenterà rapidamente il numero di ultraottantenni. Recenti proiezioni indicano che nei prossimi 50 anni il numero di europei di età uguale o superiore a 65 anni raddoppierà quasi, passando da 87 milioni nel 2010 a 148 milioni nel 2060.

Con la costituzione di fondi specifici territoriali (anche per la LTC, *Long Term Care*), l'obiettivo è quello di attivare nuove forme di tutela derivanti da un mix rinnovato pubblico/privato dove il pubblico conserva e rafforza le funzioni di indirizzo strategico e di controllo ampliando però nel contempo le soggettualità coinvolte e l'offerta di servizi, oggi fortemente insufficiente o lasciata all'assistenza informale da parte delle famiglie.

Sarebbe auspicabile, quindi, consentire una reale nuova forma di collaborazione pubblico/privato dove anche il mondo assicurativo possa sempre più sviluppare un proprio ruolo di tutela. Quest'ultimo, infatti, nato specificamente per garantire la sostenibilità nel tempo di eventi singolarmente impegnativi grazie alla distribuzione del rischio, potrebbe rappresentare un partner



importante per il pubblico nell'offerta di servizi di protezione sanitaria e assistenziale a tutti i cittadini.

Il pubblico conserverebbe comunque il ruolo di controllo dell'intero sistema, mentre la gestione e la protezione sanitaria spetterebbe al settore privato assicurato. Ciò potrebbe consentire l'adesione privata a strumenti di tutela sanitaria territoriale da parte di tutti i cittadini.

Le forme di gestione organizzata attraverso reti convenzionate presidiate hanno già garantito formule di pieno successo, e all'interno di questo modello anche il terzo settore, erogatore di servizi, avrebbe un ruolo di primaria importanza.

4.8 Riordino della materia fiscale, equiparazione per tutti gli strumenti dei benefici fiscali anche per le forme individuali assicurative

Oggi la legislazione fiscale favorisce solo alcuni degli operatori che lavorano sul mercato in ambito di sanità integrativa: nelle forme individuali, le mutue e, nelle forme collettive, fondi e casse, con la deduzione integrale ex art. 51 TUIR per questi ultimi e la detrazione del 19% per le mutue.

Tutte le sottoscrizioni assicurative sono oggi non agevolate fiscalmente e questo relega le coperture individuali di mercato assicurativo ad uno sviluppo marginale, sebbene la forma di vendita attraverso reti professionali potrebbe consentire un adeguato decollo anche di questa forma di sanità integrativa.

Discriminante è anche il trattamento riservato alle forme di copertura per la non autosufficienza prestata nelle due forme consentite, all'interno degli strumenti vita o degli strumenti malattia: a seconda che sia prestata nell'una o nell'altra forma il prodotto sarà tassato al 2,5% o non



sarà tassato affatto, e questo anche nelle competizioni di gare pubbliche rischia di non rendere la competizione egualitaria.

Stessa sperequazione nelle gare pubbliche si registra nei casi in cui la competizione sia aperta contemporaneamente alle compagnie del mercato assicurativo e a strumenti, come Casse e mutue, che di norma favoriscono l'aggregazione sanitaria appoggiandosi loro stessi al mondo assicurativo, a tutela del committente.

Oggi solo il mondo assicurativo consente di garantire un presidio normativo ed economico, grazie alle autorità che regolamentano e presidiano il settore imponendo una garanzia di solvibilità e solidità assolutamente non prevista per gli altri strumenti associativi.

4.9 Welfare sanitario e previdenziale

I Fondi pensione e i Fondi sanitari sono i due principali strumenti di *welfare* integrativo e benché presentino forti sinergie nella gestione dei bisogni dei cittadini e dei lavoratori nello sviluppo delle aree di sussidiarietà, i due Fondi presentano proprie e forti specificità e differenze che hanno portato e devono portare il legislatore a mantenere l'attuale separazione tra previdenza e assistenza: adesione volontaria dell'iscritto per i Fondi Pensione e adesione in forma collettiva per i Fondi sanitari; prestazioni numerose ad «alta frequenza» per i Fondi sanitari di ammontare generalmente inferiore a quella garantita dal Fondo pensione, e obbligazioni di lunga durata per i Fondi Pensione.

Occorre tuttavia considerare che, almeno per quanto riguarda i Fondi nazionali, di norma le categorie degli iscritti sono essenzialmente le stesse per entrambi gli strumenti di *welfare*, ma,



mentre oggi il numero degli iscritti ai fondi sanitari è pari a circa 6 milioni (pari a 11 milioni di assistiti), il corrispondente numero degli iscritti appartenenti ai fondi pensione negoziali è di poco superiore ai 2 milioni di iscritti sui 6,7 milioni dell'intero comparto.

Un modello di *welfare* contrattuale integrato sanitario-previdenziale potrebbe offrire un nuovo slancio alla previdenza complementare e garantire maggiore omogeneità alle tutele garantite ai lavoratori dei diversi settori.

Il fondo sanitario può essere un traino per il Fondo Pensione: la sicurezza della salute è un bisogno più «urgente» per il cliente e potrebbe servire da volano per la ripresa anche delle iscrizioni al Fondo pensione di categoria.

Ad esempio, potrebbero essere previste prestazioni integrative supplementari all'interno delle prestazioni quantificate nella quota 20% nei fondi sanitari, indirizzate agli iscritti che hanno la doppia iscrizione (fondo sanitario e fondo pensione).

In questo modo, da un lato si agevolerebbero le iscrizioni al Fondo Pensione e dall'altro si limiterebbe la quota di coloro che riscattano anzitempo gli accantonamenti del Fondo Pensione per far fronte alle spese sanitarie, con un evidente danno della propria posizione futura e in prospettiva anche dell'intero sistema.

Sinergia, quindi, tra gli strumenti, che non vuole significare una vera e propria integrazione tra strumenti. Significa, piuttosto, creare insieme le basi per la promozione e lo sviluppo di un "pacchetto *welfare* globale" che contenga sia previdenza che assistenza sanitaria, per garantire al cittadino un'offerta integrata intorno ai bisogni (infortuni, salute, protezione, previdenza e risparmio) per una tutela a 360°.