

Ordine degli Attuari

COMMISSIONE FONDI SANITARI

**Il contributo della professione attuariale nella creazione di un
sistema moderno di welfare multi-pilastro per la non
autosufficienza**

Novembre 2023

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Premessa.....	3
1. Le novità normative.....	5
2. Aspetti generali.....	6
2.1 La definizione.....	6
2.2 Il Secondo e il Terzo Pilastro per la non autosufficienza.....	8
3. La gestione tecnica delle coperture per la non autosufficienza.....	10
3.1. La modalità di adesione.....	12
3.2. Il sistema finanziario di gestione.....	13
3.2.1. Un esempio.....	14
4. Conclusioni.....	18
Appendice.....	20
Le basi tecniche.....	20
Tabella 1 – Evoluzione di un Fondo integrativo per la non autosufficienza a ripartizione pura.....	21
Tabella 2 – Evoluzione di un Fondo integrativo per la non autosufficienza a ripartizione pura.....	22
Tabella 3 – Evoluzione di un Fondo integrativo per la non autosufficienza a ripartizione dei capitali di copertura.....	23
Approfondimento sul calcolo delle prestazioni vincolate per forme di finanziamento che prevedono la costituzione di accantonamenti (c.d. riserve).....	24

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Premessa

L'Ordine degli Attuari segue e promuove da anni il dibattito circa la possibile evoluzione del nostro Sistema di welfare per fronteggiare i nuovi bisogni generati da invecchiamento demografico, bassa natalità, cambiamento della composizione delle famiglie (sempre più mononucleo), con la consapevolezza che tali bisogni porteranno a nuovi fenomeni sociali che devono essere presi in considerazione per tempo per poter essere, almeno in parte, risolti e tenuti sotto controllo. Per tale motivo, la professione attuariale intende contribuire al dibattito fornendo alcuni spunti di riflessione sul tema del welfare al fine di pervenire alla costruzione di un Sistema equo, efficiente e sostenibile.

Alla luce della recente evoluzione normativa appare utile un approfondimento, specificatamente dedicato agli aspetti più tecnici, sulle coperture di non autosufficienza e sulle relative valutazioni, tenendo in considerazione le linee guida per le valutazioni attuariali relative ai Fondi sanitari predisposte dall'Ordine degli Attuari nel 2011.

Il presente documento contiene i risultati di tale approfondimento. L'intento è quello di andare oltre l'ambito della professione attuariale, rivolgendosi a tutti coloro che a vario titolo si occupano della materia - fra i quali figurano in primo luogo ovviamente i soggetti regolatori e i soggetti istitutori delle coperture - nella speranza di poter offrire un contributo per la costruzione di un sistema per la non autosufficienza equo e sostenibile, sia sotto il profilo sociale sia finanziario.

In particolare, nel capitolo 1, sono illustrate le novità introdotte con la Legge n. 33/2023 del 30 marzo 2023, che delega il Governo all'emanazione di provvedimenti per le politiche a favore degli anziani non autosufficienti. Aspetto fondamentale è quello di individuare una definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tenga conto di età, fragilità ed eventuali condizioni di disabilità pregresse. Si prevede, inoltre, che la valutazione dello stato di non autosufficienza venga effettuata sulla base di una valutazione multidimensionale unificata, da effettuare secondo criteri standardizzati e omogenei, basati su linee guida validate a livello nazionale.

Altro argomento affrontato dalla Legge Delega è l'introduzione di una prestazione universale graduata per le persone anziane non autosufficienti, erogabile in forma di trasferimento monetario o servizi alla persona assicurando *“la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti”*.

Nel capitolo 2 si affronta il tema della definizione di non autosufficienza e la mancanza di una definizione uniforme e di un sistema di valutazione per la non autosufficienza, evidenziando che ciò rappresenta un ostacolo per la creazione di un efficace sistema di copertura. Sono, inoltre, rappresentate sinteticamente le diverse forme di copertura per la non autosufficienza presenti in Italia, tra cui Fondi pensione complementari, Fondi sanitari integrativi e polizze assicurative individuali e collettive. In ultimo in questo capitolo viene evidenziato come l'assenza di un

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

sistema unico e coordinato di copertura possa portare a duplicazioni di prestazioni e a regimi fiscali distinti per diverse definizioni di non autosufficienza.

Nel capitolo 3 sono illustrati nel dettaglio alcuni possibili modelli di gestione delle coperture di non autosufficienza (c.d. Long Term Care o LTC), con particolare attenzione ai vari aspetti da considerare, come l'identificazione della popolazione assicurata, la definizione della non autosufficienza, le modalità di adesione, la tipologia di prestazione, la modalità di contribuzione, la durata della copertura e la modalità di gestione. Vengono anche spiegati i diversi sistemi finanziari di gestione (capitalizzazione e ripartizione) e le loro implicazioni sulle prestazioni erogate. Infine, viene presentato un esempio pratico per illustrare le conseguenze dei diversi approcci di finanziamento sulla copertura della non autosufficienza, di cui nell'Appendice ci riportano le informazioni di dettaglio.

Infine, nel capitolo 4 si descrive i requisiti e i cambiamenti proposti per un moderno Sistema di welfare multi-pilastro per la gestione della non autosufficienza, secondo l'Ordine degli Attuari, si sottolinea l'importanza della prevenzione e della promozione del benessere, oltre a enfatizzare la sostenibilità finanziaria nel lungo termine. A tal fine la professione attuariale è disponibile a contribuire a questo processo attraverso la partecipazione a tavoli di lavoro sulla non autosufficienza.

1. Le novità normative

Il 2023 ha visto un primo significativo concreto cambiamento nell'approccio al problema della governance della copertura per la non autosufficienza permanente, o come più comunemente indicata Long Term Care (nel prosieguo, per brevità LTC). Il 30 marzo scorso, infatti, è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la **Legge n. 33/2023**¹, che definisce i principi secondo i quali il Governo è delegato ad emanare provvedimenti di attuazione delle politiche in favore della popolazione anziana.

In particolare, l'art. 4 della Legge prevede, entro il 31 gennaio 2024, l'attuazione di uno o più decreti legislativi finalizzati a riordinare, semplificare, coordinare l'attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti.

Come specificato nell'art. 4 comma 2 della Legge, fra i principi direttivi menzionati si rileva anche:

- adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tenga conto dell'età anagrafica, delle condizioni di fragilità, dell'eventuale condizione di disabilità pregressa, anche considerando le indicazioni dell'*International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità e degli ulteriori e diversi strumenti di valutazione in uso da parte dei servizi sanitari (e in coerenza con quanto indicato dall'Unione Europea);
- definizione del Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA) come modalità organizzativa permanente per il governo unitario, in virtù del principio di piena collaborazione e di coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni e nel rispetto delle relative competenze. Lo SNAA è chiamato a programmare in modo integrato i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte agli anziani non autosufficienti, con riguardo agli indirizzi generali elaborati dal Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della popolazione Anziana (c.d. CIPA), con la partecipazione attiva delle parti sociali e delle associazioni di settore;
- valutazione multidimensionale unificata, con lo scopo di definire il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), secondo criteri standardizzati e omogenei a livello nazionale, finalizzata all'identificazione dei fabbisogni di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria della persona anziana e del suo nucleo familiare e all'accertamento delle condizioni per l'accesso alle prestazioni di competenza statale.

Inoltre, nell'articolo 5, comma 2.a)1), si prevede l'introduzione (anche in via sperimentale), per le persone anziane non autosufficienti che optino espressamente per essa, di una prestazione universale graduata secondo lo specifico bisogno assistenziale ed erogabile, a scelta del soggetto beneficiario, sotto forma di trasferimento monetario e di servizi alla persona; tale prestazione, quando fruita, assorbe l'indennità di accompagnamento.

¹ L. 23 marzo 2023 n. 33, pubblicata sulla GU n. 76 del 30 marzo 2023.

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

La realizzazione dello SNAA è quindi destinata ad incidere in modo sostanziale sull'attuale copertura di Primo pilastro della non autosufficienza, realizzata essenzialmente tramite la corresponsione dell'indennità di accompagnamento affiancata dai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI - erogati dalle Regioni, a carattere socio-sanitario) e dai Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD – erogati dai Comuni, a carattere socio-assistenziale).

La Legge n. 33/2023 nulla dice, peraltro, circa la costruzione di un Secondo pilastro di prestazioni per la non autosufficienza che vada ad integrare lo SNAA. In attesa che il legislatore provveda a definire anche per tale fattispecie un disegno organico, non va dimenticato che attualmente già esistono forme di copertura di tipo integrativo contro il rischio di non autosufficienza, che hanno trovato un terreno favorevole alla propria diffusione grazie agli incentivi fiscali contenuti nella regolamentazione relativa ai Fondi sanitari integrativi².

In merito al Secondo pilastro, fra le novità normative è opportuno considerare il **Decreto del Ministro della Salute del 15 settembre 2022**, che attiva l'Osservatorio dei Fondi Sanitari Integrativi (OFSI) presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e ne disciplina il funzionamento e l'organizzazione, in attuazione dell'art. 9 del Decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, e il **Decreto del Ministro della salute del 30 settembre 2022**, che individua le prestazioni a carattere sociale e altre tipologie di attività che devono essere svolte dai Fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale e assegna all'Anagrafe fondi sanitari integrativi del Ministero della salute la funzione di monitoraggio delle attività svolte dai Fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale e dagli enti, dalle casse e dalle società di mutuo soccorso che hanno esclusivamente fini assistenziali, di cui all'articolo 51, comma 2, lettera a), del decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917.

2. Aspetti generali

2.1 La definizione

La mancanza di un criterio univoco per la definizione e la valutazione della non autosufficienza, in primis da parte del comparto pubblico, è stata da tempo indicata come uno degli ostacoli più rilevanti alla realizzazione di un efficace sistema di copertura per la non autosufficienza. Va accolta, quindi, con estrema soddisfazione, la previsione contenuta nel citato art. 4 della l. 33/2023 circa l'adozione di una definizione a livello nazionale che tenga in considerazione l'ICF, che concepisce la disabilità come risultato dell'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali personali e ambientali. Al pari condivisibile è l'indicazione di adottare un sistema di valutazione multidimensionale, finalizzato all'adozione del Piano di Assistenza e dell'unitarietà del monitoraggio dell'appropriatezza dell'assistenza erogata, sia sotto il profilo quantitativo sia qualitativo, sulla base di un set di indicatori noti e validati a livello nazionale.

Al riguardo l'Ordine degli Attuari, sempre nell'ottica di offrire un contributo di carattere tecnico, ritiene di richiamare l'attenzione delle Istituzioni e degli operatori del settore su alcuni aspetti.

² Decreti del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009 e Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

I problemi tecnici derivanti dalla mancanza di una definizione uniforme di non autosufficienza a livello nazionale, pur non essendo di immediata percezione, possono essere riassunti in:

- difficoltà nell'organizzare la copertura per non autosufficienza negli usuali 3 pilastri delle assicurazioni sociali (pubblico, privato collettivo, privato individuale), con il rischio di interventi non coordinati fra i diversi pilastri, possibili duplicazioni di prestazioni e ancora più dannose mancanze di coperture;
- difficoltà nel reperire dati statistici robusti, coerenti e su orizzonti temporali anche di lungo periodo. Ad esempio, i dati provenienti dalle rilevazioni del I pilastro e quelli provenienti da rilevazioni del II e III pilastro non potrebbero essere aggregati o verrebbero utilizzati solo parzialmente, con il rischio di perdere importanti informazioni.

Allo stato attuale le principali tipologie di definizione e relativi requisiti per l'erogazione delle prestazioni - al di là dell'articolazione delle definizioni e dei requisiti previsti a livello regionale, sovente diversi da regione a regione - sono la definizione e i requisiti stabiliti ai fini dell'erogazione dell'indennità di accompagnamento da parte dell'INPS – basati sul riconoscimento di totale inabilità per affezioni fisiche o psichiche, incapacità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore, ovvero impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita, con conseguente necessità di assistenza continua – e la definizione utilizzata nel sistema assicurativo privato, più concentrata sul raggiungimento di un certo numero minimo di *Activities of Daily Living* (ADL) che la persona non è in grado di svolgere in autonomia o di un punteggio minimo totale derivante dalla somma dei singoli punteggi assegnato in base all'incapacità totale o parziale di svolgere ciascuna ADL.

Al riguardo, si segnala che lo studio “Assicurazioni sulla salute: caratteristiche, modelli attuariali e basi tecniche”³ (a cura di Paolo De Angelis e Luigi Di Falco, frutto di una collaborazione fra ANIA e Università di Roma La Sapienza) ha evidenziato come, in via generale, sussista una buona aderenza, seppure vi siano anche inevitabili differenze e la definizione INPS sia più ampia di quella assicurativa, tra le caratteristiche della base di dati fornita dall'INPS in merito all'indennità di accompagnamento e la definizione assicurativa di non autosufficienza. Questo ha portato alla determinazione di tavole italiane per la non autosufficienza, allegate alla pubblicazione, che possono costituire una prima base di riferimento per la futura costruzione di un sistema integrato pubblico-privato.

Per uno sviluppo futuro emerge, peraltro, l'opportunità di affinare l'approccio metodologico basato sulle ADL o, più in generale, su criteri concentrati sulla capacità di svolgere determinate attività considerate essenziali, che appare non sufficientemente articolato rispetto alle esigenze di multidimensionalità prescritte dalla Legge Delega e generalmente ormai condivise sul piano clinico.

³ “Assicurazioni sulla salute: caratteristiche, modelli attuariali e basi tecniche”, Paolo De Angelis e Luigi Di Falco Edizioni Il Mulino - 2016

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

A tal fine merita di essere approfondita la possibilità di trovare una convergenza sull'adozione della metodologia del *Resident Assessment Instrument* (RAI – VAOR in Italia), che consente, tramite un nutrito ed approfondito set di domande e di un opportuno sistema di pesi, di superare l'approccio meramente descrittivo e di valutare lo stato di fragilità/dipendenza del soggetto, nonché di "tradurlo" in termini di fabbisogno socio/sanitario e dei relativi costi, definendo conseguentemente il PAI.

Si tratta di uno strumento importante perché, in primo luogo, potrebbe consentire di graduare maggiormente l'erogazione delle prestazioni (siano esse erogate in forma monetaria che in servizi) sulla base dei diversi fabbisogni di cura. Inoltre, la possibilità di definire con maggiore precisione i costi si rifletterebbe in una maggiore facilità nell'individuazione delle necessità di finanziamento, sia nel caso delle prestazioni pubbliche di Primo pilastro, sia per le prestazioni integrative corrisposte dal Secondo e dal Terzo pilastro.

In altre parole, una definizione comune, multidimensionale e statisticamente solida potrà, quindi, condurre ad una gestione ottimale dell'impegno economico complessivo, proveniente da tutti i pilastri, destinato alla prestazione di non autosufficienza, rendendo possibili nuove effettive e proficue forme di interazioni pubblico/privato.

2.2 Il Secondo e il Terzo pilastro per la non autosufficienza

In Italia non è presente uno specifico Secondo pilastro per la non autosufficienza a livello normativo, ma di fatto la copertura è offerta, in maniera frammentata e non coordinata, da Fondi pensione complementari, Fondi sanitari e assicurazioni private.

Fondi pensione e Fondi sanitari nascono dall'iniziativa di soggetti (parti sociali o associazioni di categoria) che hanno la consapevolezza di essere esposti al rischio di non autosufficienza e vogliono una copertura per tutti coloro che appartengono ad un medesimo ambito: le collettività interessate sono in genere omogenee sotto alcuni punti di vista (dipendenti di una stessa azienda, lavoratori appartenenti ad una stessa categoria o ad uno stesso territorio e così via) ma eterogenea sotto altri (come età e sesso).

Il ricorso alla copertura assicurativa per il rischio di non autosufficienza presenta due fattispecie significativamente differenti: da un lato quella con adesione su base collettiva a Fondi di Secondo pilastro, dall'altro quella mediante adesione su base individuale e volontaria, non connessa ad alcuna forma collettiva di copertura. In questo caso il ricorso allo strumento assicurativo viene di frequente indentificato come Terzo pilastro, ancorché possa in effetti costituire la sola copertura integrativa, ad esempio, per coloro per i quali non esiste alcuna opzione di adesione a Fondi pensione e/o sanitari che offrano coperture di non autosufficienza.

Ad oggi in Italia la copertura per la non autosufficienza è prevista nelle seguenti aree:

- Fondi pensione complementari

I Fondi pensione complementari forniscono prestazioni aggiuntive rispetto alla pensione di base erogata dall'INPS e rientrano nel Secondo pilastro della non autosufficienza se

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

prevedono la maggiorazione dell'importo della rendita in caso di perdita dell'autosufficienza. L'adesione a tale prestazione è volontaria e individuale, e la scelta viene effettuata al momento della conversione del capitale in rendita. In genere la prestazione è legata alla rendita pensionistica percepita.

- Fondi sanitari integrativi

I Fondi sanitari integrativi, che nascono con l'obiettivo di erogare forme integrative di assistenza rispetto a quelle erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, rientrano nel Secondo pilastro della non autosufficienza se garantiscono prestazioni, in denaro o in servizi, a sostegno dei soggetti non più autosufficienti. Esistono numerosi Fondi sanitari, soprattutto aziendali, che prevedono la copertura delle spese per non autosufficienza per alcuni anni o per tutta la vita residua dell'iscritto.

L'adesione a fondi di questo tipo può essere volontaria od obbligatoria, di tipo collettivo o individuale. La modalità più frequente di erogazione delle prestazioni è la rendita, da corrisondersi al verificarsi della non autosufficienza e finché l'assicurato resta in detto stato, ma può essere anche previsto il rimborso di spese sanitarie ed assistenziali.

Allo stato, peraltro, rientrano nell'ambito dei Fondi sanitari anche alcune esperienze (per il settore bancario e assicurativo) a carattere collettivo, che potrebbero essere considerate come esempi di Fondi integrativi per la non autosufficienza, poiché sono esclusivamente dedicati alla copertura di tale rischio.

- Il mercato assicurativo individuale e collettivo

Il contratto assicurativo copre il rischio di perdita dell'autosufficienza nello svolgimento delle attività elementari della vita quotidiana con una definizione del rischio in base alla scala ADL, in cui in genere sono comprese l'Alzheimer e altre demenze senili.

La modalità più frequente di erogazione delle prestazioni è la rendita, da corrisondersi al verificarsi della non autosufficienza e finché l'assicurato resta in detto stato. La rata in genere è stabilita a priori e può essere rivalutabile (nel caso anche il premio è rivalutato), mentre il premio può essere pagato periodicamente o in forma di premio unico. Meno frequente è il rimborso di spese sanitarie ed assistenziali che rientrano nel ramo danni. In genere per le polizze assicurative ad adesione individuale è presente un limite di età all'ingresso in assicurazione fissato tra i 60 e i 75 anni.

La copertura entra in vigore solo dopo un periodo di carenza al fine di contrastare il fenomeno dell'antiselezione, ovvero la tendenza ad assicurarsi da parte di soggetti particolarmente esposti al rischio; questo periodo ha durata differente a seconda delle cause dello stato di non autosufficienza.

In nessun caso è previsto il riscatto della polizza, mentre in alcuni casi è possibile, in caso di interruzione del pagamento del premio dopo un determinato numero di anni, prevedere una prestazione ridotta.

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Un'ulteriore tutela per l'assicuratore è la richiesta di compilazione di un questionario sullo stato di salute all'ingresso in assicurazione e la possibilità di rivedere lo "stato di non autosufficienza".

Da alcuni anni si sta diffondendo una modalità di adesione collettiva o di gruppo, in genere legata all'azienda o al contratto di lavoro, che prevede la copertura durante il periodo di attività dell'assicurato. In alcuni casi sono presenti opzioni di adesione volontaria (in genere entro un certo intervallo temporale) per familiari o pensionati, sempre con un limite di età.

In base al Regolamento ISVAP n. 29/2009 è poi possibile classificare le assicurazioni per la non autosufficienza in assicurazioni sulla vita e assicurazioni contro i danni. Nel primo gruppo rientrano le coperture assicurative del ramo IV, cioè non rescindibili (da parte dell'impresa), che coprono il rischio di non autosufficienza per invalidità grave dovuta a malattia, infortunio o longevità e prevedono l'erogazione di una rendita alla comparsa di tale stato. Nel secondo gruppo vi sono i contratti assicurativi del ramo malattia i quali contemplano prestazioni sotto forma di risarcimento, totale o parziale, del costo per l'assistenza ovvero prestazioni in natura nei limiti del massimale assicurato.

L'assenza di un sistema unico e coordinato per la copertura della non autosufficienza si riflette sul regime normativo di riferimento, definito non dal fine della prestazione (copertura del rischio di non autosufficienza), ma dal veicolo (Fondo pensione o Fondo sanitario), come già ricordato in questo paragrafo. Paradossalmente, quindi, è possibile il verificarsi di una duplicazione di prestazioni, non solo fra rendita (erogata dal Fondo pensione) e servizi (erogati dal Fondo sanitario), ma anche fra due rendite diverse, erogate seguendo definizioni diverse di non autosufficienza e assoggettate a regimi fiscali distinti.

3. La gestione tecnica delle coperture per la non autosufficienza

Sotto il profilo tecnico la definizione di una copertura della non autosufficienza, indipendentemente dal veicolo scelto, richiede di individuare preliminarmente il disegno organizzativo della copertura stessa ed in particolare:

- Identificazione della popolazione di riferimento: nello specifico, dovranno essere individuati i gruppi assicurati (attivi, pensionati, ex attivi, familiari...), l'età massima di ingresso in assicurazione (es. 60 anni, età di pensionamento...) e l'età massima di permanenza in assicurazione (es. fino a 75 anni, fino a 80 anni o a vita intera)
- Scelta della definizione di non autosufficienza (v. par 2.1)
- Modalità di adesione (v. par 3.1)
- Tipologia di prestazione - in particolare, dovranno essere definite:
 - Modalità di erogazione (in forma di rendita o sotto forma di servizi o rimborso spese);
 - Prestazione uguale per tutti o variabile in base ad alcuni fattori (ad esempio in base ai contributi versati o al fabbisogno di cure).

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

- Modalità di contribuzione:
 - versamenti periodici, corrisposti solo nel periodo di attività o finché si è autosufficienti, o in un'unica soluzione;
 - livello di contribuzione uguale per tutti, definito per gruppi (attivi, pensionati, ex attivi, familiari) e/o per classi di età;
 - in funzione del reddito o costante.
- Durata: va stabilito se la copertura è prevista per un periodo breve (3/5 anni) e rinnovabile, o per un periodo più lungo, ad es. 20/30 anni
- Modalità di gestione: autogestione o tramite convenzione assicurativa, anche parziale

Dalle scelte operate per il disegno organizzativo (ed in particolare con riferimento alla modalità di adesione) discende anche la scelta del sistema finanziario di gestione (v. par. 3.2), che deve essere evidentemente coerente con il disegno stesso. Infine, vanno individuati i parametri di tipo demografico ed economico (c.d. *basi tecniche*) da utilizzare per la proiezione dei contributi, delle spese per prestazioni e dei proventi finanziari risultanti dall'impiego del patrimonio. Un elenco di possibili ipotesi demografiche e finanziarie da prendere in considerazione è riportato in Appendice. L'evidenziazione dell'andamento della gestione tecnica sarà, quindi, esposta sia in un documento ad hoc, generalmente definito "bilancio tecnico", sia nel bilancio contabile del Fondo⁴.

Di fondamentale importanza è, infatti, la costituzione di accantonamenti (Riserve) destinati a far fronte, per quanto ragionevolmente prevedibile, agli impegni assunti dai Fondi nei confronti degli iscritti.

Per i fondi autogestiti che adottano un sistema finanziario di gestione a capitalizzazione l'accantonamento⁵ tecnico (tecnicamente chiamata riserva matematica) nel periodo di versamento del contributo è determinata, in linea di principio, per singolo assistito col metodo della capitalizzazione delle quote contributive destinate alla specifica garanzia.

Più peculiari risultano gli accantonamenti tecnici per garanzie a ripartizione dove i contributi dell'anno compensano le prestazioni dell'anno. Rientrano in tale ambito la riserva di senescenza⁶, la riserva premi (con esclusione delle quote eventualmente versate a gestori esterni)

⁴ Per una descrizione dettagliata del contenuto dei suddetti documenti e delle relative poste si rinvia al documento "Fondi Sanitari. Regole applicative dei principi attuariali e Linee guida per la valutazione" predisposto dall'Ordine degli Attuari

⁵ Per i principi di valutazione attuariale dell'accantonamento in parola, in considerazione della analogia della materia, si rinvia alle indicazioni specifiche fornite nei documenti emanati dall'Ordine "Regole applicative dei principi attuariali - Linee guida per l'attuario incaricato delle compagnie di assicurazione sulla vita" e "Valutazioni attuariali relative a fondi di previdenza complementare", da interpretare adeguatamente per tener conto delle peculiarità delle coperture di non autosufficienza.

⁶ Riserva di senescenza, costituita da un accantonamento di parte dei contributi versati al fine di compensare l'aggravarsi del rischio dovuto al crescere dell'età degli assistiti, qualora i contributi siano determinati con riferimento alle età iniziali e non siano aggiornati con periodicità annuale.

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

– composta dalla riserva per frazione di premi⁷ e dalla riserva per rischi in corso⁸ - la riserva sinistri⁹ e la riserva di sicurezza (o di perequazione)¹⁰.

3.1. La modalità di adesione

Tenendo conto dell'attuale normativa, le possibili soluzioni in relazione alle modalità di adesione sono sostanzialmente le seguenti:

- adesione contrattuale, copertura base a carico del datore di lavoro, collettiva, obbligatoria;
- adesione volontaria ad una convenzione assicurativa (scelta dalle parti sociali con condizioni agevolate);
- adesione a prodotti individuali.

Il contributo per una prestazione di non autosufficienza varia sostanzialmente in considerazione delle scelte fatte. In particolare:

- L'adesione volontaria risulta estremamente più costosa dell'adesione collettiva, per effetto di meccanismi di antiselezione assicurativa che possono essere inseriti solo per la seconda soluzione. Il premio di una assicurazione ad adesione individuale può essere 10 volte quello di una assicurazione ad adesione collettiva.
- Il premio per una prestazione di non autosufficienza risulta crescente al crescere dell'età, per effetto dell'aumento delle probabilità di divenire non autosufficiente. Le convenzioni assicurative possono prevedere un premio per età o classi di età e una età di ingresso massima (in questo caso, peraltro, gli individui più anziani non risultano assicurabili) oppure un premio medio generale uguale per tutti (in caso di adesione collettiva).
- Sempre in caso di adesione collettiva, il contributo può essere pagato da tutti gli iscritti,

⁷ Riserva per frazioni di premi, costituita dall'accantonamento della quota di premio di competenza degli esercizi successivi da calcolare, in linea di principio, per singola posizione con il metodo "pro rata temporis" e in via eccezionale con metodo forfetario.

⁸ Riserva per i rischi in corso, costituita dagli importi da accantonare a copertura di eventuali oneri superiori al previsto per i rischi assunti nell'esercizio. Le valutazioni della riserva per rischi in corso vanno effettuate e documentate, distintamente per tipologia di prestazione, ed in particolare per le due tipologie di prestazioni vincolate (odontoiatria e non autosufficienza).

⁹ Riserva sinistri, comprende l'ammontare complessivo delle somme che il Fondo deve accantonare a fronte di eventi (sinistri) avvenuti nell'esercizio di bilancio o nei precedenti, denunciati e non denunciati (tardivi), non ancora liquidati o in corso di liquidazione alla data di chiusura dell'esercizio stesso.

¹⁰ Riserva di sicurezza o di perequazione (in altri contesti detta di stabilizzazione contributi e prestazioni), comprende tutte le somme accantonate allo scopo di compensare nel tempo l'andamento della sinistrosità, perequando le fluttuazioni del tasso dei sinistri negli anni futuri, o di coprire rischi particolari. La costituzione della riserva di sicurezza, da attuarsi tramite un piano di accumulo progressivo, può essere realizzata sia tramite metodologie empiriche sia con l'ausilio della teoria del rischio. È comunque opportuno individuare un limite minimo e un limite massimo per la consistenza della riserva di sicurezza: il mancato rispetto dei suddetti limiti impone la segnalazione ai gestori responsabili della copertura della necessità di una riflessione circa il livello dei contributi e delle prestazioni richieste a rimborso in un dato anno.

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

solo dai lavoratori o può essere diverso per tipologia di aderente.

Solo in caso di adesione collettiva, al pari delle coperture assicurative caso morte tipiche delle assicurazioni private, il rischio di non autosufficienza può essere gestito secondo un principio di “mutualità” tra rischi omogenei e, nel caso di collettività assicurabili costituite da diverse generazioni di individui non omogenei rispetto al rischio, inserendo una “solidarietà” tra generazioni di rischi/individui disomogenei quanto meno ad età e sesso.

Negli ultimi anni si sta diffondendo una terza modalità di adesione, volontaria ma da effettuare in un determinato intervallo temporale (di solito alcuni mesi), che permette di mitigare il rischio di antiselezione proprio della scelta individuale e di diminuire, quindi, il rischio.

Nel caso della copertura del rischio di non autosufficienza estesa a collettività costituite da individui disomogenei rispetto al rischio, l’equilibrio del sistema assicurativo di tipo collettivo può essere garantito tramite l’adozione di un sistema tecnico finanziario di gestione basato su principi di capitalizzazione collettiva, determinando un contributo “medio” uguale per tutti gli assistiti che garantisca il rispetto dell’equilibrio tecnico, economico e finanziario di lungo periodo (per un approfondimento sui sistemi finanziari di gestione si rimanda ai paragrafi successivi).

3.2. Il sistema finanziario di gestione

Il sistema finanziario di gestione per una prestazione legata alla non autosufficienza si concretizza nel criterio secondo cui vengono fissati i premi/contributi al fine di garantire le prestazioni agli assicurati presenti e futuri.

I sistemi finanziari di gestione si dividono principalmente in due fondamentali categorie che, a loro volta, sono articolate al loro interno. Le due tipologie sono, come è noto, la capitalizzazione e la ripartizione.

I sistemi finanziari di gestione a capitalizzazione si fondano su un equilibrio attuariale, su base individuale o collettiva, tra il valore attuale medio dei contributi ed il valore attuale medio delle prestazioni; mentre nei sistemi finanziari di gestione a ripartizione l’equilibrio viene ricercato tra i contributi incassati e le prestazioni erogate nell’anno, calcolate queste ultime in riferimento agli oneri dell’anno (ripartizione pura) o al valore capitale delle prestazioni liquidate a nuovo nell’anno (ripartizione dei capitali di copertura).

Non tutti i sistemi si adattano sul lungo periodo alla copertura vitalizia del rischio di non autosufficienza. Gli effetti di solidarietà e mutualità, infatti, nella gestione del rischio di non autosufficienza assumono un ruolo tutt’altro che trascurabile, soprattutto se l’intenzione del Fondo è di continuare ad assicurare gli iscritti anche dopo il pensionamento. In tal caso è anche possibile creare un meccanismo di solidarietà da parte degli attivi nei confronti dei pensionati. Se il contributo è unico per tutti la solidarietà sarà fra le generazioni. Anche l’effetto mutualità nella gestione delle coperture per la non autosufficienza è molto importante perché a parità di età, solo alcuni diventano non autosufficienti, mentre il contributo è a carico di tutti.

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Pertanto, nella scelta del sistema di finanziamento in una collettività che prevede di mantenere la copertura per i pensionati, bisogna tenere conto che si risconterà nel tempo un invecchiamento fisiologico, poiché i pensionati aumentano sempre di più a fronte di una quota di attivi sostanzialmente costante (ipotizzando un numero costante di ingressi ogni anno).

Optando per il sistema a ripartizione pura, la contribuzione dovrebbe crescere col tempo perché, in tal caso, un numero sostanzialmente costante di attivi di anno in anno si troverebbe a finanziare con la propria contribuzione un numero sempre più ampio di prestazioni.

Il sistema a capitalizzazione individuale non è indicato per una copertura del rischio di non autosufficienza di tipo collettivo, che in genere mette insieme iscritti con differente rischio e prevede, pertanto, una solidarietà fra i partecipanti. Mentre il sistema a capitalizzazione collettiva si presta meglio all'esigenza di tale copertura in termini di solidarietà intergenerazionale e mutualità anche se risente in modo significativo del cambiamento demografico della collettività e di una attenta gestione finanziaria.

Il sistema a ripartizione dei capitali di copertura, invece, è il più utilizzato in Italia perché si presenta come una soluzione mediata tra ripartizione e capitalizzazione, beneficiando degli aspetti esemplificativi del sistema a ripartizione e degli aspetti solidaristici e mutualistici del sistema a capitalizzazione.

In conclusione, i sistemi di finanziamento più efficaci sono, quindi, il sistema a capitalizzazione collettiva e il sistema a ripartizione pluriennale di capitali di copertura.

Entrambi sono in grado di garantire prestazioni uguali per tutti coloro che diventano non autosufficienti o comunque prestazioni non dipendenti strettamente dai contributi versati; i contributi, inoltre, possono essere calcolati considerando l'effetto della solidarietà fra rischi non omogenei oltre che della mutualità.

3.2.1. Un esempio

Al fine di permettere di apprezzare meglio il significato sul piano pratico delle conseguenze delle differenti problematiche legate al sistema di finanziamento, alla platea coinvolta e alle valutazioni attuariali possibili, si riporta un esempio di valutazione relativa ad un ipotetico Fondo con una popolazione tipo di 100.000 iscritti, con distribuzione per età e sesso analoga alla popolazione italiana con età compresa tra i 18 e i 67 anni.

In particolare, le valutazioni hanno riguardato la stima delle passività e degli impegni del Fondo soprattutto nell'ottica della proiezione delle dinamiche dei cash-flow.

Per poter effettuare le valutazioni è stato necessario definire un quadro di ipotesi (meglio descritto in Appendice), utilizzando per le ipotesi sul fenomeno della non autosufficienza le basi tecniche pubblicate da ANIA - Università di Roma La Sapienza, scenario centrale, già citate.

Le valutazioni sono state effettuate a gruppo aperto; sia la copertura che la rendita sono state considerate vitalizie, ovvero comprendono anche il periodo di pensionamento, e di importo pari a 1.000 euro al mese, da utilizzare come fonte di finanziamento per il rimborso delle spese di

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

cura e assistenza. Le prestazioni sono erogate a partire dal passaggio allo status di “non autosufficiente” fino a quando il soggetto permane in tale stato; l’interruzione della prestazione avviene esclusivamente a seguito del decesso (come scelta prudenziale, non è previsto nel modello il recupero dello status di autosufficiente). Nei primi due esempi si è ipotizzato, inoltre, che il contributo¹¹ annuo versato da tutti gli aderenti autosufficienti sia uguale per tutti e non differisca in base allo stato di attivo o pensionato. Nel terzo esempio la contribuzione è stata ipotizzata a carico dei soli aderenti attivi.

In allegato sono riportate le tabelle contenenti il dettaglio dei dati numerici ed economici, mentre di seguito si riportano esclusivamente le rappresentazioni grafiche dei flussi economici di contributi e prestazioni, nonché delle riserve necessarie per erogare la prestazione, sotto diversi sistemi di finanziamento.

Nel primo esempio (i cui dettagli numerici sono riportati nella Tabella 1 in Appendice) si vuole illustrare l’andamento degli iscritti e dei flussi finanziari in un sistema a ripartizione pura che persegue l’obiettivo di erogare una prestazione di 12.000 euro annui a tutti gli aderenti divenuti non autosufficienti. Come si può osservare, con il passare del tempo e all’aumentare dei casi di non autosufficienza, il contributo pagato dai singoli aderenti autosufficienti tende ad aumentare sensibilmente passando dai circa 9 euro pro-capite del primo anno di funzionamento, agli oltre 269 euro pro-capite dopo 35 anni (cfr. Fig.1).

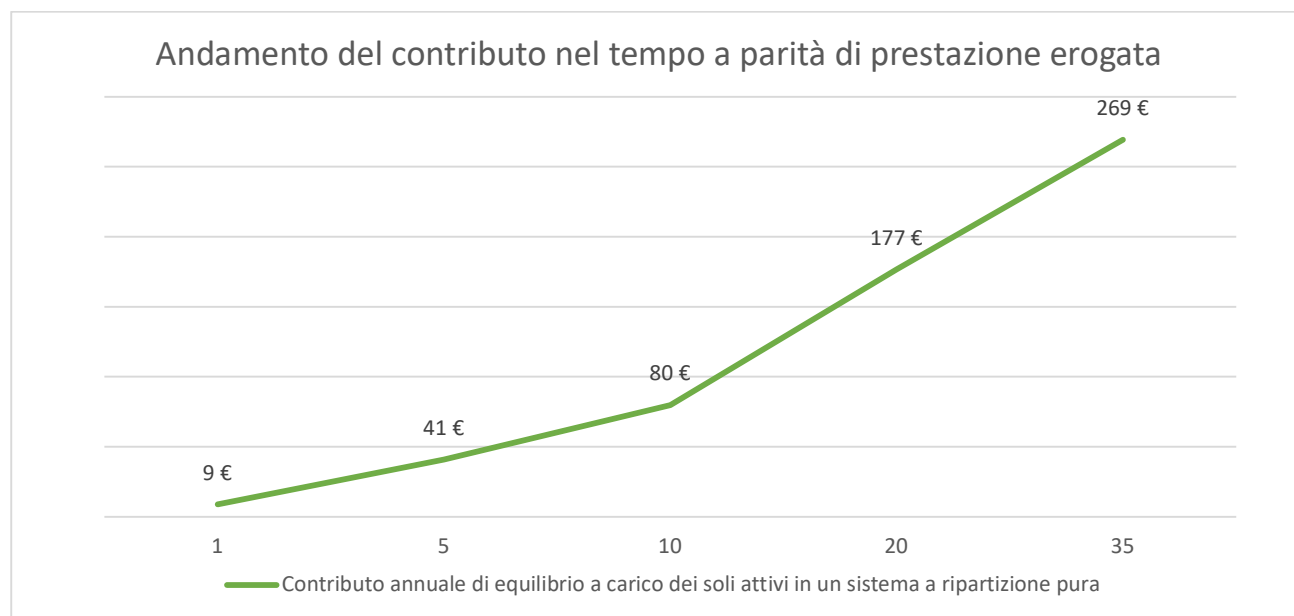


Figura 1: Andamento del contributo nel tempo in un sistema a ripartizione pura che eroga una prestazione annua di 12.000 euro ad ogni aderente non autosufficiente

¹¹ Il contributo è stabilito in funzione del sistema di finanziamento. Nella determinazione del contributo di equilibrio non sono stati considerati caricamenti e spese di gestione del sistema.

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Attraverso il secondo esempio (per i dettagli numerici consultare la Tabella 2 in Appendice), si è voluto rappresentare, in alternativa, l'andamento dei flussi finanziari in un sistema a ripartizione pura che persegue l'obiettivo di far pagare un contributo costante (pari a circa 269 euro/anno) a tutti gli aderenti nell'arco temporale considerato (35 anni). Come si può osservare, con il passare del tempo e all'aumentare dei casi di non autosufficienza la prestazione annua erogata ai singoli aderenti non autosufficienti tende a diminuire rapidamente passando da circa 365.200 euro nel primo anno a circa 12.000 euro erogati nell'ultimo anno, comportando una disparità di trattamento tra le diverse generazioni di non autosufficienti (cfr. Fig.2).



Figura 2: Andamento della prestazione nel tempo in un sistema a ripartizione pura finanziato con un contributo annuo di circa 269 euro per ogni aderente autosufficiente

Infine, si è voluto rappresentare l'andamento dei flussi finanziari in un sistema a ripartizione dei capitali di copertura che persegue l'obiettivo di far pagare un contributo costante a tutti gli aderenti attivi nell'arco temporale considerato (35 anni) e di erogare la medesima prestazione a tutti gli aderenti divenuti non autosufficienti durante tale arco temporale, per tutto il tempo che permangono nello stato di non autosufficienza. A differenza di quanto osservato nel sistema di finanziamento a ripartizione pura, si può osservare che, nel periodo iniziale, il Fondo avrà a disposizione delle eccedenze di contributi che potranno essere accantonate per sopperire ai futuri deficit (cfr. Fig. 3). Inoltre, al fine di perseguire gli obiettivi prefissati, vi sarà la necessità di costituire degli accantonamenti finanziari (riserva per le prestazioni dei non autosufficienti e riserva per rischi futuri) che costituiranno il patrimonio del Fondo. Pertanto, l'andamento del patrimonio del Fondo in una prima fase, quando i contributi pagati dagli aderenti superano le prestazioni erogate annualmente, tenderà a crescere per poi successivamente diminuire fino ad azzerarsi al termine del periodo di equilibrio prefissato (cfr. Fig.4). Il sistema a ripartizione dei capitali di copertura, quindi, consente di definire un equilibrio per tutto il gruppo di aderenti nel

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

quale coesistono rischi di diversa entità appartenenti a generazioni future, garantendo una stabilità dei contributi richiesti e di prestazioni erogate. Per il dettaglio dei numeri relativi all'esempio appena esposto si rimanda alla Tabella 3 in Appendice.

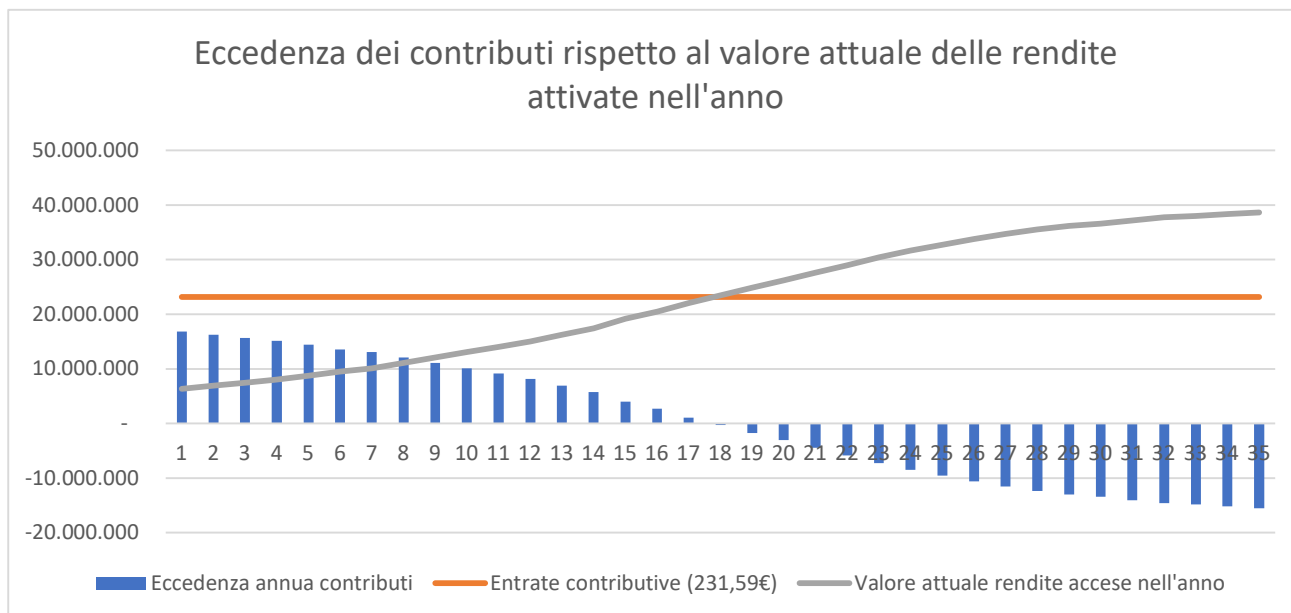


Figura 3: Andamento del saldo tra contributi e accantonamenti per prestazioni di non autosufficienza accese nell'anno

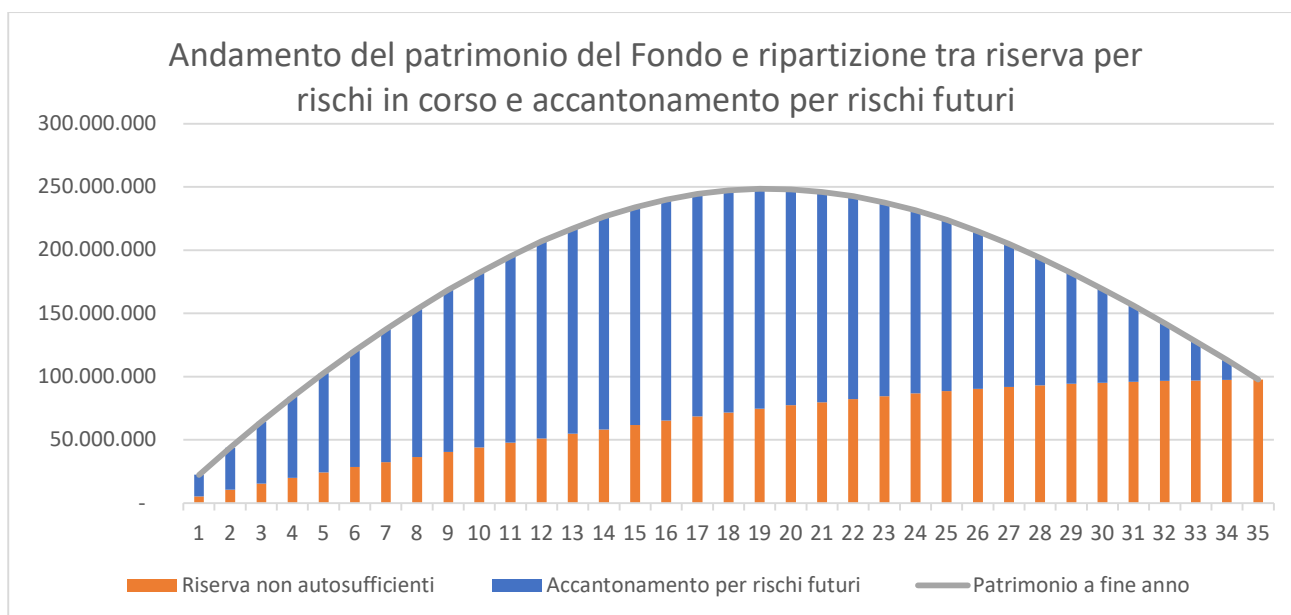


Figura 4: Andamento del patrimonio nel tempo e scomposizione tra riserva per impegni con non autosufficienti e riserva per impegni futuri

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Tutte le valutazioni qui riportate a puro titolo esemplificativo, non tengono in considerazione l'evoluzione di alcune variabili economiche quali ad esempio, l'inflazione, il tasso di rivalutazione delle rendite erogate e il rendimento del patrimonio del Fondo, che per semplicità sono state poste pari a zero.

4. Conclusioni

Secondo l'Ordine degli Attuari, un moderno Sistema di welfare multi-pilastro per la gestione della non autosufficienza deve essere flessibile, sostenibile e orientato alle esigenze della popolazione, garantendo l'accesso universale ai servizi di base, senza discriminazioni di alcun tipo, promuovendo l'inclusione sociale di tutti i cittadini.

Dovrebbe, inoltre, integrare i diversi pilastri in un quadro regolamentare uniforme, evitando duplicazioni e garantendo che i servizi siano erogati in modo efficace e coordinato, favorendo la portabilità delle prestazioni maturate nel corso del periodo di adesione.

Il sistema dovrebbe mettere un forte accento sulla prevenzione delle difficoltà e sulla promozione del benessere, anziché limitarsi a fornire assistenza solo quando le persone sono in situazioni di bisogno.

Di particolare importanza è assicurare la sostenibilità finanziaria nel lungo termine, evitando squilibri tra entrate e uscite e promuovendo una gestione prudente delle risorse.

Altra caratteristica importante riguarda la flessibilità del sistema che deve essere in grado di adattarsi ai cambiamenti demografici, economici e sociali nel corso del tempo, garantendo che i servizi siano sempre allineati alle reali esigenze della popolazione.

Dovrebbe prevedere un sistema di monitoraggio e valutazione efficace per verificare l'adeguatezza dei servizi erogati e apportare eventuali miglioramenti.

Per tale motivo si accolgono con favore le novità introdotte tramite la Legge n. 33/2023 ed in particolare:

- l'introduzione di nuovi principi di governance per la copertura della non autosufficienza al fine di affrontare il problema in modo più efficace;
- l'adozione di una definizione di popolazione anziana non autosufficiente che tiene conto di diversi fattori come l'età anagrafica, le condizioni di fragilità e la condizione di disabilità pregressa. L'approccio multidimensionale può portare a una migliore identificazione delle esigenze e dei bisogni delle persone anziane non autosufficienti;
- l'introduzione dello SNAA, che rappresenta un passo importante verso l'organizzazione permanente e coordinata di servizi e prestazioni per gli anziani non autosufficienti. La collaborazione tra Stato, Regioni e Comuni promuove un'efficace programmazione ed erogazione di servizi e interventi;
- l'adozione di una valutazione multidimensionale unificata con l'obiettivo di definire un PAI basato su criteri standardizzati e omogenei a livello nazionale, contribuendo a

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

identificare in modo più accurato i bisogni sociali, sociosanitari e sanitari delle persone anziane non autosufficienti;

- l'introduzione (anche in via sperimentale) di una prestazione universale graduata che tiene conto del bisogno assistenziale specifico, offrendo una maggiore flessibilità ai soggetti beneficiari, consentendo loro di scegliere tra trasferimenti monetari e servizi alla persona.

Tale intervento segue la recente istituzione dell'OFISI, il cui scopo è quello di monitorare le attività svolte dai Fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, favorendo una gestione trasparente ed efficace dei Fondi, e si innesta in un contesto nel quale già esistono forme di copertura di tipo integrativo contro il rischio di non autosufficienza, che hanno trovato un terreno favorevole alla propria diffusione grazie agli incentivi fiscali.

Complessivamente, questi cambiamenti e aggiornamenti normativi rappresentano un progresso significativo nell'affrontare il problema della non autosufficienza negli anziani, promuovendo una maggiore efficienza e coerenza nei servizi e nelle prestazioni offerte dai diversi pilastri del welfare del quale un moderno sistema si compone.

A ciò va aggiunta l'importanza di condividere un framework di norme e definizioni comuni partendo da alcuni elementi come, ad esempio, l'individuazione delle modalità di adesione, i possibili modelli di contribuzione e la durata della copertura, che sono aspetti fondamentali per creare un modello integrato efficace.

Va inoltre sottolineata l'importanza della costituzione di accantonamenti (c.d. Riserve) finanziari per far fronte agli impegni assunti dai Fondi nei confronti degli iscritti, garantendo così una gestione sostenibile nel lungo termine ed evitando possibili disparità di trattamento tra le diverse generazioni di non autosufficienti nel tempo.

Si ribadisce, quindi, la disponibilità della professione attuariale a fornire il proprio contributo in tale ambito e anche a partecipare, sin da ora, ad eventuali tavoli di lavoro sul tema della non autosufficienza.

Appendice

Le basi tecniche

Il quadro completo delle basi tecniche da definire per la proiezione dei contributi, delle spese per prestazioni e dei proventi finanziari risultanti dall'impiego del patrimonio costituito con l'accumulazione delle riserve è il seguente:

Ipotesi demografiche:

- probabilità di cessazione da attivo per cause varie (diverse dal pensionamento, dal decesso e dalla non autosufficienza);
- probabilità di morte da attivo;
- probabilità di morte da pensionato;
- ipotesi di accesso al pensionamento di vecchiaia e/o vecchiaia anticipata;
- probabilità di diventare non autosufficiente;
- probabilità di morte dei soggetti non autosufficienti.

Se è prevista la possibilità di nuovi ingressi:

- ipotesi sul numero, età e sesso dei nuovi ingressi in attività;
- inoltre, se previsto dal piano;
- frequenza di adesione di un familiare;
- frequenza di rimanere iscritto dopo l'uscita dal gruppo degli attivi (tale frequenza rappresenta la percentuale degli usciti per cause varie di ogni anno che decide di rimanere volontariamente in assicurazione);
- frequenza di rimanere iscritto dopo il pensionamento (tale frequenza rappresenta la percentuale dei nuovi pensionati di ogni anno che decide di rimanere volontariamente in assicurazione).

Ipotesi economiche e finanziarie:

- tasso annuo di inflazione;
- tasso annuo di rivalutazione della prestazione di non autosufficienza;
- tasso di rendimento delle attività a copertura.

Oltre al quadro di ipotesi, il modello deve considerare le seguenti scelte del piano:

- durata della copertura assicurativa (es. vita intera, fino a 75 anni, fino a 80 anni);
- importo della rendita annua per non autosufficienza (in caso di prestazione a rimborso spese potrà, comunque, essere prevista una prestazione media o una distribuzione media della spesa per età e sesso).

Da ultimo andrà specificato che la copertura è a "Vita Intera": le prestazioni verranno erogate a partire dal passaggio allo status di "non autosufficiente" fino a quando il soggetto permane in tale stato. In genere, come scelta prudenziale, non è previsto nel modello il recupero dello status di autosufficiente e, quindi, l'interruzione della prestazione avviene esclusivamente a seguito del decesso.

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Tabella 1 – Evoluzione di un Fondo integrativo per la non autosufficienza a ripartizione pura -
Prestazione erogata paria 12.000 euro annui - Gruppo aperto

Anno	N. iscritti	Entrate contributive - contributo x n. iscritti ('000€)	Rendite erogate nell'anno ('000€)	Patrimonio a fine anno ('000€)	Riserva per impegni con non autosufficienti ('000€)	Riserva per rischi futuri ('000€)	Contributo annuale - rendite/n. iscritti (€)	Prestazione annua per percettore (€)
1	101.075	894	894	0	0	0	8,84	12.000
2	102.121	1.764	1.764	0	0	0	17,27	12.000
3	103.138	2.633	2.633	0	0	0	25,53	12.000
4	104.992	3.493	3.493	0	0	0	33,27	12.000
5	106.845	4.374	4.374	0	0	0	40,94	12.000
6	108.674	5.290	5.290	0	0	0	48,67	12.000
7	110.552	6.193	6.193	0	0	0	56,02	12.000
8	112.435	7.145	7.145	0	0	0	63,55	12.000
9	114.334	8.173	8.173	0	0	0	71,49	12.000
10	116.218	9.265	9.265	0	0	0	79,72	12.000
11	118.125	10.363	10.363	0	0	0	87,73	12.000
12	120.115	11.532	11.532	0	0	0	96,01	12.000
13	122.007	12.780	12.780	0	0	0	104,75	12.000
14	123.827	14.076	14.076	0	0	0	113,67	12.000
15	125.539	15.556	15.556	0	0	0	123,91	12.000
16	127.165	17.045	17.045	0	0	0	134,04	12.000
17	128.716	18.686	18.686	0	0	0	145,18	12.000
18	130.115	20.305	20.305	0	0	0	156,06	12.000
19	131.950	21.967	21.967	0	0	0	166,48	12.000
20	133.659	23.606	23.606	0	0	0	176,62	12.000
21	135.249	25.092	25.092	0	0	0	185,52	12.000
22	136.763	26.551	26.551	0	0	0	194,14	12.000
23	138.077	28.064	28.064	0	0	0	203,25	12.000
24	139.185	29.485	29.485	0	0	0	211,84	12.000
25	140.116	30.836	30.836	0	0	0	220,08	12.000
26	140.888	32.072	32.072	0	0	0	227,64	12.000
27	141.475	33.178	33.178	0	0	0	234,51	12.000
28	141.940	34.187	34.187	0	0	0	240,85	12.000
29	142.289	35.066	35.066	0	0	0	246,44	12.000
30	142.600	35.794	35.794	0	0	0	251,01	12.000
31	142.811	36.424	36.424	0	0	0	255,05	12.000
32	142.969	37.076	37.076	0	0	0	259,33	12.000
33	143.081	37.549	37.549	0	0	0	262,43	12.000
34	142.805	37.975	37.975	0	0	0	265,92	12.000
35	142.532	38.374	38.374	0	0	0	269,23	12.000

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Tabella 2 – Evoluzione di un Fondo integrativo per la non autosufficienza a ripartizione pura -
Contributo annuo costante pari a 269 euro - Gruppo aperto

Anno	N. iscritti	Entrate contributive - contributo x n. iscritti ('000€)	Rendite erogate nell'anno ('000€)	Patrimonio a fine anno ('000€)	Riserva per impegni con non autosufficienti ('000€)	Riserva per rischi futuri ('000€)	Contributo annuale - rendite/n. iscritti (€)	Prestazione annua per percettore (€)
1	101.075	27.212	27.212	0	0	0	269,23	365.267
2	102.121	27.494	27.494	0	0	0	269,23	187.034
3	103.138	27.768	27.768	0	0	0	269,23	126.562
4	104.992	28.267	28.267	0	0	0	269,23	97.104
5	106.845	28.766	28.766	0	0	0	269,23	78.918
6	108.674	29.258	29.258	0	0	0	269,23	66.375
7	110.552	29.764	29.764	0	0	0	269,23	57.670
8	112.435	30.271	30.271	0	0	0	269,23	50.841
9	114.334	30.782	30.782	0	0	0	269,23	45.194
10	116.218	31.289	31.289	0	0	0	269,23	40.525
11	118.125	31.803	31.803	0	0	0	269,23	36.825
12	120.115	32.339	32.339	0	0	0	269,23	33.650
13	122.007	32.848	32.848	0	0	0	269,23	30.843
14	123.827	33.338	33.338	0	0	0	269,23	28.421
15	125.539	33.799	33.799	0	0	0	269,23	26.073
16	127.165	34.237	34.237	0	0	0	269,23	24.103
17	128.716	34.654	34.654	0	0	0	269,23	22.254
18	130.115	35.031	35.031	0	0	0	269,23	20.702
19	131.950	35.525	35.525	0	0	0	269,23	19.406
20	133.659	35.985	35.985	0	0	0	269,23	18.292
21	135.249	36.413	36.413	0	0	0	269,23	17.414
22	136.763	36.821	36.821	0	0	0	269,23	16.641
23	138.077	37.174	37.174	0	0	0	269,23	15.895
24	139.185	37.473	37.473	0	0	0	269,23	15.250
25	140.116	37.723	37.723	0	0	0	269,23	14.680
26	140.888	37.931	37.931	0	0	0	269,23	14.192
27	141.475	38.089	38.089	0	0	0	269,23	13.776
28	141.940	38.215	38.215	0	0	0	269,23	13.413
29	142.289	38.308	38.308	0	0	0	269,23	13.109
30	142.600	38.392	38.392	0	0	0	269,23	12.871
31	142.811	38.449	38.449	0	0	0	269,23	12.667
32	142.969	38.492	38.492	0	0	0	269,23	12.458
33	143.081	38.522	38.522	0	0	0	269,23	12.310
34	142.805	38.447	38.447	0	0	0	269,23	12.149
35	142.532	38.374	38.374	0	0	0	269,23	12.000

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Tabella 3 – Evoluzione di un Fondo integrativo per la non autosufficienza a ripartizione dei capitali di copertura - Contributo annuo costante pari a 231 euro - Gruppo aperto

Anno	N. iscritti	Entrate contributive - contributo x n. iscritti ('000€)	Rendite erogate nell'anno ('000€)	Patrimonio a fine anno ('000€)	Riserva per impegni con non autosufficienti ('000€)	Riserva per rischi futuri ('000€)	Contributo annuale - rendite/n. iscritti attivi (€)	Prestazione annua per percettore (€)
1	101.075	23.159	894	22.265	5.435	16.831	231,59	12.000
2	102.121	23.159	1.764	43.661	10.551	33.109	231,59	12.000
3	103.138	23.159	2.633	64.188	15.393	48.794	231,59	12.000
4	104.992	23.159	3.493	83.854	19.939	63.915	231,59	12.000
5	106.845	23.159	4.374	102.639	24.287	78.352	231,59	12.000
6	108.674	23.159	5.290	120.509	28.552	91.957	231,59	12.000
7	110.552	23.159	6.193	137.475	32.472	105.003	231,59	12.000
8	112.435	23.159	7.145	153.490	36.405	117.085	231,59	12.000
9	114.334	23.159	8.173	168.476	40.325	128.152	231,59	12.000
10	116.218	23.159	9.265	182.370	44.137	138.233	231,59	12.000
11	118.125	23.159	10.363	195.167	47.780	147.386	231,59	12.000
12	120.115	23.159	11.532	206.794	51.272	155.522	231,59	12.000
13	122.007	23.159	12.780	217.173	54.759	162.415	231,59	12.000
14	123.827	23.159	14.076	226.257	58.064	168.193	231,59	12.000
15	125.539	23.159	15.556	233.861	61.660	172.200	231,59	12.000
16	127.165	23.159	17.045	239.975	65.091	174.885	231,59	12.000
17	128.716	23.159	18.686	244.448	68.509	175.939	231,59	12.000
18	130.115	23.159	20.305	247.303	71.666	175.637	231,59	12.000
19	131.950	23.159	21.967	248.495	74.604	173.891	231,59	12.000
20	133.659	23.159	23.606	248.048	77.207	170.841	231,59	12.000
21	135.249	23.159	25.092	246.115	79.732	166.383	231,59	12.000
22	136.763	23.159	26.551	242.724	82.164	160.560	231,59	12.000
23	138.077	23.159	28.064	237.819	84.537	153.282	231,59	12.000
24	139.185	23.159	29.485	231.493	86.701	144.792	231,59	12.000
25	140.116	23.159	30.836	223.816	88.555	135.261	231,59	12.000
26	140.888	23.159	32.072	214.903	90.286	124.617	231,59	12.000
27	141.475	23.159	33.178	204.885	91.812	113.073	231,59	12.000
28	141.940	23.159	34.187	193.857	93.172	100.686	231,59	12.000
29	142.289	23.159	35.066	181.950	94.262	87.689	231,59	12.000
30	142.600	23.159	35.794	169.316	95.045	74.271	231,59	12.000
31	142.811	23.159	36.424	156.052	95.843	60.209	231,59	12.000
32	142.969	23.159	37.076	142.135	96.561	45.574	231,59	12.000
33	143.081	23.159	37.549	127.745	97.038	30.708	231,59	12.000
34	142.805	23.159	37.975	112.930	97.420	15.510	231,59	12.000
35	142.532	23.159	38.374	97.716	97.716	-	231,59	12.000

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Approfondimento sul calcolo delle prestazioni vincolate per forme di finanziamento che prevedono la costituzione di accantonamenti (c.d. riserve)

Come mostrano gli esempi, i metodi di finanziamento più adatti ad un Secondo pilastro a copertura di una prestazione di LTC sono la ripartizione dei capitali di copertura e la capitalizzazione collettiva.

Per entrambi i metodi al termine di ogni anno è necessario accantonare un capitale a copertura dell'impegno preso, che dipende anche dal metodo di finanziamento e dal periodo di valutazione.

La variazione del capitale accantonato annualmente deve essere presa in considerazione per la rappresentazione dell'impegno dell'anno per le prestazioni di LTC, anche ai fini del calcolo delle risorse vincolate. Qualora la gestione del rischio fosse affidata a un gestore esterno (Fondi a gestione convenzionata), come di consueto, il premio/contributo versato al soggetto gestore costituisce il costo supportato. Qualora la prestazione fosse esclusivamente relativa al rischio LTC, tenendo conto di quanto detto in merito agli accantonamenti e degli esempi forniti, che sono al netto delle spese e dei caricamenti, l'intero contributo è da considerare risorsa impegnata per prestazioni vincolate.

Si riporta di seguito lo schema predisposto nelle linee guida.

Fondi Sanitari - Regole applicative dei principi attuariali e Linee guida per le valutazioni
Ordine degli Attuari

Schema di calcolo della soglia delle prestazioni vincolate:

Al fine di poter accedere al regime fiscale agevolato, i fondi o casse istituiti ai sensi dell'art. 51 TUIR devono trasmettere all'Anagrafe dei fondi sanitari entro il 31 luglio di ciascun anno la certificazione, a firma del legale rappresentante, che attesti il rispetto della soglia delle risorse vincolate, indicando, al netto delle spese generali:

- a) l'ammontare delle risorse impegnate che si riferiscono alle prestazioni cd. "vincolate";
- b) l'ammontare del totale delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti;
- c) la percentuale dell'importo di cui alla lett. a) sull'importo di cui alla lett. b).

Lo schema che segue consente, nel rispetto del dettato normativo, di evidenziare le diverse poste che compongono le grandezze indicate dal decreto Sacconi, secondo un modello flessibile, adattabile alle diverse modalità di gestione dei singoli fondi.

Risorse impegnate	Solo prestazioni vincolate	Tutte le prestazioni
Importi erogati	a1	b1
- Prestazioni liquidate	A1.1	B1,1
- Premi/Contributi (versati a soggetti esterni)	A1.2	B1,2
Variazioni Accantonamenti	a2	b2
- a riserva di senescenza	A2.2	B2.1
- a riserva premi	A2.2	B2.2
- a riserva sinistri	A2.3	B2.3
- a riserva di sicurezza	A2.4	B2.4
- a riserva matematica LTC	A2.5	B2.5
Totale risorse impegnate	A=a1+a2	B=b1+b2
CALCOLO SOGLIA	$C=(A/B) \cdot 100$	

Si ribadisce come il livello delle riserve debba essere coerente con le caratteristiche e l'andamento della gestione operativa del Fondo, con particolare riferimento alla consistenza della riserva di sicurezza, da mantenere entro limiti prefissati in considerazione degli importanti riflessi in termini di determinazione del livello dei contributi e delle prestazioni.

Il contributo della professione attuariale nella creazione di un sistema moderno
di welfare multi-pilastro per la non autosufficienza

Prendendo in considerazione l'esempio della tabella 10, la tabella all'anno 1 diventa:

Risorse impegnate	Solo prestazioni vincolate	Tutte le prestazioni
Importi erogati	a1	b1
- Prestazioni liquidate - Premi/Contributi (versati a soggetti esterni)	894	894
Variazioni Accantonamenti	a2	b2
- a riserva di senescenza - a riserva premi - a riserva sinistri - a riserva di sicurezza - a riserva matematica LTC	22.266	22.266
Totale risorse impegnate	23.160	23.160
CALCOLO SOGLIA	100%	