



## Newsletter AreaSalus – numero zero

Nel dare il benvenuto a tutti coloro che leggeranno questa prima edizione della newsletter, consentiteci di spiegare brevemente i motivi che hanno portato alla realizzazione di questa nuova iniziativa di **Cassa AreaSalus**.

La nostra realtà si è man mano sviluppata nel tempo ed oggi conta di circa settecento Aziende associate, impegnate nei più diversi settori, dislocate in tutto il territorio, con caratteristiche dimensionali, organizzative e tecniche disparate.

Il tentativo di fornire a tutti un efficace servizio è stato in questi anni una formidabile spinta a cercare un continuo miglioramento ed ampliamento delle prestazioni da noi erogate in materia di assistenza sanitaria integrativa.

In quest'ottica **Cassa AreaSalus** sente la necessità di avere un rapporto più stretto ed incisivo con Imprese

ed Intermediari assicurativi e con tutte le Aziende che le hanno accordato fiducia ed uno dei sistemi che abbiamo individuato per raggiungere gli obiettivi è la realizzazione di questa semplice newsletter.

In questo numero zero, in particolare, ci soffermeremo sulla attività della Commissione Parlamentare dedicata alla riforma della sanità integrativa, ci dedicheremo a valutare le soluzioni e lo sviluppo delle coperture per la perdita della autosufficienza, presenteremo un nuovo servizio dedicato ai "care giver", ossia a tutti coloro che seguono e sostengono familiari in età avanzata o con significativi problemi di salute.

L'auspicio è che l'iniziativa incontri il Vostro interesse e apra sempre di più la possibilità di dialogo tra gli Associati e la nostra **Cassa AreaSalus**.

## Evoluzione del Settore

Certamente in Italia la spesa sanitaria privata cosiddetta *out of pocket* (ovvero al di fuori di strumenti integrativi collettivi o di coperture individuali) risulta tra le più alte in Europa, a segnalare una vera criticità del principio del diritto universale alle cure a cui si accompagna una difficoltà di accesso a sistemi complementari, con evidente squilibrio a svantaggio delle fasce socialmente più deboli; scenario destinato a peggiorare progressivamente con l'invecchiamento della popolazione e la mancanza di stabilità lavorativa per ampie fasce di popolazione. Per questo motivo il Parlamento Italiano ha avviato l'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, a cura della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati.

Avendo personalmente avuto la possibilità di essere audito in veste di Rappresentante della Associazione Italiana dei Brokers di Assicurazione e Riassicurazione (A.I.B.A.) desidero qui condividere alcune considerazioni di carattere generale ed esporre sinteticamente gli elementi che considero fondamentali per giungere alla formulazione di una normativa più corretta ed equilibrata.

Le parti audite sono state numerose (Mutue di Soccorso, Imprese di assicurazioni e la loro Associazione A.N.I.A., Università, lo stesso Ministero della Salute, l'Agenzia delle Entrate, le Associazioni dei Consumatori e così via), rappresentando i diversi aspetti della sanità integrativa. L'elemento sostanzialmente comune riguarda l'esigenza di realizzare un secondo pilastro aperto a tutti alle medesime condizioni, che tenga conto di garantire l'accesso alle varie fasce di popolazione.

Occorre qui ricordare come già nel 1992 era stata sostanzialmente prevista la parallela creazione di un sistema di previdenza complementare sotto il profilo pensionistico e di un sistema di assistenza complementare in ambito sanitario.

Ma, se il secondo pilastro di natura previdenziale ha visto la effettiva realizzazione attraverso una forte attività legislativa, il tema della assistenza sanitaria è rimasto quasi del tutto inattuato o, peggio ancora, regolamentato in modo incompiuto ed a nostro avviso anche incoerente. La situazione attuale presenta peraltro una importante distonia tra le forme di sanità integrativa individuale e collettiva.

Si propone infatti il duplice modello di ente sanitario, ovvero da una parte, a livello individuale, i fondi sanitari integrativi del servizio sanitario istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del D. Lgs. 502/1992 (e successive modifiche) e dall'altra, a livello collettivo, enti quali Fondi, Casse, Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, riconducendo – in una prospettiva fiscale –

il primo modello all'operatività dell'articolo 10 del T.U.I.R. e il secondo a quella dell'articolo 51 comma 2 lett. a. È interessante notare come la stessa Anagrafe dei Fondi sia strutturata in due sezioni che riproducono appunto tale differenza.

Tra le altre cose si coglie qui l'occasione per evidenziare che sarebbe auspicabile che l'Anagrafe dei Fondi rispondesse anche ad uno dei caratteri tipici delle Anagrafi, e cioè quella di essere consultabile (situazione ad oggi preclusa persino agli Iscritti all'Anagrafe stessa).



Per quanto riguarda le possibili prestazioni delle due forme, i primi sono aperti a tutti i cittadini italiani ma possono fornire esclusivamente prestazioni integrative ai L.E.A., mentre i secondi erogano coperture e rimborsi sia di natura integrativa che sostitutiva, essendo però destinati alla più ridotta (seppur consistente) platea dei lavoratori che dispongono di redditi da lavoro Dipendente o redditi assimilati.

L'infelice scelta apportata con il D.M. "Sacconi" di ricondurre sotto la medesima definizione di "fondi sanitari" enti che per caratteristiche, finalità, struttura e normativa di riferimento sono fra loro oggettivamente diversi ha poi contribuito a creare ampi dubbi sulla corretta applicazione delle regole di settore in tema di deducibilità fiscale dei contributi, creando forti disparità tra i Cittadini che accedano alla sanità integrativa.

Ne è derivata una evidente sperequazione che potrà essere superata solo parificando le due normative e consentendo quindi una piena operatività dei Fondi Sanitari Individuali istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del D. Lgs. 502/1992 secondo lo stesso perimetro, di prestazioni e di vantaggi fiscali, rispetto a quanto previsto per il reddito da lavoro Dipendente nel comma 2 – lett. a – dell'art. 51 del T.U.I.R.

Sulla base di questi presupposti, le Parti audite si sono profondamente divise, anche su un piano più squisitamente politico, tra sostenitori di un settore di assistenza sanitaria integrativa esclusivamente riservato agli enti no profit (Società di Mutuo Soccorso e Fondi Sanitari autogestiti), divietando quindi la partecipazione del mondo assicurativo e tra chi, invece, ritiene essenziale l'intervento del mondo assicurativo (Imprese e Intermediari) anche per maggior tutela della stabilità e tenuta del sistema.

Su questo aspetto cerco di evidenziare alcuni passaggi. Secondo una indagine condotta dal Censis nel 2018, l'84% dei Fondi sanitari e delle Casse di assistenza ricorre alla copertura assicurativa per garantire sostenibilità nel tempo alle prestazioni promesse. Diversa la situazione per quanto riguarda le mutue di soccorso, che ricorrono marginalmente alla copertura assicurativa. Nulla esclude che nel tempo, attraverso idonei meccanismi di analisi dei rischi e di impostazione di un data set analitico e robusto delle prestazioni erogate, i Fondi e le Casse possano ridurre il ricorso all'esperienza assicurativa per la gestione in autoassicurazione dei rischi sanitari. Ciò tuttavia prevedendo alcuni presidi indispensabili, quali:

- *l'esperienza attuariale necessaria per la corretta gestione dei rischi nel tempo in ottica di adeguamento progressivo e costante dei contributi necessari per mantenere in equilibrio il bilancio tecnico di un istituto di assistenza sanitaria,*
- *la costituzione e commisurazione di idonee riserve patrimoniali libere da impegni sulle quali definire strategie di investimento*
- *una gestione efficiente ed industriale della relazione con l'assistito e i differenti centri di cura per garantire idonei livelli di servizio, spesso codificati nell'ambito delle relazioni tra le fonti istitutive.*

Al fine di tutelare i cittadini nella scelta consapevole di quanto acquistato è necessario che siano definiti presidi minimi, regole certe ed equilibrate e un linguaggio non equivoco in modo da differenziare ciò che ha garanzia assicurativa con i relativi presidi di tutela e ciò che assicurativo non è, imponendo in ogni caso un adeguato sistema di vigilanza del comparto da assegnare ad un'Autorità finanziaria già esperta e competente.

L'utilità di ricorrere a coperture assicurative a sostegno delle prestazioni fornite dagli Enti di assistenza sanitaria non deve far passare in secondo piano che un complessivo riordino delle normative preveda un più efficace controllo sulle attività delle Imprese di Assicurazione in questo specifico settore. Non è certamente un caso se nella

recente relazione svolta dal Presidente di Ivass, Dott. Fabio Panetta si sia data evidenza della problematica e si ritenga necessario rafforzare trasparenza e chiarezza dei contratti sulle prestazioni sanitarie, da chiunque offerti.

Cercando di trarre qualche prima conclusione, i punti che ritengo fondamentali per il miglioramento del quadro complessivo della sanità integrativa sono così riassumibili:

- *Creazione di un secondo pilastro di assistenza sanitaria complementare, uniforme ed accessibile a tutti i cittadini italiani;*
- *All'interno di questo pilastro, abbattimento della divisione tra Fondi Collettivi e Fondi Individuali, rendendo omogenee le regole di ingresso e superando la distinzione e la limitazione tra prestazioni integrative e sostitutive;*
- *Realizzazione di un sistema fiscale incentivante all'ingresso nella sanità integrativa ed identico sia per accessi collettivi che individuali;*
- *Conferma della importanza della partecipazione al settore delle Imprese di Assicurazione, nella considerazione che esse rappresentano un mondo rigidamente regolamentato mentre altre forme di erogazione e distribuzione sono oggi prive di una seria ed efficace regolamentazione, a partire dal mondo delle Società di Mutuo Soccorso;*
- *Ne scaturisce la necessità di una sostanziale revisione delle norme da applicarsi ai vari Partecipanti, per consentire a tutti di attenersi ad un piano regolamentare unico e coerente, a differenza di quanto avviene oggi;*
- *Per migliorare il coefficiente di trasparenza, rendere accessibile e consultabile l'Anagrafe dei Fondi gestita dal Ministero della Salute;*
- *Infine, restando nell'ambito della situazione attuale e con particolare riguardo a Fondi, Casse e Mutue che operano in modo collettivo ai sensi dell'art. 51 comma 2 lett.a del T.U.I.R., la sollecitazione alla massima determinazione dei Soggetti Erogatori di un miglioramento della qualità dei servizi e di una progettazione di prodotto sostenibile ed innovativa, nell'ambito di un controllo che spetti totalmente all'Ivass.*

Ora dobbiamo attendere i risultati e gli sviluppi della Indagine e nei prossimi numeri della neonata newsletter avremo certamente modo di tornare in argomento.

# Care giver: un'esigenza sempre più attuale. Intervista allo staff di International Care Company

Se in altra parte della newsletter si parla di rischio di perdita dell'autosufficienza, è interessante notare che sul mercato dell'assistenza sanitaria integrativa si affaccino le prime soluzioni dedicate alle persone che seguono e curano gli Anziani ed i Malati Cronici.

Questi Soggetti (Coniugi, Conviventi, Figli, Parenti etc etc), sempre più numerosi e che spesso ritroviamo anche nelle nostre Famiglie, hanno la duplice esigenza di essere aiutati nell'assistenza ai loro Cari e di avere a loro volta supporto in caso di impossibilità di prestare la loro amorevole cura.

Nasce quindi un'offerta dedicata a questi "CARE GIVER" e di questo parliamo con lo Staff di INTERNATIONAL CARE COMPANY, che da sempre crede e si impegna nell'ambito della assistenza sanitaria

croniche, per cui con esigenze particolari e specifiche soprattutto in termini di assistenza. Lo Stato tenderà in futuro a spostare di più il peso dell'assistenza sulle famiglie. Il problema di fondo è che il Caregiver (cioè colui il quale dovrà prendersi cura della persona da assistere) spesso non sa come muoversi, a chi rivolgersi e soprattutto spesso prende delle decisioni non corrette che in definitiva ricadono sulle spalle dell'assistito. Solo per fare un esempio, ogni regione e provincia, se non addirittura le singole ASL, hanno regole e procedure differenti: è quindi una giungla dove può diventare difficilissimo trovare le risposte corrette. Partendo da questi dati e considerazioni risulta alquanto evidente che l'assistenza si deve evolvere spostando la propria attenzione per garantire al Care Giver il supporto necessario affinché sia orientato verso la soluzione migliore (per l'assistito) e conveniente (per il Care Giver).



## • **Operate da tempo nell'ambito dei servizi di assistenza sanitaria, in base alla Vostra esperienza come potete descrivere ed immaginare l'evoluzione del settore?**

In questo momento l'evoluzione dell'assistenza sanitaria si può spiegare guardando nello specifico l'evoluzione prevista nei prossimi anni della popolazione: un aumento sensibile della popolazione che però per contro conterà sempre più persone anziane. Infatti entro il 2065 il 33% della popolazione italiana sarà oltre i 65 anni). Tra gli over 65 diminuiranno gli anziani in buona salute e si registreranno sempre più persone con una o più malattie

## • **Quali sono le caratteristiche fondamentali del servizio CONCIERGE OF LIFE?**

La Centrale Operativa e un Team Specializzato Multidisciplinare h24 sono a disposizione del Care Giver per supportarlo nella scelta della soluzione più adatta al suo assistito. L'idea principale è di cercare di tenere le persone anziane autosufficienti o parzialmente autosufficienti a casa loro il più possibile, prima di tutto per evitare il deperimento fisico e cognitivo riscontrato in un contesto come le RSA, in secondo luogo per un abbattimento della spesa pubblica ma anche della spesa privata della famiglia. Il Care Giver grazie a CONCIERGE OF LIFE potrà contare sul servizio di Family Coach e Family learning per capire insieme al nostro team di assistenti sociali, infermieri e psicologi quale sia la soluzione migliore per il suo caro e come gestire la persona a casa nel quotidiano. Potrà infatti richiedere l'invio di personale qualificato a domicilio, come Assistenti Sanitari, Operatori Socio Sanitari, Infermieri Professionali, Fisioterapisti / Osteopati, Trasporto extra-domiciliare, che possano aiutarlo nella gestione quotidiana del parente autosufficiente o parzialmente autosufficiente. Si potrà avere un accesso prioritario al network di strutture assistenziali per anziani convenzionate, con sconti sulle tariffe e prenotazione prima visita. Inoltre grazie alla predisposizione di innovativi sensori di domotica, direttamente a casa dell'utente o in appartamenti protetti, connessi h24 con la nostra Centrale Operativa, siamo in grado di rilevare lo stato di salute

salute dell'anziano o eventuali emergenze in tempo reale, potendolo così monitorare la persona a distanza senza doverla spostare in una struttura sanitaria ma lasciandogli la propria autonomia e indipendenza.

• **A quali target market positivi pensate di rivolgerVi?  
Con quali metodologie distributive?**

L'obiettivo di CONCIERGE OF LIFE è di aiutare e sostenere le famiglie nelle scelte di assistenza e cura per i propri cari anziani, parzialmente autosufficienti o autosufficienti. Ricordiamo che in Italia ad oggi ci sono 7,3 milioni (il 14,5% della popolazione) di Care Giver che si prendono cura dei propri famigliari. Il nostro target sono quindi questi 7 milioni di care giver ma anche gli altrettanti milioni di persone parzialmente autosufficienti o autosufficienti che potrebbero aver bisogno dei nostri servizi. Il nostro mercato di riferimento è , il canale B2B2C perché riteniamo che i primi a beneficiare di tali servizi siano

**Prodotti e servizi**

proprio le aziende , le Banche le Assicurazioni, le Associazioni offrendo ai propri dipendenti-associati-clienti un servizio di grande utilità e quindi fidelizzando gli stessi. Abbiamo anche aperto un canale B2C tramite il sito [www.peranziani.it](http://www.peranziani.it) per poter anche raccogliere importanti informazioni e quindi strutturare l'offerta finale di servizi in funzione della domanda. Vale la pena citare che solo nel mese di giugno (1° mese di attività) sono state ricevute 2.400 richieste di assistenza il che dimostra come sia sentito il tema e come un Servizio come il nostro possa essere veramente d'aiuto.

**Cassa Areasalus certamente intende concorrere allo sviluppo ed alla crescita di questo servizio e, insieme a International Care Company proporrà nei prossimi mesi di affiancare le prestazioni Concierge of Life alle più tradizionali forme di rimborso spese mediche.**

## Le soluzioni del mercato assicurativo per i rischi di non autosufficienza e gravi malattie



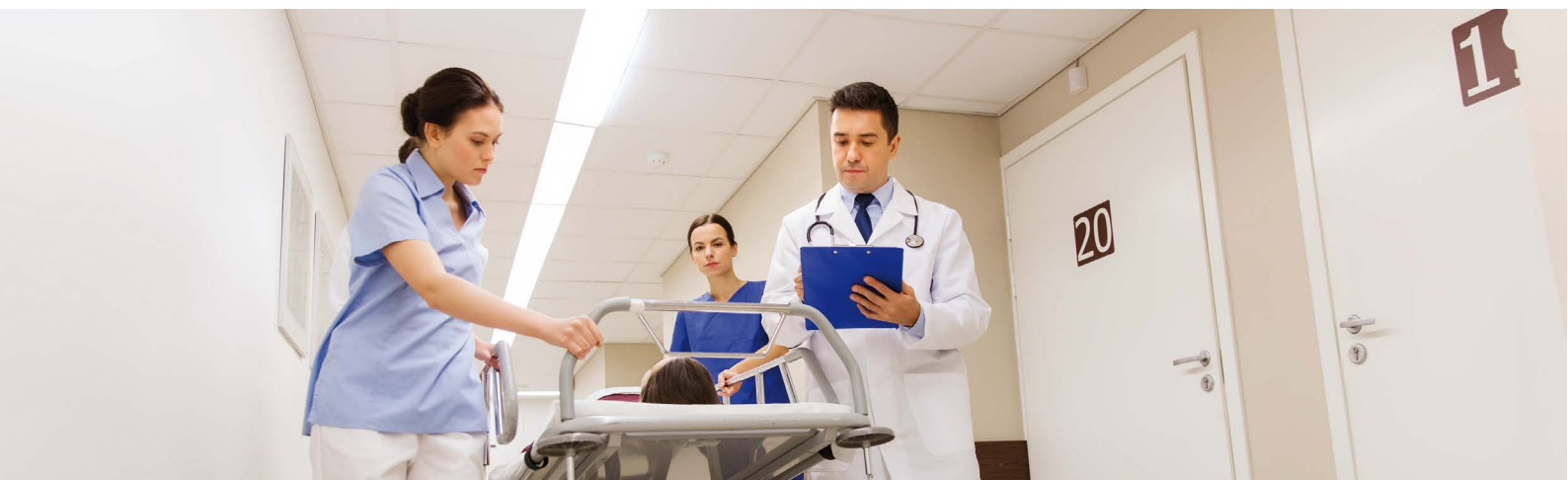
**Assistenza Sanitaria integrativa, perdita dell'autosufficienza, secondo pilastro, critical illness, invalidità permanente da malattia**, sono solo alcuni dei termini che ormai frequentemente si possono leggere sui giornali o sui mezzi di informazione, in relazione alle problematiche del mondo sanitario e alle possibili soluzioni assicurative.

**Lo scenario è sicuramente ampio e in continua evoluzione, nel tentativo di cogliere il cambiamento e di trovare la consapevolezza necessaria per determinarlo.**

L'assistenza sanitaria integrativa è sicuramente un

elemento ormai determinante del nostro sistema e l'ampiezza delle soluzioni che il mercato è ormai in grado di offrire, è sicuramente volto verso la creazione di un vero e proprio secondo pilastro, che possa sostenere il nostro sistema nel profondo cambiamento che sta subendo.

**Le risorse sempre più limitate, si scontrano, infatti, con uno scenario profondamente influenzato dal cambiamento demografico, dall'allungarsi delle aspettative di vita, e dalle conseguenti esigenze.**



È proprio in questo scenario che trovano la loro collocazione le soluzioni assicurative **LTC (Long Term Care)** collegate alla perdita dell'autosufficienza ed ai costi che derivano da questa condizione.

La Long Term Care è una copertura assicurativa che copre le spese derivanti dall'impossibilità di svolgere autonomamente le normali funzioni della vita quotidiana (azioni semplici come muoversi, lavarsi e mangiare), con conseguente menomazione dell'autosufficienza, non necessariamente dovuta a malattia o infortunio, ma anche a senescenza.

Questa tipologia di copertura può trovare la propria collocazione sia nel ramo Vita (in forma vita intera o temporanea) garantendo il pagamento di una rendita al verificarsi della perdita dell'autosufficienza, sia nel ramo danni (come garanzia accessoria ad esempio di una rimborso spese mediche) con il pagamento di un capitale. A queste soluzioni si affiancano quelle relative alle critical illness o dread disease, che hanno come obiettivo

quello di far fronte a spese improvvise o a una perdita di reddito conseguenti a malattie particolarmente severe.

Anche in questo caso la copertura può essere abbinata a polizze malattia o vita.

Si delinea quindi un'offerta ampia e sicuramente in grado di offrire importanti strumenti alle famiglie italiane. Un po' meno matura, dai dati di mercato, sembrerebbe la consapevolezza dei possibili assicurati. In realtà non si tratta, forse, di un problema di consapevolezza, ma di un problema di spesa in un contesto in cui la capacità di risparmio è in continua riduzione e gli investimenti di breve termine prevalgono, molte volte necessariamente, su quelli di lungo termine.

In questo contesto le soluzioni collettive potrebbero sicuramente giocare un ruolo determinante nello sviluppo di queste forme di tutela e le aziende avranno certamente una posizione fondamentale nella diffusione di questi strumenti.

---

*Con questi articoli ci proponiamo di mantenere aggiornati i nostri clienti sugli sviluppi nel settore della Assistenza Sanitaria Integrativa in generale e della nostra struttura in particolare. I contenuti di questa newsletter hanno carattere esclusivamente informativo e non possono in alcun modo considerarsi come sostitutivi di una specifica consulenza.*