

Allegato alla pubblicazione Mefop Prospettive n. 4
Autorizzazione del Tribunale di Roma n. 198 del 9/5/2000

22

La gestione del rischio nei fondi sanitari integrativi

A cura di Maria Dilorenzo e Mauro Marè

LA GESTIONE DEL RISCHIO
NEI FONDI SANITARI INTEGRATIVI

MEFOP S.P.A.

INDICE

Prefazione - Il processo di gestione del rischio nei fondi sanitari, <i>Maria Dilorenzo e Mauro Marè</i>	p. 5
I. LA FASE PRELIMINARE DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO	15
Le determinanti della scelta del modello di gestione del rischio, <i>Antonella Rocco</i>	17
L'analisi della platea degli assistiti, la mappatura dei fabbisogni assistenziali e la compatibilità con i vincoli di bilancio, <i>Alessandra Morgante</i>	29
II. IL PROCESSO DI ESTERNALIZZAZIONE DEL RISCHIO	41
I processi di esternalizzazione dei fondi sanitari e il contratto di gestione del rischio sanitario: riflessioni per la <i>best practice</i> , <i>Damiana Mastantuono</i>	43
Il processo di selezione del gestore assicurativo, <i>Fabio Baione e Paolo De Angelis</i>	55
III. IL BILANCIO TECNICO	69
Il ruolo del bilancio tecnico nei fondi autoassicurati, <i>Gennaro Olivieri, Paola Fersini, Laura Brusco e Filippo Olivieri</i>	71
IV. LA GESTIONE FINANZIARIA DELLE RISORSE	87
Il processo di gestione finanziaria dei fondi sanitari,	89

Giuseppe Patriossi

Il rischio nella gestione dei fondi sanitari, *Silvio Bencini* 101

V. LA FASE DI VERIFICA 115

Criteri per il controllo di gestione e per i processi di *risk management*, *Fabio Baione e Paolo De Angelis* 117

MARIA DILORENZO E MAURO MARÈ¹

PREFAZIONE

Il processo di gestione del rischio nei fondi sanitari

L'Italia ha registrato nell'ultimo secolo un considerevole allungamento della speranza di vita e una persistente riduzione del tasso di natalità, che ha finito per provocare un ribaltamento della piramide dell'età. All'accrescimento dell'aspettativa di vita non è però corrisposto un medesimo incremento degli indicatori relativi alle condizioni di vita in buona salute, come evidenziato dal rapporto Bes 2018².

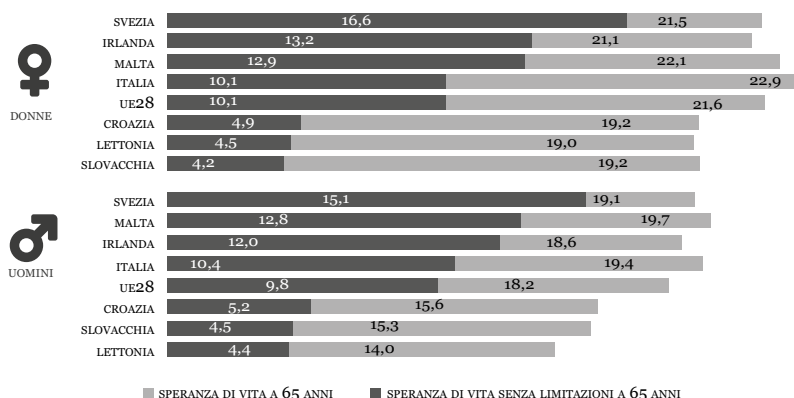
Per gli uomini l'indicatore relativo alla speranza vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, pur mantenendosi sopra la media europea, ha perso posizioni, collocandosi ben al sotto del paese più virtuoso (la Svezia, con 15,1 anni, rispetto ai 10,4 dell'Italia); migliore la situazione per le donne con un valore dell'indicatore in linea con la media europea (10,1 anni) (cfr. figura 1).

Alle trasformazioni demografiche si sono inevitabilmente associati profondi cambiamenti delle condizioni di salute della popolazione con un progressivo incremento di soggetti affetti da patologie cronico-degenerative, in stato di non autosufficienza o con limitazioni generiche nelle attività quotidiane, che ha finito per gravare in modo significativo sulle risorse già limitate a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn). Anche il perdurare della crisi economica, che ha contribuito all'impovertimento delle famiglie e all'allargamento della cosiddetta «fascia grigia» di popolazione che non dispone di reddito sufficiente per poter accedere alla sanità privata, ha determinato un incremento di

¹ *Mefop Spa.*

² Istat, 2018, *Rapporto Bes 2018: il benessere equo e sostenibile in Italia.*

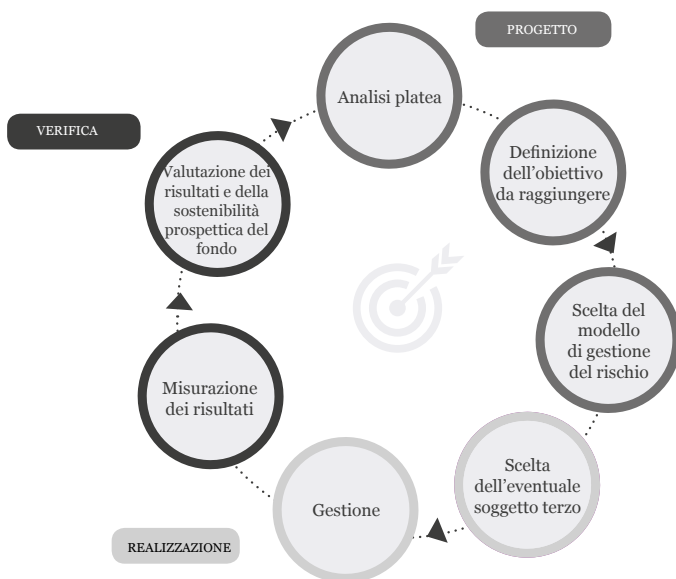
FIG. 1 *Speranza di vita a 65 anni e speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni in alcuni paesi Ue28. Anno 2016. In anni*



Fonte: Istat. Elaborazioni su dati Eurostat.

richieste di accesso al Ssn e, in alcuni casi, la diffusione di un fenomeno di «rinuncia alle cure», dinamiche comunque destinate a gravare, oggi o in futuro, sulle risorse pubbliche. Il Ssn è inoltre chiamato a soddisfare le crescenti aspettative dei cittadini in termini di qualità del servizio e di tempi di erogazione, nonché a far fronte alle continue e costose innovazioni scientifiche e tecnologiche che caratterizzano l'ambito medico-sanitario. Tali dinamiche hanno determinato un generale innalzamento dei costi di assistenza che, combinati con la progressiva riduzione delle risorse pubbliche destinate alla sanità, ha finito per mettere in seria discussione la capacità del Ssn di far fronte a tali maggiori esigenze in modo efficiente ed efficace. In questo scenario, risulta oltremodo necessario avviare una proficua collaborazione tra soggetti pubblici e privati nell'elaborazione e nella realizzazione di proposte di assistenza sanitaria integrativa volte a soddisfare i nuovi bisogni dei cittadini e a razionalizzare l'intervento pubblico. Dato il contesto descritto, l'obiettivo della sanità integrativa dovrebbe essere quello di affiancarsi al Ssn intervenendo, ove necessario, attraverso

FIG. 2 Un'ipotesi di processo di gestione del rischio di un fondo sanitario.



l'erogazione di tre tipologie di prestazioni:

- integrative o aggiuntive extra Lea (in particolare quindi prestazioni socio sanitarie, odontoiatria e cure non convenzionali e in futuro tutto quanto sarà escluso dai Lea);
- integrative e complementari (intendendosi convenzionalmente attività libero professionale intramoenia e compartecipazioni alla spesa quali ticket e differenza retta per maggior comfort alberghiero);
- sostitutive o duplicative (intendendosi tutte le prestazioni erogate o erogabili dal Ssn ma che a causa dei lunghi tempi di attesa potrebbero essere scarsamente accessibili e che vengono, quindi, effettuate dai cittadini nel circuito sanitario privato, anche per maggiore libertà di scelta riguardo il professionista e la struttura; riguardano prevalentemente visite mediche specialistiche e diagnostica).

Mefop si è impegnata da anni nell'organizzazione di momenti di

confronto tra i diversi *stakeholder* della sanità integrativa al fine di stimolare il dibattito sul ruolo di quest'ultima e individuare le *best practices* del settore. Nel corso di questi momenti di confronto si è riflettuto a lungo sulla modalità più idonea a raggiungere l'obiettivo del fondo sanitario di erogare le prestazioni. In particolare il dibattito si è concentrato sulla strutturazione del processo di gestione del rischio al fine di garantire la corretta gestione delle risorse a disposizione del fondo. In un fondo sanitario tale attività è identificata come quell'insieme di azioni finalizzate all'erogazione delle prestazioni sanitarie (cfr. figura 2).

Il processo di gestione del rischio dovrebbe includere una fase progettuale, presieduta dall'organo direttivo, il cui scopo è di identificare l'obiettivo del fondo e la modalità di raggiungimento più idonea, individuare le caratteristiche della platea di riferimento, mappati i fabbisogni assistenziali e considerata la strutturazione interna dell'ente. In questa fase il fondo è chiamato a definire il piano sanitario ovvero quel documento di programmazione di tutti gli interventi di assistenza integrativa che l'ente si impegna a offrire a favore degli iscritti, tenendo in opportuna considerazione le risorse a disposizione nonché gli ambiti già coperti adeguatamente dal Ssn. Da una congrua identificazione del piano sanitario discende un'attività operativa e analitica indirizzata alla definizione di tutti gli interventi necessari a realizzarlo, *in primis* le prestazioni da erogare e i servizi da fornire. Tale attività richiede capacità variegata e la collaborazione tra più figure e competenze (esperto sanitario, esperto attuariale, etc...). La valutazione del fabbisogno assistenziale degli iscritti deve essere assicurata in questa fase e tempo per tempo allo scopo di determinarne l'eventuale revisione. A tal fine è necessario che i fondi si organizzino per conservare ed elaborare i dati sulle prestazioni e i servizi effettivamente utilizzati e si attivino per sollecitare la valutazione di gradimento di questi ultimi. Dalla corretta definizione del piano sanitario e degli interventi previsti nel nomenclatore delle prestazioni discendono le scelte del fondo

sanitario in merito all'opportunità di una eventuale esternalizzazione del rischio sanitario, alla definizione delle procedure di selezione degli *outsourcers* nonché all'esatta individuazione dell'oggetto delle convenzioni tra fondo e soggetto terzo, attività afferenti alla cosiddetta «fase di realizzazione». La scelta in merito alla gestione del rischio sanitario deve tener conto di diversi fattori legati alla definizione del piano sanitario ma anche alla possibile strutturazione dell'assetto interno del fondo e alla capacità di controllo del rischio. Tale scelta può ricadere essenzialmente su 3 opzioni, ciascuna con proprie specificità, vantaggi e svantaggi: assicurazione, autoassicurazione e modello misto.

Il primo schema prevede che il fondo deleghi totalmente l'attività di gestione del rischio ad un soggetto terzo, generalmente un'assicurazione, mantenendo però in capo a sé la responsabilità nei confronti degli iscritti. Risulta fondamentale in questo ambito la selezione dell'*outsourcer* che deve essere preceduta da una corretta valutazione del servizio che si intende affidare. Questa fase di analisi verrà utilizzata dal fondo sanitario per la redazione del capitolato di servizi da esternalizzare, per l'identificazione della miglior procedura di selezione e per la strutturazione di un processo trasparente, chiaro e ispirato a criteri oggettivi. Per quanto possibile, i fondi sanitari che intendono esternalizzare la gestione del rischio si impegnano a assicurare un processo di selezione e valutazione ispirato ai principi di legalità, prevenzione dei conflitti di interesse, correttezza formale, trasparenza ed efficienza. In questa fase è fondamentale che il fondo si doti di soggetti di comprovata professionalità e competenza in ambito legale e attuariale. Anche in caso di esternalizzazione dell'attività di gestione del rischio la presenza di tale funzione risulta infatti fondamentale per una corretta valutazione di ciò che viene affidato all'esterno (ad esempio per l'analisi del preventivo offerto dall'assicuratore). È essenziale che la convenzione di gestione assicurativa contenga previsioni puntuali sugli obblighi dell'*outsourcer*. A tal fine è importante la chiarezza delle condizioni contrattuali: dalla conservazione e dall'invio tempestivo al

fondo sanitario di tutti i dati gestiti dall'*outsourcer* ma di titolarità del fondo all'attività di confronto periodico con le strutture deputate alla gestione e al monitoraggio dell'esternalizzazione. È in questa fase che il fondo può contrattare l'eventuale ristorno di parte del premio assicurativo a suo favore, in considerazione dei risultati economici dell'andamento complessivo del contratto. Tale schema, se annovera tra i vantaggi quello della minore complessità sotto il profilo tecnico/amministrativo e gestionale e della certezza del costo della copertura, può però comportare una minore possibilità di personalizzazione della stessa, oltre che un costo generalmente più elevato (se consideriamo il solo costo della copertura) e la generazione di un rischio di controparte.

Nel modello autoassicurato l'ente mantiene in capo a sé la gestione del rischio sanitario. Sarà dunque fondamentale che si strutturi in modo tale da garantire un capillare presidio dei rischi a tutela della sostenibilità del fondo e dell'impegno assunto nei confronti degli iscritti. Per tale ragione è necessario che i fondi sanitari gestiscano il patrimonio strutturando un processo d'investimento il cui punto di partenza è rappresentato dall'analisi delle passività attuali e prospettiche per individuare gli obiettivi e l'orizzonte temporale della gestione finanziaria, con riferimento sia alla componente a riserva (tipicamente orientata al medio termine, per la quale l'obiettivo primario è la conservazione del valore reale del patrimonio) sia all'ottimizzazione della gestione dei flussi di cassa annuali (tipicamente nel breve periodo allo scopo di far fronte all'erogazione dei rimborsi e al pagamento delle spese di gestione dell'esercizio in corso). Per quanto concerne la politica d'impiego delle risorse, i fondi sanitari sono chiamati a valutare la modalità gestionale più adeguata (diretta vs. delegata) tenendo conto della propria dimensione, della struttura di *governance* e del grado di complessità della gestione. Tra i vantaggi tale schema permette di personalizzare la copertura sulla base delle effettive esigenze della platea di riferimento, di sfruttare al meglio i benefici della mutualità legati alla collettività oltre che garantire un monitoraggio efficace dei

rischi. Tra gli svantaggi vi sono sicuramente la maggiore complessità sotto il profilo tecnico/amministrativo e gestionale, nonché la presenza in capo al fondo del rischio legato ad eventuali «previsioni errate» del costo legato alle coperture.

Il modello misto fa riferimento a tutti quei fondi che manifestano la volontà di gestire il rischio attraverso una modalità intermedia tra le due descritte in precedenza e si esplicita nelle forme più varie. In generale tale modello si manifesta attraverso una gestione autoassicurata e il trasferimento ad un soggetto terzo di rischi che, per ragioni legate alla frequenza del sinistro o all'importo erogabile, potrebbero pregiudicare la stabilità del fondo. Tale modello, se opportunamente costruito, permette di massimizzare i vantaggi legati ai due schemi precedentemente analizzati. La scelta relativa alla modalità di gestione del rischio è intrapresa nel momento di costituzione del fondo ma può essere modificata successivamente sulla base delle dinamiche evolutive e delle valutazioni evidenziate nella «fase di verifica». Non è insolita la scelta del fondo sanitario di approntare la gestione con un modello assicurativo per poi evolvere nella direzione dell'autoassicurazione o del modello misto una volta accumulato patrimonio, *know-how* e dati quantitativi per assicurare il corretto presidio dei rischi. La fase conclusiva del processo è finalizzata a verificare che gli obiettivi individuati nella «fase progettuale» siano stati raggiunti ed è funzionale a capire se e quali azioni correttive siano necessarie per il processo. Tale attività si caratterizza per due macro-tipologie di controlli, di tipo qualitativo e di tipo quantitativo. La prima, comune a tutti i modelli, fa riferimento alla verifica della corrispondenza tra le esigenze degli iscritti al fondo e le prestazioni previste dal piano sanitario al fine di verificare che le coperture previste dal fondo corrispondano effettivamente a quanto osservato e stimato attraverso l'analisi delle caratteristiche della popolazione di riferimento, tanto più se il fondo è rivolto ad un gruppo chiuso. A tale tipologia di controlli fanno riferimento anche quelli volti a verificare l'operato degli eventuali *outsourcer* del

fondo in termini di adempimento a quanto previsto all'interno delle convenzioni. La seconda tipologia di controlli, prettamente quantitativa, è finalizzata a verificare la sostenibilità del fondo sanitario. Tale attività, fondamentale per i fondi autoassicurati o con modelli misti, è importante anche per i fondi assicurati, in particolare nei casi in cui si stia valutando un eventuale internalizzazione del rischio. In questa fase risulta cruciale la presenza di competenze di natura attuariale. È infatti questo il momento di verificare che gli impegni che il fondo ha assunto nei confronti dei propri aderenti siano effettivamente stati raggiunti. È questa la fase di «controllo di gestione» nel corso della quale il fondo sanitario è chiamato a verificare, tramite opportuni strumenti a sostegno dell'analisi, se e in che modo sia stato in grado di erogare le prestazioni nei confronti dei propri aderenti e di apporre le opportune modifiche al piano sanitario qualora fossero emerse criticità. Le leve a tal fine disponibili sono diverse:

- rivisitazione del perimetro delle coperture o dell'area di risarcimento attraverso la previsione di limitazioni e di compartecipazione dell'iscritto al rischio quali periodi di carenza, franchigie e scoperti;
- rivisitazione del sistema di erogazione delle prestazioni: attività di *benchmarking* sul costo delle prestazioni e rinegoziazione con i centri convenzionati tramite azioni sistematiche di monitoraggio e controllo dei costi e una forte canalizzazione presso strutture convenzionate;
- cessione ad un soggetto terzo di particolari tipologie di rischio troppo costose da gestire internamente;
- richiesta di integrazione dei contributi: l'incremento, tuttavia, potrebbe non corrispondere ai desiderata degli iscritti, anche alla luce della funzione assistenziale assolta dai fondi.

L'obiettivo della seguente pubblicazione è quello di analizzare nel dettaglio tutte le fasi del processo sinteticamente descritte con l'obiettivo di avanzare una proposta di «processo di gestione del rischio» strutturata e coerente con la complessità che caratterizza la gestione dei fondi sanitari integrativi.

Il primo capitolo, a cura di Alessandra Morgante e Antonella Rocco, dopo aver analizzato il tema della scelta del modello di gestione del rischio attraverso un'analisi dettagliata dei vantaggi e svantaggi di ciascuna scelta, passa in rassegna le analisi quali-quantitative necessarie per l'identificazione dei fabbisogni dei propri assistiti, allo scopo di costruire una proposta di assistenza adeguata alle caratteristiche degli aderenti al fondo e coerente con i vincoli di bilancio dello stesso.

Nel secondo capitolo sono analizzate tutte le attività da porre in essere nel caso di adozione di un modello assicurato o misto.

Nel primo paragrafo, a cura di Damiana Mastantuono, sono analizzate le caratteristiche dei processi di esternalizzazione delle attività tipiche e atipiche di un fondo sanitario con un particolare *focus* sull'*outsourcing* della gestione del rischio sanitario dal punto di vista organizzativo, giuridico e di *governance*.

Nel secondo paragrafo, a cura di Fabio Baione e Paolo De Angelis, si analizzano i diversi passaggi del processo di selezione del gestore: dall'analisi dei bisogni assicurativi della collettività al confronto tra i premi assicurativi e le prestazioni sanitarie offerte, dalla costruzione del questionario informativo all'attribuzione dei relativi punteggi, dalla definizione del contenuto delle convenzioni e delle clausole di *profit sharing* al monitoraggio periodico della convenzione assicurativa.

Nel terzo capitolo, a cura di Gennaro Olivieri, Paola Fersini, Laura Brusco e Filippo Olivieri, vengono affrontati gli aspetti legati alla gestione tecnica del rischio in un modello autoassicurato e analizzati gli strumenti di analisi e quantificazione del rischio al fine di garantire la sostenibilità del fondo.

Il quarto capitolo affronta il tema della gestione finanziaria delle risorse a disposizione del fondo.

Il primo paragrafo, a cura di Giuseppe Patriossi, analizza il processo di investimento di un fondo sanitario ai fini del raggiungimento dello scopo di erogare prestazioni in favore degli iscritti: dalla definizione degli obiettivi e quindi della passività da coprire all'implementazione

della strategia e al controllo della gestione finanziaria.

Nel secondo paragrafo, a cura di Silvio Bencini, l'attenzione è rivolta agli strumenti per il monitoraggio del rischio di portafoglio in un'ottica *ex ante* e *ex post*.

Nel quinto capitolo, a cura di Fabio Baglione e Paolo De Angelis, vengono analizzati i criteri per il controllo di gestione del fondo al fine di identificare un set di indicatori tecnici per la costruzione di un sistema di monitoraggio di facile lettura ed interpretazione per il *board* di un fondo sanitario, utile a valutare l'adozione di eventuali interventi correttivi.

LA FASE PRELIMINARE DEL PROCESSO
DI GESTIONE DEL RISCHIO

LE DETERMINANTI DELLA SCELTA DEL MODELLO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Premessa

In analogia a quanto avviene per la previdenza, nel nostro Paese anche l'assistenza sanitaria si esplica attraverso un sistema a «tre pilastri», che sono:

- sanità pubblica;
- sanità collettiva integrativa privata;
- sanità individuale.

La sanità pubblica riguarda, chiaramente, l'erogazione delle prestazioni di base, per le quali si prendono a riferimento i cosiddetti Lea (Livelli Essenziali di Assistenza), ovvero quelle prestazioni e quei servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

In un contesto di sanità pubblica che, però, negli anni (soprattutto più recentemente) si è fortemente modificato e ha progressivamente evidenziato i suoi limiti, si è fatta strada la consapevolezza del bisogno di affiancare la sanità pubblica con forme di assistenza «integrative».

La spesa pubblica per la sanità è infatti diminuita gradualmente negli ultimi anni, generando un aumento del costo dei ticket e una riduzione dei servizi interamente gratuiti forniti dal Ssn.

La chiusura di numerose strutture ospedaliere e diagnostiche pubbliche e il ridotto numero di posti letto – molto inferiore rispetto al resto d'Europa – non ha fatto altro che allungare le liste d'attesa in

¹ *Orion Studio Attuariale Associato.*

modo spesso insostenibile, sia per l'ente pubblico che per il cittadino bisognoso di cure mediche.

In tale situazione, quindi, la sanità integrativa non sostituisce l'attività erogata dalle strutture pubbliche ma ha principalmente un ruolo di «supporto» e – per così dire – «alleggerimento» degli oneri del Ssn, il quale risente sempre di più del progressivo invecchiamento della popolazione.

Gli sforzi comuni, quindi, dovrebbero indirizzarsi affinché le risorse pubbliche così liberate vengano impiegate verso la ricerca e la gestione di quegli istituti, reparti e servizi, attraverso i quali solo il Pubblico può garantire il diritto alla tutela della salute universale previsto dalla Carta Costituzionale (art. 32).

«La situazione italiana è, in un certo senso, una situazione *sui generis*. Fino ai primi anni 2000 il comparto dell'assicurazione sanitaria privata era residuale, in termini di numero di enti che svolgevano questa funzione, di assistiti e di una limitata dimensione di risorse gestite. Il panorama era occupato dalle imprese di assicurazione e dalle polizze malattia/infortuni possedute da un numero limitato di persone, da fondi sanitari e casse di categoria soprattutto quelli riservati ai dipendenti apicali delle imprese private (ad es. il Fasi per i dirigenti dell'industria, il Fasdac per quelli del commercio) e, in via eccezionale, di alcuni enti pubblici (ad es. la Banca d'Italia). Questa situazione si rifletteva nella bassa percentuale di spesa sanitaria privata che era intermediata dagli enti assicurativi o terzi paganti di vario tipo. In sostanza: c'era il Ssn (l'odontoiatria pubblica era minimale) per tutto e per tutti, una piccola quota di popolazione era garantita da soluzioni private occupazionali, a causa di minor possibilità di scelta e di inefficienze nell'erogazione dei servizi da parte del Ssn, quasi tutti i cittadini si rivolgevano a pagamento per alcune prestazioni e più o meno tutti pagavano i ticket. In questo contesto la questione del modello istituzionale secondo cui si evolveva o si sarebbe dovuta evolvere la componente privata non era ne strategica, ne pervasiva negli effetti generati, ne di dimensioni tali

da esigere una valutazione a tutto campo tecnica e politica²».

Allo stato attuale, le prestazioni fornite dalla Sanità integrativa – di fianco a quelle previste dal Ssn – sono così definibili, rispetto al parametro di riferimento rappresentato – come detto – dai Lea:

- integrative (o complementari – fondi doc);
- aggiuntive (o supplementari – fondi non doc);
- sostitutive (o duplicative – fondi non doc).

In particolare, quando si parla di forme di sanità INTEGRATIVA si fa riferimento a prestazioni non contemplate o non rientranti nella copertura pubblica (ad esempio, quelle escluse dai Lea), mentre le forme AGGIUNTIVE sono finalizzate ad assicurare i *gap* di copertura dell'assicurazione pubblica (ad esempio, i ticket e le camere a pagamento). In tal caso, la prestazione (accertamento diagnostico, ricovero, intervento chirurgico) fa parte della copertura pubblica, ma c'è una quota residuale di costo (ticket) o di spesa per le prestazioni di contorno o di tipo ancillare rispetto alla prestazione pubblica (ricovero pubblico ma camera a pagamento) che rimane a carico dell'utente.

La forma SOSTITUTIVA, infine, garantisce servizi e prestazioni private tali da potersi sostituire all'assicurazione pubblica, senza comportare l'uscita dal settore pubblico o la mancata contribuzione allo stesso. Non è necessario che il sistema privato sia perfettamente duplicativo; può riguardare, infatti, solo una parte delle prestazioni e il punto è che tali prestazioni, quali o quante che siano, sono tali da poter sostituire quelle presenti nelle garanzie pubbliche primarie.

Nel panorama di riferimento attuale, le principali strutture preposte all'erogazione delle prestazioni sanitarie così classificate sono principalmente le compagnie di assicurazione e i cosiddetti fondi sanitari (che possono essere enti, aziende, associazioni, società di mutuo soccorso). Le prime sono ovviamente presenti sul mercato sanitario già da tempo, quindi sono caratterizzate da una capacità gestionale consolidata. In

² Piperno, 2017, «La previdenza sanitaria integrativa».

particolar modo negli ultimi anni si sono affermate compagnie aventi sempre maggiore specializzazione nelle polizze sanitarie, che hanno sviluppato sensibilmente il settore delle coperture collettive aziendali (anche grazie al coinvolgimento del sindacato dei lavoratori: in buona parte dei contratti collettivi di lavoro è stata infatti inserita la previsione di una contribuzione per una copertura integrativa sanitaria, spesso con l'istituzione di un apposito fondo), e specializzate quindi principalmente in polizze malattia (individuali o collettive) e polizze *long term care*.

In contrapposizione all'attività delle compagnie di assicurazione, caratterizzata dall'esigenza di trarre dei profitti, i fondi sanitari si presentano come realtà senza scopo di lucro, caratteristica che consente a tali strutture di favorire gli iscritti abolendo forme di selezione per età e sesso, di selezione dei rischi sanitari, di discriminazione nei premi da pagare e di concorrenza con Ssn.

Senza entrare nel dettaglio normativo inerente la costituzione e classificazione dei fondi sanitari integrativi, possiamo dire che dal punto di vista gestionale i fondi pensione sanitari integrativi possono essere:

- autogestiti dagli organismi che li hanno istituiti;
- autogestiti avvalendosi di servizi amministrativi esterni;
- affidati in gestione mediante convenzione con apposite istituzioni pubbliche e private.

In particolare, il sistema italiano si caratterizza per l'esistenza di fondi che trasferiscono integralmente il rischio a compagnie di assicurazione (gestione assicurativa) e fondi che, invece, gestiscono direttamente le prestazioni, finanziandole con i contributi incassati al netto delle spese (autogestione o autoassicurazione).

Sono possibili anche soluzioni intermedie, nelle quali, per esempio, è previsto il trasferimento delle punte di rischio relative ad eventi con bassa frequenza e costo elevato oppure il trasferimento del rischio relativo alla variazione della sinistrosità, conseguenti ad un incremento non previsto della frequenza piuttosto che del costo medio.

Ai fini del presente lavoro, quindi, sono presi in considerazione i tre diversi modelli di gestione dei fondi sanitari:

- modello autoassicurativo (gestione diretta);
- modello assicurativo (gestione convenzionata);
- modello misto.

e sono analizzate le principali caratteristiche, con l'obiettivo di individuare i vantaggi e gli svantaggi insiti in ciascuno di essi.

In particolare, l'analisi riguarda 3 aspetti, quello «tecnico», quello «gestionale» e quello «economico», con la finalità di analizzare i rischi e così di definire i criteri che maggiormente possano pesare nella scelta della gestione più idonea alle varie situazioni.

Il modello autoassicurativo

Partendo dalla gestione cosiddetta autoassicurativa, possiamo innanzi tutto affermare che le caratteristiche essenziali di tale gestione sono:

- il connubio di mutualità e solidarietà;
- la necessità di gestire il rischio;
- l'individuazione del sistema finanziario.

Dal punto di vista tecnico, la gestione autoassicurativa delle prestazioni erogate consente al fondo di:

- attuare forme di mutualità e solidarietà assicurativa, la prima propria delle assicurazioni (all'interno di gruppi omogenei di rischi) e la seconda quale valore aggiunto derivante dalle caratteristiche delle collettività assicurate nel contesto dei fondi sanitari (nell'ambito dell'eterogeneità del collettivo nel suo complesso);

- modificare in autonomia i piani sanitari offerti per adeguarli alle esigenze degli assicurati – emerse o variate nel corso del tempo – senza attendere la scadenza della convenzione assicurativa.

La gestione autoassicurativa del rischio e – quindi – il complesso

di attività svolte a tale scopo, comportano certamente il vantaggio di consolidare il rapporto con gli iscritti, mediante il ricorso a una molteplicità di canali comunicativi opportunamente costituiti, e di consentire interventi tempestivi finalizzati al miglioramento della qualità del servizio (attraverso l'inserimento di nuovi canali di comunicazione o l'implementazione di quelli già esistenti). Peraltro, l'accesso diretto ai dati rende più agevole, in qualunque momento, il monitoraggio dell'andamento della gestione, attraverso l'opportuna analisi ed elaborazione di tutte le informazioni raccolte. In alcuni casi, inoltre, i fondi possono sfruttare, in parte, la struttura e le capacità organizzative già collaudate e acquisite nella gestione della previdenza (se presente).

Dal punto di vista dei costi, la già evidenziata mancanza di scopi di lucro consente al fondo sanitario di fornire le stesse prestazioni a un costo più contenuto rispetto a una forma assicurata, non essendoci la necessità di produrre margini di guadagno che comportano, inevitabilmente, un caricamento dei premi assicurativi. Contestualmente, il fondo può avvalersi della possibilità di gestire gli eventuali accantonamenti/riserve con tecniche di *Alm - Asset Liability Management* (con l'obiettivo di ottimizzare gli investimenti delle somme disponibili in funzione delle necessità proprie della gestione) e di «reimpiegare» gli eventuali utili tecnici per migliorare il servizio offerto o per ridurre i costi. Le risorse versate ad un fondo a gestione autonoma, avente esclusivamente finalità assistenziale, restano infatti a disposizione di future necessità degli assistiti, potendo far fronte ad eventuali andamenti tecnici non equilibrati o essere utilizzate per migliorare la copertura.

In contrapposizione ai potenziali aspetti positivi in precedenza evidenziati, sono individuabili diverse criticità di natura tecnica, gestionale ed economica, derivanti dalla necessità di gestire direttamente le prestazioni, e quindi il rischio. Tecnicamente, infatti, la gestione autoassicurativa comporta la necessità di pervenire ad un'adeguata conoscenza dei comportamenti della collettività assicurata in relazione all'evento coperto (sia sotto il profilo quantitativo sia con riferimento

ad un idoneo intervallo temporale), di effettuare stime periodiche di livelli di contribuzione (proporzionati alle caratteristiche del collettivo, alle coperture offerte e alla sinistrosità) e di effettuare valutazioni periodiche di sostenibilità secondo un approccio «*risk capital based*» - che consenta di valutare la distribuzione di probabilità della variabile aleatoria patrimonio (ovvero saldo tecnico ovvero saldo di gestione) tenendo conto dei fattori di rischio sottostanti (evoluzione del collettivo, ammontare della contribuzione, andamento della sinistrosità, costo dei sinistri).

Tutte queste attività comportano, ovviamente, sia dei problemi di tipo gestionale che di natura prettamente economica.

Le criticità di natura operativa sono essenzialmente riconducibili alla necessità di costituire:

- una struttura organizzativa, adeguata sia professionalmente che «dimensionalmente»;
- idonei modelli gestionali (esempio: gestione delle comunicazioni agli iscritti, gestione delle adesioni, gestione delle richieste di rimborso, gestione contabile, *budget* e controllo di gestione, etc.);
- un modello di *governance* (organi di amministrazione e controllo);
- un *network* convenzionato (in questo può essere prevista l'acquisizione di un *network* già esistente);
- una commissione medica.

I costi connessi alle predette attività possono essere di entità variabile, rappresentano un costo iniziale rilevante e in alcuni casi possono essere correlati alla dimensione della platea assicurata, quindi avere un peso maggiore o minore a seconda della collettività assicurata.

In definitiva, le maggiori potenzialità insite nel modello gestionale autoassicurativo sono rappresentate dalla possibilità di assicurare rischi che la Compagnia non assumerebbe o assumerebbe a costi molto più alti/eccessivi (con un evidente ritorno per gli iscritti), e dal contatto con gli associati, verso i quali il fondo si pone quindi come una sorta

di «tutore». Chiaramente questo tipo di gestione si presenta complessa sotto tutti i punti di vista, in particolar modo dal punto di vista sia tecnico, giacché il fondo si assume il rischio di previsioni errate, che gestionale, in quanto la conoscenza del comportamento «sanitario» della collettività rende essenziale la costruzione di una struttura *ad hoc*, costituita, organizzata e adeguata nel tempo in funzione delle specifiche caratteristiche e esigenze della gestione.

Il modello assicurativo

L'analisi testé fatta sui vantaggi e gli svantaggi della gestione autoassicurativa consente di individuare e valutare più facilmente quelle che sono le analoghe principali caratteristiche della gestione assicurata.

Dal punto di vista tecnico è evidente che il totale trasferimento del rischio rappresenta una notevole semplificazione operativa, anche per la conseguente mancata necessità di disporre di un *risk capital*.

Il ricorso ad una struttura già esistente e consolidata rappresenta un vantaggio gestionale evidente, essendo già costituiti i vari modelli, il *network* di convenzioni e le commissioni mediche, oltre al fatto che non è necessario creare una struttura organizzativa e di *governance ad hoc*. L'utilizzo di una struttura già esistente e operativa consente peraltro l'eliminazione di tutti i costi connessi alla sua eventuale costituzione (soprattutto in una fase iniziale), senza dimenticare che il costo della convenzione è stabilito a priori al momento della sottoscrizione e rimane valido per tutta la durata della convenzione stessa.

La gestione assicurata è però inevitabilmente caratterizzata da una minore capacità del fondo di personalizzare la copertura offerta in funzione delle caratteristiche proprie della collettività assicurata (anche in relazione ad una oggettiva scarsità di offerte sul mercato assicurativo per la scelta della convenzione); inoltre, la mancata possibilità di usufruire dei vantaggi derivanti dalla solidarietà assicurativa e il rischio

della controparte rappresentano, in linea generale, gli svantaggi tecnici insiti in questo tipo di gestione.

Peraltro, il mancato o comunque ridotto contatto con gli iscritti e, conseguentemente, la limitata conoscenza del livello dei rischi assicurati limitano la «qualità» del lavoro del fondo, rivolto principalmente alla ricerca dell'offerta assicurativa più vantaggiosa presente sul mercato. L'analisi di mercato diventa infatti essenziale, tenuto conto che la gestione assicurata comporta un costo della copertura più elevato, oltre alla potenziale totale assenza (o differimento) di retrocessione di eventuali utili tecnici da parte della Compagnia, che – come già evidenziato - altrimenti il fondo avrebbe potuto utilizzare per migliorare la gestione o le coperture offerte agli iscritti.

In sintesi, il modello gestionale assicurato è caratterizzato dai vantaggi derivanti dall'esternalizzazione del rischio, dalla predeterminazione di spese e costi, e dal trasferimento di oneri organizzativi e amministrativi a carico della Compagnia; per tali ragioni, tale soluzione è da ritenersi più adatta per piccole collettività o per fondi all'inizio dell'attività. Di contro, la gestione assicurata impone una periodica revisione del costo della prestazione, comporta costi (benché certi) più elevati e limita fortemente la personalizzazione delle coperture rispetto al comportamento sanitario degli assicurati (attualmente peraltro non tutti gli eventi possono essere assicurati).

È opportuno anche far presente che a parte qualche eccezione di coperture sanitarie integrative solidaristicamente garantite anche al lavoratore che va in quiescenza, la maggior parte dei fondi gestiti con modello assicurato è rivolta solo ai lavoratori attivi. In questo caso, in partenza, c'è una sostanziale equiparazione tra la proposta assicurativa e quella dei fondi in quanto la copertura è garantita a tutti i dipendenti senza alcuna discriminazione rispetto alle eventuali patologie degli stessi.

Tuttavia la differenza è evidente al termine del periodo di attività lavorativa, in quanto l'iscritto ad un fondo affidato in gestione ad una

compagnia assicurativa perde, solitamente, la possibilità di mantenere la copertura del fondo stesso, mentre in una gestione di tipo autoassicurativo il fondo può decidere di mantenere l'iscritto associato – e quindi assistito – «per tutta la vita», mantenendolo all'interno di un sistema di tutele e assistenza.

Per le caratteristiche suesposte è evidente che il modello autoassicurativo appare maggiormente idoneo per realtà di dimensioni medio grandi e con un'esperienza operativa consolidata sia nella gestione di «assicurati» che nell'erogazione di prestazioni.

Fondi di piccole dimensioni o di nuova/recente istituzione sono, infatti, più esposti ai rischi economici conseguenti ad andamenti della sinistrosità difformi da quelli ipotizzati nelle previsioni tecniche, di per sé meno «robuste», in ragione della difficoltà di costruire delle basi tecniche affidabili ed effettivamente riferibili alla platea interessata. In tali casi potrebbe essere necessario adottare comportamenti molto prudentziali che, prevedendo limitazioni significative all'accesso alle prestazioni e/o premi con un caricamento di sicurezza e/o accantonamenti non trascurabili, potrebbero, di fatto, annullare il vantaggio economico teorico dovuto all'utilizzo del modello autoassicurativo. Peraltro, il ricorso alle informazioni disponibili nelle grandi banche dati del mercato assicurativo e riassicurativo per la costruzione delle basi tecniche e un assiduo monitoraggio dei livelli di contribuzione e dei capitali accantonati potrebbero consentire di mitigare la rischiosità insita nella fase di avviamento di una nuova forma autoassicurativa.

Il modello misto

Alla luce di tali considerazioni, si può suggerire che una gestione di tipo misto consentirebbe, se ben individuata, di massimizzare i vantaggi e minimizzare le criticità insite nelle due tipologie di gestione descritte in precedenza.

Dal punto di vista dei vantaggi, si può quindi auspicare e ricercare, attraverso un ottimale «mix» dei due modelli gestionali:

- una efficace gestione della mutualità e solidarietà;
- l'utilizzo del controllo dei «sinistri punta»;
- un opportuno ricorso alla riassicurazione (*excess of loss* – su singolo sinistro & *stop loss* – su totale indennizzi).

Una gestione mista rappresenta un'alternativa intermedia senza dubbio valida anche nella fase di avviamento della forma sanitaria, con l'obiettivo di prevedere, ad esempio:

- l'attuazione, anche se parziale, di forme di mutualità e solidarietà (intercategoriale e intergenerazionale) assicurative;
- il ricorso alla riassicurazione per i rischi più elevati;
- la costituzione di un *risk capital* più contenuto;
- la gestione diretta delle pratiche e dei rimborsi al fine di arrivare in poco tempo alla raccolta di una base dati robusta.

In tale modo è quindi possibile pensare di creare un *mix* ottimale che, in relazione alle diverse situazioni e esigenze emerse, nonché degli obiettivi prefissati, consenta di massimizzare i vantaggi e minimizzare le citate criticità insite in entrambe le modalità di gestione.

- Nell'ambito delle alternative intermedie sono comprese anche possibili soluzioni «ibride» che prevedono l'appoggio presso forme già costituite, previa valutazione delle similarità delle platee assicurate e delle possibili sinergie ed economie di scala che potrebbero venirsi a realizzare. Tali soluzioni ibride sarebbero senz'altro utili in una fase di *start up* del progetto, al fine di acquisire una banca dati ad hoc robusta e, più in generale, di mitigare molte delle criticità relative alle due soluzioni estreme proposte, senza rinunciare totalmente ai vantaggi prospettati.

L'ANALISI DELLA PLATEA DEGLI ASSISTITI,
LA MAPPATURA DEI FABBISOGNI ASSISTENZIALI E
LA COMPATIBILITÀ CON I VINCOLI DI BILANCIO

Premessa

Per i fondi sanitari il rischio è legato al mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati. Pertanto, prima di progettare un nuovo fondo sanitario o di elaborare un intervento di modifica di uno già esistente è essenziale sviluppare un'adeguata conoscenza di tutto il contesto nel quale e per il quale si vuole agire, allo scopo di generare risultati positivi, efficaci ed ottimali.

Ciò prima di tutto per evitare lo scollamento del servizio offerto rispetto alle reali esigenze della platea *target*, ma anche per delineare un sistema che sia competitivo rispetto al mercato e fiscalmente efficace.

Un'adeguata conoscenza dei bisogni è indispensabile sia nella fase progettuale, sia nella fase di realizzazione e sia nella fase di verifica e monitoraggio.

Allo scopo di delineare il perimetro riguardante il settore di cui si sta trattando, si riporta di seguito un *focus* sulle forme di assistenza sanitaria integrativa operanti in Italia.

Compagnie di assicurazione:

Nel 2017 (fonte Ania) i gruppi di imprese di assicurazione che esercitano il ramo malattia sono 40, i primi 30 gruppi hanno raccolto la quasi totalità dei premi delle assicurazioni (99%), con un livello di concentrazione costante nel tempo. I primi 10 gruppi hanno raccolto l'88% del totale dei premi mentre quasi l'80% dei premi è stato rac-

¹ Orion Studio Attuariale Associato.

colto solo da 6 gruppi, i primi due con una percentuale superiore al 20% e la terza con quasi il 16%. Sempre nel 2017 il totale dei premi del ramo malattia è di € 2.704 mln.

Fondi sanitari integrativi del Ssn istituiti o adeguati ai sensi dell'art. 9 d.lgs. 502/1992 e s.m.i.:

In base a quanto risulta dall'Anagrafe istituita presso il Ministero della Salute, nel 2017 tali forme (Tipo A) sono 9.

Enti, Casse, Società di Mutuo Soccorso ex art. 51, comma 2 Tuir (d.p.r. 917/1986) aventi esclusivamente fini assistenziali:

In base a quanto risulta dall'Anagrafe istituita presso il Ministero della Salute, nel 2017 tali forme (Tipo B) sono 313.

È interessante anche evidenziare la probabile evoluzione del settore; a tal fine si riporta una possibile proiezione del numero di iscritti e assicurati per gli anni 2016-2025, desunta da «La previdenza sanitaria integrativa» – giugno 2017 di A. Piperno, che si fonda sull'assunzione di base secondo cui il mercato dei fondi sanitari e quello delle assicurazioni si trovano attualmente in posizioni differenti rispetto al rispettivo ciclo di vita: il mercato dei fondi è, infatti, in rapida crescita mentre quello delle assicurazioni sanitarie si trova in una fase matura e presenta perciò una crescita più contenuta.

In tale ottica si possono assumere i seguenti andamenti:

- numero di iscritti ai fondi sanitari: crescente con incidenza sul totale (fondi+assicurazioni) crescente nel tempo ma a tassi decrescenti e tendente pertanto verso una saturazione del mercato;
- numero di assicurati presso compagnie di assicurazione: crescente ma in maniera più contenuta rispetto a quella degli iscritti ai fondi, con incidenza del numero di assicurati sul totale decrescente.

La scelta del modello utilizzato rappresenta in misura adeguata l'andamento osservato del numero di iscritti ai fondi negli anni 2014-2015 ed è ulteriormente motivato dal fatto che l'aumento della quota di iscritti ai fondi è determinato in misura elevata dalle molteplici e sempre più frequenti iniziative di welfare aziendale. L'andamento

TAB. 1 *Iscritti e assicurati: dati osservati (2014-2015) e proiezioni (2016-2025)*

Anno	Anagrafe dei fondi		Imprese di assicurazione		Iscritti + Assicurati
	N. Iscritti	quota %	N. assicurati	quota %	Numerosità totale
2014	7.493.824	81,0	1.755.000	19,0	9.248.824
2015	9.154.492	82,8	1.895.400	17,2	11.049.892
2016	10.494.680	82,8	2.174.154	17,2	12.668.834
2017	11.780.230	83,9	2.254.196	16,1	14.034.426
2018	13.007.756	84,7	2.343.146	15,3	15.350.902
2019	14.143.107	85,4	2.424.580	14,6	16.564.687
2020	15.162.663	85,9	2.491.550	14,1	17.654.213
2021	16.054.253	86,3	2.541.541	13,7	18.595.794
2022	16.816.018	86,7	2.574.562	13,3	19.390.580
2023	17.454.039	87,1	2.592.069	12,9	20.046.108
2024	17.979.572	87,4	2.596.235	12,6	20.575.807
2025	18.406.529	87,7	2.589.469	12,3	20.995.997

Fonte: A. Piperno, «La previdenza sanitaria integrativa», giugno 2017.

decescente della quota di assicurati con le compagnie è, invece, supportato dal fatto che le recenti strategie delle imprese puntano in prevalenza ai fondi come veicolo di assicurazione, limitando il ruolo del mercato tradizionale.

La tabella 1 riporta sia i dati osservati circa il numero di iscritti ai fondi sanitari e il numero di assicurati presso le Compagnie nel periodo 2014-2015, sia la proiezione degli stessi dati per il periodo 2016-2025.

Obiettivi delle analisi quali-quantitative

Premesso che si sta trattando di un contesto, quello dei fondi sanitari integrativi, scarsamente regolato e che la sanità integrativa è

destinata a crescere – in presenza di una probabile diminuzione della garanzia pubblica, di un aumento dei bisogni dovuti alle nuove tendenze sociali e alle dinamiche demografiche, di un incremento delle tecnologie sanitarie, nonché di un aumento e diffusione della cultura sanitaria – è necessario far crescere il ruolo attivo degli organi decisionali dei fondi sanitari e per far questo l'analisi dei bisogni della platea degli assistiti è il primo passo di qualsiasi programmazione.

Tali analisi forniscono un utile e indispensabile supporto agli organi decisionali in diverse attività, quali:

- la definizione di un sistema di prestazioni coerente con la platea degli iscritti attuali e potenziali;
- l'individuazione delle criticità del sistema in atto;
- il controllo di efficienza ed efficacia in relazione al rapporto costi/benefici delle prestazioni garantite agli iscritti;
- la verifica circa comportamenti «specifici» della platea di riferimento;
- l'acquisizione della massima consapevolezza sulle potenzialità di sviluppo;
- la definizione di azioni di *governance* più performanti;
- il miglioramento degli obiettivi di trasparenza, concorrenza e finalità sociali.

È bene sottolineare che il controllo e la conoscenza dei dati è un aspetto cruciale anche per i fondi assicurati, che in tal modo possono assumere con ragionevole consapevolezza tutte le decisioni necessarie connesse con l'effettiva gestione.

Analisi della platea degli assistiti

Il processo dell'attività progettuale può essere suddiviso in tre fasi: *i*) una fase preliminare in cui sono definiti gli obiettivi dell'analisi, viene individuata la platea *target*, la tipologia e il livello di offerta e viene poi

eseguita la mappatura dei flussi informativi esistenti; *ii*) una fase di valutazione in cui è effettuata la raccolta dei dati, vengono analizzate le caratteristiche della platea e viene eseguita l'identificazione e la mappatura dei bisogni, mediante la stratificazione della platea degli iscritti (o potenziali iscritti) in relazione alle caratteristiche più rilevanti; *iii*) una fase di verifica in cui si definiscono i bisogni prioritari e si identificano i bisogni «strategici» per procedere poi con l'individuazione del perimetro di intervento e con la valutazione delle strategie; infine viene effettuata la valutazione della compatibilità di bilancio.

Tutte le fasi delle analisi devono essere progettate in maniera personalizzata per tener conto delle tipicità del fondo.

La rilevazione dei dati ricopre un aspetto importante ai fini di tutte le analisi e valutazioni da effettuare; la completezza, la robustezza e la profondità dei dati rilevati sono infatti il presupposto fondamentale per poter effettuare corrette analisi statistiche con un buon grado di validità.

A tal fine è importante predisporre un'accurata richiesta dati che, oltre a indicare il tracciato dei dati da rilevare, illustri le finalità con cui verrà utilizzato il dato da estrarre e sia corredata da note esplicative e commenti utili per chi deve procedere alla rilevazione dei dati. Qualora alcuni dati non siano disponibili o in caso di progettazione di un nuovo fondo, è opportuno ricorrere ad altre fonti, previo controllo della loro adattabilità al caso specifico.

La richiesta dati deve riguardare:

- le informazioni preliminari (Regolamento/Statuto, piani sanitari offerti, nomenclatore/ tariffario, documenti contabili degli ultimi 3-5 anni, convenzioni, altre informazioni quali ad esempio sistema di liquidazione dei rimborsi, procedure informatiche, struttura database...);
- l'anagrafica completa degli iscritti (esposti al rischio) alla data di riferimento per un numero congruo di anni pregressi (di norma un quinquennio) contenente le principali informazioni di natura anagrafica ed economica;
- i dati sui sinistri e sulle prestazioni con un adeguato dettaglio

sulle richieste di prestazione (sinistri denunciati) negli ultimi cinque anni.

Una volta rilevati tutti i dati necessari e dopo aver costruito una idonea base dati, si procede con lo studio degli esposti al rischio e dei sinistri mediante raggruppamenti in base alle diverse caratteristiche reputate maggiormente significative in relazione alle peculiarità del fondo e ai dati disponibili, oltre che ovviamente alle finalità delle valutazioni.

Tale analisi viene completata da una dettagliata rappresentazione statistica, anche tramite grafici, e si procede poi alla stratificazione della platea degli iscritti in relazione alle caratteristiche più rilevanti, ossia all'individuazione dei «fattori rappresentativi» e dei «fattori peculiari» che emergono dalle analisi statistiche effettuate sulla platea degli iscritti (struttura demografica: incidenze percentuale per sesso, per classi di età, per anzianità, per aree territoriali, per professione, per settore di attività; incidenza percentuale di familiari; incidenza percentuale di pensionati; distribuzione del ricorso alle prestazioni per età, sesso, retribuzione, area geografica, professione, attività lavorativa, sia nel complesso che distintamente per tipologia di prestazione; altre caratteristiche che abbiano rilevanza per la platea esaminata).

Sulla base delle evidenze che emergono dalle analisi effettuate, si procede a raggruppare gli iscritti tenendo conto dei principali fattori di specificità individuati come maggiormente rappresentativi, evidenziando eventuali gruppi o sottogruppi con caratteristiche peculiari.

I raggruppamenti dipendono ovviamente dalle tipicità del fondo ma i principali e più frequenti riguardano la tipologia di iscritto, le caratteristiche demografiche (ed eventuali dinamiche), professionali e di settore di attività, territoriali e retributive.

Una volta effettuati gli opportuni raggruppamenti sulla platea degli iscritti, è importante analizzare il «comportamento sanitario» di ciascun gruppo in merito al ricorso alle prestazioni in base alla tipologia di prestazioni richieste, alla frequenza di richiesta e al costo

della prestazione.

Infine si procede ad effettuare il confronto tra i diversi gruppi individuati, per analizzare e motivare le differenze riscontrate.

Fabbisogni assistenziali

Le fasi di attività inerenti l'analisi dei fabbisogni riguardano:

- la mappatura dei fabbisogni assistenziali;
- la profilazione degli assistiti in base ai fabbisogni omogenei;
- l'analisi e le possibili applicazioni.

I fabbisogni assistenziali dipendono principalmente dall'età e dal sesso dell'aderente, dalla zona territoriale di residenza, anche in relazione alle prestazioni del Ssn, dalla professione e dal tipo e settore di attività (lavoratori dipendenti/autonomi/professionisti; attività sedentarie/usuranti), dal reddito/retribuzione.

La mappa dei fabbisogni può essere determinata considerando o solo una variabile o la combinazione di più variabili; qualora l'ampiezza e la validità delle informazioni disponibili siano limitate è preferibile considerare solo le variabili di cui si hanno informazioni attendibili. Solitamente le variabili età e sesso sono sempre disponibili e attendibili.

Nel processo di individuazione dei fabbisogni è anche importante ricercare e definire l'«ampiezza» ossia il livello di copertura necessario per soddisfare le esigenze degli iscritti; hanno pertanto un ruolo importante scoperti, minimi non indennizzabili, periodi di carenza, franchigie, massimali.

Per l'individuazione dei fabbisogni assistenziali è fondamentale quindi disporre di informazioni valide e attendibili sulla platea *target* e sul livello di bisogni, ma è ovviamente un utile supporto anche la consulenza di un esperto in sanità.

Passando ad un ulteriore approfondimento, una volta analizzate le caratteristiche della platea e disegnata la mappa dei bisogni «teorici»,

è possibile procedere ad una profilazione degli assistiti in funzione di possibili bisogni omogenei.

A tal fine vanno individuate le variabili caratterizzanti ciascun profilo che abbiano rilevanza in relazione ai fabbisogni stessi: tipologia di iscritto, età, sesso, anzianità di iscrizione (potrebbe essere sintomatica di una maggiore o minore conoscenza delle garanzie offerte dal fondo), zona di residenza, attività lavorativa, retribuzione, ecc..

La scelta delle variabili dipende ovviamente anche dal livello di dettaglio dei dati disponibili.

Sulla base delle predette variabili si sceglie un adeguato numero di profili di iscritti al fondo con differenti caratteristiche ma tali da rappresentare al meglio la popolazione complessiva.

Il numero di profili dipende dalle variabili considerate e quindi dalla loro combinazione.

Un ulteriore passaggio è quello di individuare, tra tutti i profili scelti, un sottogruppo di profili «standard», rappresentativi della maggioranza della popolazione.

Ciò è opportuno soprattutto nei casi in cui la platea presenta profili molto variegati con una bassa incidenza percentuale di presenza di iscritti in alcuni dei profili individuati.

L'utilità è quella di ridurre il numero di profili, pur mantenendo una buona rispondenza con le caratteristiche della maggior parte degli iscritti, al fine di semplificare le analisi e le valutazioni che possono essere effettuate mediante l'utilizzo dei profili stessi.

Infine a ciascun profilo viene associato un «pacchetto» di prestazioni, che possa rispondere in maniera ottimale alle esigenze dello specifico profilo.

Di seguito alcune analisi e possibili applicazioni che potrebbero essere realizzate:

- Confronto tra il ricorso alle prestazioni da parte degli iscritti e i bisogni del profilo di riferimento: È bene premettere che se le garanzie previste dal fondo fossero quelle «idealmente» attese da

ciascun iscritto, se inoltre il comportamento di ciascun iscritto fosse «virtuoso» in termini di ricorso alle prestazioni in funzione delle proprie caratteristiche e se infine non si presentassero errori «sistematici» né «casuali», allora e solo in tal caso si avrebbe la perfetta corrispondenza tra le prestazioni effettivamente offerte dal fondo e quelle relative ai bisogni dei profili riferiti a ciascun iscritto. Pertanto lo scopo di tale analisi è quello di valutare se l'offerta proposta dal fondo è sostanzialmente in linea con le necessità e le esigenze degli iscritti, così come individuate nel processo in precedenza descritto; differenze rilevanti segnalano che il piano sanitario offerto non risponde alle necessità degli iscritti, oppure che gli iscritti hanno un insufficiente livello di conoscenza e consapevolezza delle coperture che il fondo offre, o entrambe le circostanze.

- Simulazione delle prestazioni mediante l'utilizzo dei profili: Grazie alla determinazione dei profili si può disporre di una popolazione «teorica» ma comunque rappresentativa di quella effettiva, di numerosità ridotta e «normalizzata» rispetto alla variabilità delle caratteristiche degli iscritti. Tale popolazione teorica può essere più agevolmente utilizzata per effettuare simulazioni per un'analisi preliminare della sostenibilità del fondo o come supporto al monitoraggio degli andamenti tecnici, previo opportuno riproporzionamento ponderato in funzione dell'incidenza di iscritti presenti nei diversi profili considerati.

- Supporto nella predisposizione di capitolati tecnici o nella scelta della convenzione assicurativa: L'utilizzo dei profili può essere applicato anche quando il fondo deve predisporre il capitolato tecnico in caso di gara per l'affidamento della gestione assicurativa o quando deve effettuare le analisi delle condizioni assicurative ai fini della scelta della convenzione. Il vantaggio è quello di avere una maggiore immediatezza delle risultanze di un'analisi di sensitività rispetto ai parametri maggiormente impattanti.

Compatibilità con i vincoli di bilancio

Come detto le analisi sulla platea degli assistiti e la mappatura dei fabbisogni assistenziali rappresentano il punto di partenza per la definizione sia dei bisogni prioritari da garantire sia degli obiettivi strategici del fondo, e sono di supporto per la valutazione delle strategie di intervento per individuare il perimetro delle prestazioni in maniera coerente con le esigenze della platea.

Le strategie di intervento devono anche tener conto dei principali elementi che concorrono a caratterizzare le prestazioni (integrazione, sostituzione, complementarità delle coperture assicurate; universalità e solidarietà; rimborso diretto/indiretto; livello di finanziamento; misura dei limiti rimborsuali; valutazioni mediche; rispetto del vincolo del 20% del totale risorse da destinare a prestazioni «vincolate», se necessario).

Ovviamente gli obiettivi, e quindi le strategie di intervento, devono mirare alla sostenibilità del sistema di assistenza delineato e alla compatibilità con i vincoli di bilancio.

Il sistema di assistenza di un fondo si basa sul rapporto tra contributi versati per il finanziamento delle coperture assicurate e le prestazioni erogate; i contributi costituiscono appunto la fonte di finanziamento e la definizione della loro misura deve basarsi su valutazioni effettuate con metodologie statistico-attuariali, che devono ovviamente tener conto anche delle spese e degli oneri di amministrazione e gestione.

Pertanto *ex ante* è necessario individuare un livello di contribuzione congruo con le garanzie offerte alla specifica platea in esame (*pricing* del rischio) ma deve anche essere verificata via via nel tempo la compatibilità del sistema con il bilancio economico.

Allo scopo di garantire la compatibilità economica è necessario quindi effettuare periodicamente previsioni tecnico-attuariali per la stima dei contributi, dei sinistri attesi e dei costi, previo sviluppo dell'andamento tendenziale della platea degli assicurati.

Infine per i fondi autoassicurati è necessario valutare la soste-

nibilità nel breve-medio periodo mediante lo strumento del bilancio tecnico di previsione.

IL PROCESSO DI ESTERNALIZZAZIONE
DEL RISCHIO

I PROCESSI DI ESTERNALIZZAZIONE DEI FONDI
SANITARI E IL CONTRATTO DI GESTIONE DEL RISCHIO
SANITARIO: RIFLESSIONI PER LA *BEST PRACTICE*

Premessa

La sanità integrativa è stata tipizzata dal nostro legislatore nel d.lgs. 502/1992, all'articolo 9, che ne regola le principali caratteristiche in sede di istituzione e di prestazioni. La norma appare insufficiente a regolare alcuni fondamentali aspetti del fenomeno tanto che le forme preesistenti e quelle nuove, istituite successivamente al decreto, hanno gestito le risorse senza attenersi ad un'unica linea né in ambito di governance né di gestione tecnica delle risorse.

Il sistema della sanità integrativa, in quanto segmento del welfare contrattuale funzionalizzato alla copertura di bisogni ritenuti particolarmente meritevoli di tutela e di sostegno fiscale, avrebbe dovuto essere regolato come è avvenuto per altro segmento del welfare contrattuale: quello della previdenza complementare. Quest'ultimo, coevo a quello della sanità integrativa, ha registrato uno sviluppo più ordinato. I fondi pensione hanno cominciato ad operare in un contesto normativo più strutturato, alla presenza di regole molto precise e di una Autorità di vigilanza che ha saputo accompagnare, progressivamente, il sistema istituzionale e quello aziendale dei fondi pensione.

Il confronto tra i due sistemi, quello dei fondi pensione e quello dei fondi sanitari, risulta particolarmente suggestivo e interessante proprio in relazione alle norme di governo e ai principi generali di gestione finalizzati alla tutela degli iscritti. Se, infatti, un simile

¹ *Mefop S.p.A.*

confronto potrebbe apparire fuorviante e inadeguato a spiegare gli aspetti più tecnici della materia della sanità integrativa, lo stesso può rivelarsi particolarmente utile quando si toccano gli aspetti comuni alle due forme: la loro finalizzazione a copertura di interessi generali, l'inesistenza di uno scopo di lucro, la natura e le caratteristiche delle fonti istitutive, il meccanismo generale di corresponsività che regola contributi e prestazioni e, sopra di tutto, l'esistenza di un prioritario interesse dell'iscritto.

Proprio guardata dal punto di vista dello scopo della forma e dell'interesse prioritario dell'iscritto, la sanità integrativa ci pone di fronte a diversi interrogativi. Questa forte differenza tra i due sistemi assume particolare significatività se si mettono a confronto le discipline delle due materie con riferimento al «processo di gestione delle risorse» che, di fatto, rappresenta il cuore dell'attività di un fondo sanitario e di un fondo pensione.

La disciplina della previdenza complementare, in via di assoluto rigore, pur essendosi particolarmente articolata sul versante della professionalizzazione degli organi di governo, parte dall'assunto della insufficiente specializzazione tecnico finanziaria degli amministratori, per arrivare a definire un modello di gestione prevalentemente indiretto delle risorse. Per le forme pensionistiche complementari a contribuzione definita l'art. 6 del d.lgs. 252/2005, infatti, conferma il favore per la gestione indiretta delle risorse, attuata tramite operatori professionali specializzati nell'intermediazione di strumenti finanziari: le ipotesi consentite di gestione diretta sono residuali. Come è stato correttamente notato in dottrina, questa soluzione, già adottata nell'art. 6 del d.lgs. 124/1993, non era affatto necessitata né dalla legge di delega 421/1992 di cui quel decreto era attuazione, né dal progetto di direttiva comunitaria sui fondi pensione allora in gestazione. La direttiva 2003/41/CE relativa alle attività e alla supervisione degli enti pensionistici aziendali o professionali, varata il 3 giugno 2003, ribadisce la legittimità sia della gestione diretta che di quella indiretta,

pur consentendo agli Stati membri di imporre quest'ultima ai fondi pensione stabiliti sul loro territorio. La scelta operata dal nostro legislatore muove sicuramente da un intento fortemente protettivo nei confronti degli iscritti che si traduce in regole precise ed inderogabili:

- gestione indiretta e professionale delle risorse;
- processo trasparente di selezione dei gestori;
- determinazione degli elementi fondamentali delle convenzioni;
- regola della titolarità delle risorse affidate in gestione e di separazione patrimoniale delle stesse dal patrimonio del gestore;
- definizione da parte della regolamentazione secondaria di limiti quantitativi e qualitativi all'investimento.

A fronte di questa disciplina, a tratti iper-trofica e stratificata nel tempo ad opera di diversi provvedimenti di natura primaria e secondaria, troviamo un sistema di sanità integrativa che lascia alla sola «responsabilità» degli amministratori la previsione di ogni regola e presidio nella gestione delle risorse.

La scelta del regime gestionale viene lasciata alle forme di sanità integrativa, per le quali non sono stabiliti requisiti specifici di professionalità neanche minimi per i componenti degli organi di amministrazione e controllo. Si passa così da un sistema iperprotettivo della previdenza complementare a un sistema irregolato della sanità integrativa. Uno dei pochi principi stabiliti dalla norma riguarda la necessità di rispettare il principio di non selezione dei rischi nella gestione dei fondi *doc*, principio che collide con la stessa tecnica assicurativa e che comporta la necessità di un adeguamento delle compagnie che intendano gestire tale tipologia di fondi.

Se nel caso della previdenza complementare il legislatore, nel regolare le politiche di gestione convenzionata, ha delineato la gestione delle risorse dei fondi pensione come una gestione finanziaria, rapportabile alla figura della gestione individuale di patrimoni, nel caso della sanità integrativa il decreto si limita ad affermare che «i fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) sono autogestiti». Essi possono essere

affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto. Le regioni, le province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei fondi (art. 9, comma 7 del d.lgs. 502/1992).

La gestione del rischio sanitario a livello giuridico assume sicuramente le caratteristiche di un contratto di assicurazione di un determinato evento e può riferirsi a seconda dei casi al modello delle assicurazioni vita o danni. In questo aspetto i due sistemi di welfare contrattuale divergono fortemente visto che il rischio demografico, accuratamente «isolato» e «contingentato» nel mercato della previdenza complementare (cfr. art. 6 e art. 7 *bis* del d.lgs. 252/2005), rappresenta il rischio tipico delle gestioni sanitarie.

Dal punto di vista sostanziale, uno dei principali problemi legati alla lacunosità della disciplina dei fondi sanitari risiede proprio nel non aver tipizzato questo rischio in chiave assicurativa, prevedendo non tanto un obbligo di esternalizzazione (scelta che non necessariamente rappresenta la migliore soluzione per la gestione di fondi sanitari) ma definendo una serie di presidi, già tipici del diritto di assicurazione, legati alla garanzia della copertura e alla solvibilità dell'ente gestore ed erogatore delle prestazioni. Chiaramente la disciplina di questi aspetti si sostanzia in una normativa che tocca diversi elementi della vita del fondo sanitario, a partire dalle regole di *corporate governance* fino a affrontare le norme di contratto.

Nelle more di un intervento normativo garantista, la prassi si è orientata verso due modelli, realizzando in molti casi coperture efficaci e efficienti: gestione diretta e gestione in convenzione, oltre che di modelli intermedi tra i due.

L'analisi della prassi condotta in questi anni di studio, in sede Mefop, ci ha condotto a riscontrare alcune problematiche riguardanti

l'intero processo di gestione del fondo sanitario, tanto che ad oggi risulta difficile avviare una riflessione sulle convenzioni di gestione assicurativa del rischio sanitario senza partire da una analisi dei processi che conducono a una simile esternalizzazione. Appunto in questa fase spesso si rintracciano problemi di fondo legati al rischio di inefficace scelta gestionale; eccessivo utilizzo delle deleghe, in alcuni casi espoliative, e inadeguata regolamentazione sia dei processi che delle convenzioni con le quali si regolano i rapporti tra fondo e *outsourcer* assicurativo.

Le linee guida Mefop sulla gestione dei fondi sanitari: la governance del processo di esternalizzazione

Partendo da queste valutazioni, Mefop in collaborazione con i fondi sanitari che hanno partecipato al progetto, ha elaborato delle linee guida sulla *best practice* che hanno l'obiettivo di individuare «linee di azione», fondate sul principio di tutela dell'iscritto e di sana e prudente gestione e utili, anche a legislazione corrente, ad assicurare *accountability* al sistema.

Il primo passaggio in sede di definizione dei principi di gestione del rischio sanitario è stato quello di enucleare sia l'oggetto della gestione che i soggetti abilitati alla gestione che ad oggi sono rappresentati da imprese di assicurazione o società di mutuo soccorso.

Le previsioni in materia di modello gestionale partono appunto dalla procedimentalizzazione della fase, eventuale, di esternalizzazione.

Il primo punto è rappresentato dal principio fondamentale della responsabilità del fondo sanitario, anche in caso di esternalizzazione delle attività finalizzate alla copertura del rischio sanitario.

L'eventuale scelta di affidamento all'esterno della gestione infatti non può sminuire il ruolo delle fonti istitutive e degli amministratori dei fondi sanitari. La natura stessa dei fondi sanitari, quali enti chiamati a erogare prestazioni sussidiarie al Ssn, non può che condurci a

configurare il rapporto tra fondo e gestore, proprio come avviene nel caso dei fondi pensione, cfr. art. 6 d.lgs. 252/2005, come una relazione *principal/agent*, dove le linee strategiche dell'attività devono essere determinate dal primo, cosicché si può ben dire che il successo della forma di sanità integrativa in termini di qualità delle prestazioni dipende in modo determinante dall'abilità e dalle competenze degli amministratori del fondo sanitario.

Risulta a questo punto chiaro come siano fondamentali norme di salvaguardia legate alla professionalità, onorabilità dei consiglieri di amministrazione e della necessità, in assenza di professionalità interne, di affidarsi a professionisti esterni.

Ma di quali professionalità si parla? E di quali competenze il fondo sanitario necessita? E ancora, come deve essere disegnato un processo di esternalizzazione sanitaria?

Le figure fondamentali per assistere il processo di gestione, sia esso diretto che convenzionato, sono quelle medico sanitarie utili a disegnare il piano sanitario in una logica di integrazione con il Ssn; quelle tecniche attuariali utili a qualificare e quantificare il rischio sanitario e il suo *pricing*; quelle giuridiche e gestionali utili a disegnare il processo in chiave di correttezza ed efficacia giuridica; di tutela degli iscritti e di efficienza gestionale.

L'oggetto della gestione, invece, non può che essere il piano, documento che non si riduce ad un mero elenco di prestazioni coperte. Il piano sanitario rappresenta infatti il documento in cui si sostanzia e definisce l'attività strategica di programmazione degli interventi, attività e prestazioni dei fondi sanitari. Rappresenta dunque il cuore di quell'attività strategica che non può che risiedere all'interno del fondo sanitario e divenire programma per orientare e successivamente controllare l'operato del gestore sanitario. In questo senso, il piano sanitario può definirsi il cuore sia della «tutela promessa» agli iscritti che del programma affidato, strumentalmente, al gestore. Di questo piano sanitario è il fondo sanitario ad essere responsabile tempo per tempo.

Solo la definizione di questi passaggi, tutt'altro che scontati sia nella scarna disciplina speciale che nella prassi, ci consentono di valutare adeguatamente la necessità di un'esternalizzazione della gestione e successivamente di qualificare e definire i contenuti di un mandato di gestione «assicurativa» del rischio sanitario.

Ci sono dunque una serie di attività che nella gestione di una forma di sanità integrativa non sono delegabili all'esterno e per le quali il ruolo di un eventuale consulente o gestore resta sempre strumentale.

Spetta al fondo curare (anche attraverso l'affidamento di incarichi tecnico professionali) ogni attività inerente la gestione sanitaria; in particolare al fondo compete:

- la valutazione iniziale e periodica del fabbisogno assistenziale degli iscritti;
- la valutazione del livello di servizio da assicurare e dei necessari processi organizzativi da implementare;
- la selezione degli eventuali *outsourcers* e la definizione dei rapporti con gli stessi sia a livello contrattuale che operativo;
- il monitoraggio di tutti i processi con particolare riferimento alla fase della liquidazione.

I fondi sanitari possono gestire indirettamente, attraverso appositi mandati, sia le funzioni tipiche relative alla gestione assicurativa e amministrativa, sia le attività strumentali/atipiche, tra cui la gestione finanziaria dell'eventuale patrimonio accantonato/residuato. Uno degli aspetti richiamati nelle linee guida riguarda l'opportunità per i fondi di rispettare una serie di principi di buon governo a prescindere dalla scelta e dal livello dell'esternalizzazione. Di seguito alcuni stralci delle linee guida.

«Principi generali»

La capacità di fornire servizi di adeguato livello richiede un processo di autoanalisi, in termini organizzativi e tecnici, e di miglioramento continuo delle attività e dei processi gestionali.

Il fondo può delegare a terzi l'adempimento di attività, nella consapevolezza che l'erogazione di servizi soddisfacenti ed il raggiungimento dell'interesse del beneficiario sono obiettivi conseguibili solo attraverso un'integrazione efficiente tra le attività svolte dal fondo e da tutti gli outsourcers. Tale circostanza evidenzia la necessità che il fondo operi con attenzione la scelta dell'esternalizzazione e l'entità dei servizi delegati. Il fondo è direttamente responsabile di tutti i servizi svolti nei confronti degli iscritti e dell'intero processo tecnico ed amministrativo anche in caso di esternalizzazione.

È onere del fondo procedimentalizzare la fase di selezione, gestione e controllo dell'outsourcer al fine di poter controllare i rischi associati al processo.

«Il processo di esternalizzazione»

Il processo di esternalizzazione parte dall'individuazione e corretta valutazione del servizio che si intende esternalizzare. La fase di analisi è propedeutica alla redazione del capitolato di servizi da esternalizzare, alla strutturazione di un processo trasparente, chiaro e ispirato a criteri oggettivi e all'identificazione della migliore procedura di selezione.

Il fondo che intende esternalizzare uno o più servizi si preoccupa di assicurare un processo di selezione e valutazione ispirato ai principi di legalità, prevenzione dei conflitti di interesse, correttezza, trasparenza ed efficienza. Dopo aver selezionato l'outsourcer, il fondo procede alla formalizzazione del rapporto, previa attenta valutazione

legale, mediante utilizzo di soggetti di comprovata professionalità e competenza.

Il fondo integra le strutture o commissioni, deputate a valutare l'opportunità di esternalizzazione e a gestire il processo di selezione, gestione e controllo dell'outsourcer, con risorse dotate di idonea professionalità:

consulente tecnico attuariale per la valutazione dell'esternalizzazione assicurativa;

consulente sanitario, per la valutazione di tutti gli aspetti di natura medico-sanitaria legati ai processi di esternalizzazione.

Le condizioni contenute nelle polizze/contratti che siano di diretto interesse degli iscritti vengono rese pubbliche, inserendole nella documentazione del fondo messa a disposizione degli iscritti.

Ogni variazione rilevante che investa il soggetto a cui viene esternalizzato il servizio e le caratteristiche dell'esternalizzazione viene comunicata o resa nota dal fondo ai propri iscritti.

Il contratto di gestione sanitaria

Dal punto di vista civilistico, il fondo sanitario, quale committente nel processo di affidamento, continuerà ad essere responsabile civilmente secondo i tradizionali schemi della *culpa in vigilando* e *culpa in eligendo*; l'*outsourcer* risponderà invece in via generale ex art. 1218 del codice civile (cfr. responsabilità contrattuale) relativamente al contratto di *outsourcing* e in base all'art. 1710 cod. civ.

Per tale motivo il contratto di *outsourcing* va redatto con precisione definendo nel dettaglio:

- i compiti affidati all'*outsourcer* e le sue responsabilità;
- la definizione di regole che facilitino l'accesso ai dati ed il controllo;
- eventuali sanzioni/massimali di risarcimento (in modo da po-

ter eventualmente procedere con la stipula di una polizza assicurativa che copra gli stessi).

Tale contratto dovrà essere accompagnato da uno Sla (*Service level agreement*) che definirà più nel dettaglio i livelli di servizio e i rapporti tra l'*outsourcer* ed altri soggetti coinvolti nel processo o altri *outsourcer*.

Contratto atipico o misto

Il contratto in oggetto potrà essere rapportato alla forma del contratto di assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta ai sensi dell'art. 1891 c.c in base al quale «se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'assicurato». La regola, valida indifferentemente per polizze individuali e collettive, è relativa al caso di distinzione soggettiva tra contraente e assicurato; il primo, soggetto chiamato all'adempimento degli obblighi contrattuali (salvo quelli propri dell'assicurato, ad esempio l'avviso di sinistro) e il secondo, soggetto portatore dell'interesse ad assicurarsi e che, in questo caso, non abbia partecipato direttamente alla contrattazione.

La prassi della sanità integrativa tuttavia ci consegna una contrattualistica molto più ampia in cui l'assicuratore non assume esclusivamente il ruolo di erogatore di prestazioni tecnicamente assicurative a fronte di premi ma anche quello di «erogatore di servizi». Si tratta di servizi di consulenza, di informazione (cfr. *call center*), di partenariato e convenzionamento e in generale servizi di tipo amministrativo. Spesso l'assicuratore si prende carico di oneri accessori che finiscono di diventare parte integrante dei mandati. Il mandato dunque potrebbe non essere un mero contratto assicurativo quanto piuttosto un mandato atipico a causa mista, stipulato ai sensi e per gli effetti dell'art. 1322

cod. civ, che stabilisce, infatti, la possibilità di determinare liberamente il contenuto del contratto nei limiti imposti dalla legge. Le parti possono anche concludere contratti che non appartengono ai tipi aventi una disciplina particolare, purché siano diretti a realizzare interessi meritevoli di tutela secondo l'ordinamento giuridico. Da queste valutazioni emerge l'opportunità di valutare con attenzione il capitolato dei servizi da sottoporre al gestore assicurativo e l'opportunità di non limitarsi alla sottoscrizioni di clausole e condizioni generali almeno su quelle attività non strettamente tipiche, quali le gestioni strumentali (gestioni dei flussi informativi, gestione delle pratiche di liquidazione e di contatto con l'iscritto etc...). L'auspicio è che, anche in assenza di piani di garanzia, i fondi sappiano realizzare degli schemi contrattuali in grado di favorire un rapporto dialettico e costruttivo con l'*outsorcer*, che non si traducano in deleghe espoliative e che non presentino alti rischi di «cattura» delle informazioni e dei dati.

IL PROCESSO DI SELEZIONE DEL GESTORE ASSICURATIVO

Premessa

Il processo di selezione del gestore assicurativo rappresenta una fase particolarmente delicata nella gestione di un fondo sanitario; infatti dalla scelta della compagnia di assicurazione discendono per il fondo sanitario ed, in particolare, per l'organismo di *governance* responsabilità morali nei confronti della collettività assicurata, in ragione della qualità del servizio garantito, della specializzazione della rete convenzionata, della sua capillarizzazione territoriale e del grado di specializzazione delle strutture e dei professionisti sanitari in queste operativi.

Il tema della selezione del gestore assicurativo è ovviamente cruciale per i fondi sanitari che adottano un modello organizzativo-gestionale fondato sul trasferimento completo del rischio al mercato assicurativo privato, interessando solo marginalmente quegli enti sanitari complementari che adottano il modello di gestione «misto», ovvero con parziale ritenzione del rischio. Risulta ovvio che il tema non ha alcuna rilevanza per i fondi sanitari che adottano il modello di gestione fondato sulla piena «ritenzione» del rischio.

È evidente che il modello gestionale fondato sulla riassicurazione del rischio sanitario offre indubbi vantaggi, quali, ad esempio:

- assenza di costi di implementazione dei processi per la gestione del ciclo sinistri;
- assenza di costi di struttura del *call center* e di convenzionamento della rete di prestatori di servizi sanitari;

¹ *Università La Sapienza.*

- assenza di costi per il reclutamento di personale specializzato nella gestione e controllo del rischio sanitario;
- assenza di costi per lo sviluppo di procedure interne di *risk management*, finalizzate al monitoraggio del rischio sanitario e alla sua evoluzione nel tempo.

Tuttavia, non pochi appaiono essere gli svantaggi, quali ad esempio:

- la impossibilità di sfruttare economie derivabili dall'opportunità indotta dalla mutualità e dalla solidarietà all'interno della collettività assicurata, che in tale modello risultano a favore della compagnia di assicurazione;
- la dipendenza contrattuale dall'assicuratore in termini di tipologia delle coperture assicurative e, quindi, di prezzo da corrispondere, di durata e possibilità di rinnovo della convenzione a medesime condizioni nel momento in cui l'andamento tecnico del contratto assicurativo dovesse registrare un rapporto tra i premi assicurativi e le prestazioni sanitarie offerte (c.d. *loss ratio*) non coerente con gli obiettivi di bilancio della compagnia di assicurazione.

Certamente il modello di gestione basato sul trasferimento del rischio ben si adatta al caso di fondi sanitari la cui collettività assistita è di piccole dimensioni, tali pertanto da non consentire ai sensi della legge dei grandi numeri di realizzare un adeguato efficientamento nella gestione, come naturale conseguenza dell'applicazione dei principi di mutualità e solidarietà.

La selezione del partner assicurativo, un processo multifase

Sulla base di una esperienza ormai consolidata nel settore dei fondi sanitari negoziali è possibile rappresentare il processo di selezione del gestore assicurativo come un processo «multifase» articolato su cinque «nodi» operativi che possono essere declinati nel modo seguente:

- fase 1: analisi statistica dei bisogni di coperture assicurative

della collettività iscritta al fondo sanitario;

- fase 2: valutazione *ex-ante* del rischio potenziale della collettività assicurata e conseguente confronto con il costo assicurativo del nomenclatore;

- fase 3: accreditamento delle compagnie di assicurazione invitate alla selezione sulla base di presidi informativi finalizzati alla valutazione del rating di servizio e di solidità finanziaria del candidato;

- fase 4: definizione dei criteri quantitativi per l'ordinamento dei candidati partecipanti alla selezione;

- fase 5: predisposizione dei presidi organizzativi per il monitoraggio periodico dell'efficienza ed efficacia della convenzione assicurativa.

L'analisi del fabbisogno di coperture sanitarie e le caratteristiche di rischio della collettività assicurata

Preliminare all'avvio della fase di selezione del gestore assicurativo è la valutazione dei bisogni delle coperture sanitarie attuali e prospettive della collettività che si intende assicurare; tale analisi deve essere eseguita sulla base di una attenta investigazione qualitativa e quantitativa della collettività assicurata in ragione della composizione per età e sesso degli iscritti e del nucleo familiare, stato sociale e, se disponibile, della storia delle prestazioni sanitarie integrative già erogate alla medesima collettività, da cui derivare una mappatura completa dello «stato di salute» della stessa.

L'analisi dei bisogni assicurativi può essere realizzata tramite l'impiego di metodologie di indagine statistica anche di tipo campionario, con l'ausilio di questionari digitali la cui struttura informativa è basata su 2 sezioni, di cui una dedicata ad aspetti di carattere qualitativo ed una seconda finalizzata a raggiungere informazioni di carattere quantitativo.

Per l'analisi dei dati ed una sintesi ad elevato potere informativo,

possono essere impiegate tecniche statistiche di tipo multivariato. Tra le tecniche statistiche di maggiore utilizzo si possono richiamare in particolare:

- *cluster analysis*: la metodologia permette tramite l'impiego di opportune misure di distanza euclidea applicate alle caratteristiche dei soggetti assicurati, di raggruppare gli stessi in classi omogenee di rischio e di domanda di particolari livelli di prestazioni/coperture sanitarie, anche con riguardo al grado di esposizione per massimali e franchigie;

- *correlation*: la metodologia consente di verificare l'esistenza di una qualche relazione (di tipo statistico) tra le caratteristiche dell'individuo e la domanda di coperture sanitarie;

- *generalized linear model*: la metodologia identifica quali tra le caratteristiche degli assicurati determinano il maggiore contributo a spiegare l'andamento della frequenza di sinistro e dei risarcimenti.

Ovviamente, le valutazioni di carattere quantitativo aggiunte a quelle di tipo qualitativo consentono di stabilire il piano sanitario *benchmark* a cui riferire la fase operativa di selezione dei gestori.

Non si può non sottolineare che detta fase di valutazione dei bisogni di coperture sanitarie della collettività assistita non può essere svolta direttamente dal fondo sanitario se non con l'ausilio di un *advisor* specializzato nel settore dell'assistenza sanitaria integrativa, che abbia competenze professionali di carattere sia statistico che sanitario.

La valutazione ex ante del rischio e l'implementazione di un modello di pricing

La scelta del migliore gestore assicurativo ovviamente dipende da una attenta analisi da parte del fondo sanitario del rapporto tra i premi assicurativi e le prestazioni sanitarie offerte, quest'ultime valutabili anche in ragione del livello dei massimali e delle franchigie fissate nella convenzione.

È auspicabile che il fondo sanitario preliminarmente all'avvio del processo di selezione si doti di una sistema autonomo di *pricing* del rischio connesso al piano sanitario *benchmark*, al fine di poter eseguire analisi comparative con il costo assicurativo offerto dalle imprese di assicurazione invitate a partecipare alla selezione ed essere in tal modo parte non passiva nella fase negoziale della convenzione assicurativa.

Rileva in questa sede ricordare che dal punto di vista della tecnica attuariale delle assicurazioni contro i danni, il premio di tariffa di un rischio assicurativo è riconducibile alle seguenti componenti, ovvero:

- il premio equo: rappresenta il valore medio della distribuzione di probabilità della variabile aleatoria «danno», intendendo per tale la somma aleatoria di un numero aleatorio di rimborsi; il valore medio restituisce un'«immagine» dell'aspettativa di rimborso totale associato al piano sanitario e riferibile all'esposizione su un periodo annuale;

- il premio puro: è uguale al premio equo a cui si aggiunge un caricamento di «sicurezza» o di «rischio» implicito o esplicito; il caricamento di sicurezza è il premio di rischio, ovvero la quantità di moneta che bilancia gli effetti della variabilità del danno intorno alla sua media: rappresenta pertanto un margine di sicurezza che l'assicuratore richiede per evitare conseguenze di instabilità del proprio bilancio e ha collegamenti diretti con il fabbisogno di capitale di solvibilità che le imprese di assicurazione devono costituire per soddisfare le regole imposte dalla normativa europea (c.d. *Solvency 2*);

- il caricamento esplicito per spese: è la componente del premio di tariffa che finanzia le spese di acquisto e di gestione del contratto oltre ad assicurare quota parte del margine industriale per l'assicuratore.

È ovvio che l'implementazione di un modello «interno» di *pricing* del rischio assicurativo richiede la presenza nel fondo di professionalità in grado di utilizzare gli strumenti di lavoro tipici della tecnica attuariale.

La costruzione del questionario informativo e la declinazione delle informazioni rilevanti

Il questionario rivolto alle compagnie assicurative invitate alla selezione gioca un ruolo cruciale per la realizzazione della migliore scelta del gestore assicurativo e, pertanto, la sua costruzione deve recare un *set* informativo completo della compagnia, della sua solidità economico-finanziaria e patrimoniale e non ultimo della proposta assicurativa e della qualità dei servizi resi dalla rete convenzionata di fornitori di prestazioni sanitarie.

La realizzazione degli obiettivi informativi sopra identificati richiede dunque la costruzione di un questionario a struttura gerarchica che consideri almeno le seguenti aree:

- **Area 1:** Informazioni sulla solidità, specializzazione ed esperienza della Compagnia di assicurazione nel Ramo Malattia.

In tale area sono identificabili almeno due macro sezioni di informazioni, ovvero:

- la sezione «Informazioni Generali», dove registrare denominazione, ragione sociale, gruppo di appartenenza, N. iscrizione albo Ivass e *rating* se disponibile;

- la sezione «Dati relativi alla solidità finanziaria e alla specializzazione nel ramo malattia», dove riportare informazioni relative agli andamenti storici del *loss ratio*, del volume premi, del volume contributi da fondi e casse sanitarie, del numero assistiti/anno, del numero aziende gestite, dei numeri ed importi dei rimborsi annui gestiti sia in modalità di prestazione diretta che indiretta.

Nell'ambito di tale sezione, il *solvency ratio* ovvero il rapporto tra mezzi patrimoniali disponibili e il requisito patrimoniale di solvibilità richiesto dalla normativa del settore assicurativo (*Solvency capital requirement* o SCR) rappresenta in unione con il *loss ratio* il più importante indicatore per la valutazione della solidità patrimoniale e finanziaria della compagnia di assicurazione.

- **Area 2:** Informazioni sulla qualità ed efficienza dei servizi amministrativi per la liquidazione dei sinistri.

In tale area del questionario possiamo censire tre sezioni specifiche che riguardano il processo di liquidazione dei sinistri nelle diverse modalità di convenzionamento; in particolare:

- la sezione «Gestione dei rimborsi in modalità indiretta» contiene una descrizione sulla procedura di rimborso in detta modalità, raccogliendo informazioni con riguardo ai tempi medi di liquidazione del sinistro, tenuto conto delle procedure di controllo attivate dall'impresa e alla rappresentazione delle eventuali cause di rigetto. L'efficienza di liquidazione dei sinistri deve essere misurata anche tramite una analisi del sistema informativo impiegato dalla compagnia per la gestione dei rimborsi;

- la sezione «Gestione dei rimborsi in modalità diretta» contiene una descrizione sulla procedura di rimborso in detta modalità; è finalizzata ad assumere informazioni con riguardo ai tempi di pagamento delle strutture convenzionate da parte della compagnia e ai processi di valutazione della qualità dei servizi resi da dette strutture attuati dall'impresa, al fine di apprezzare in sede di selezione del gestore assicurativo il rispetto di standard elevati della qualità delle prestazioni sanitarie;

- la sezione «Strutturazione *contact center*/centrale operativa», riporta dati quantitativi con riguardo alla struttura organizzativa a presidio dell'intero processo dei rimborsi; in particolare rilevano informazioni statistiche relative a: numero operatori dedicati, numero medici, orario e giorni di attività degli operatori e dei medici, tempi medi presso il *contact center*. Informazioni aggiuntive si riferiscono alla rappresentazione del modello organizzativo per i presidi di controllo dell'operato del *call center* oltre alla descrizione della procedura di gestione del *network* delle strutture sanitarie.

- **Area 3:** Informazioni sulla dimensione e capillarità territoriale della rete di prestatori di servizi sanitari.

Tab. 2 Rilevazione statistica distribuzione territoriale strutture sanitarie appartenenti al network.

Regione	Strutture convenzionate	Strutture pubbliche appartenenti al network sanitario
	N. di strutture convenzionate	N. di strutture convenzionate
	Cliniche	Cliniche
	Case di cura	Case di cura
	Centri diagnostici	
	Studi odontoiatrici	
	Studi medici specialistici	
	Centri ottici	

Tale area rappresenta dal punto di vista informativo per il fondo sanitario la più importante sezione dell'intero questionario, in quanto dalle risposte fornite è possibile rilevare non solo la dimensione e capillarità del *network*, ma soprattutto la distribuzione per area geografica anche delle diverse specialità assistenziali. Nella tabella 2 che precede è fornito uno schema esemplificato di tabella statistica di rilevazione a livello regionale delle diverse strutture sanitarie in grado di accogliere la collettività assicurata.

- **Area 4:** Informazioni sulla proposta assicurativa dei piani sanitari di base ed eventuali piani integrativi.

Detta area del questionario è organizzata per l'acquisizione delle informazioni di dettaglio relative alla proposta assicurativa del piano di base oltre agli eventuali piani integrativi. In particolare tale sezione prendendo origine dal piano sanitario *benchmark* si propone di analizzare tutti gli elementi tecnici della proposta utili alla definizione del perimetro di azione assicurativa sottostante il nomenclatore in termini di:

- patologie coperte e strategie terapeutiche assicurate;

- estensione temporale della copertura e presenza di periodi di «carezza»;
- presenza di limitazioni risarcitorie: franchigie e massimali per sinistro, eventi/anno, componenti nucleo familiare esposti per anno.

Il criterio per l'assegnazione dei punteggi

La struttura del questionario deve essere compatibile con la possibilità da parte del *board* del fondo di fissare un sistema di punteggi delle risposte qualitative e quantitative rilevate, fondato su un criterio oggettivo che permetta al termine della fase di analisi del questionario di indurre un ordinamento di preferibilità delle offerte assicurative proposte dalle compagnie invitate alla selezione.

Tali criteri di assegnazione sono fondati su regole simili a quelle già adottate nel settore della previdenza complementare e si basano essenzialmente sulla definizione di un punteggio massimo da attribuire a ciascuna Area e Sezione del questionario informativo, con il vincolo che la somma dei diversi pesi attribuiti restituisca al più un valore non superiore a 100.

Nella tabella 3 che segue è riportato uno schema esemplificativo del sistema di pesi da attribuire a ciascuna Area/Sezione del questionario.

Il meccanismo del profit sharing e i parametri tecnici della convenzione

Il *profit sharing* è la regola di attribuzione a favore del fondo sanitario di una quota parte degli utili tecnici realizzati dalla compagnia durante la vita della convenzione assicurativa. Generalmente la valutazione di detta quota viene eseguita dalla compagnia una volta all'anno in prossimità della chiusura dell'esercizio contabile. Il cri-

Tab. 3 Schema esemplificativo tavola punteggi.

Sezioni questionario	Punteggio massimo		
SEZIONE1_INFORMAZIONI GENERALI SULLA COMPAGNIA OFFERENTE	30,0	30,0	Valutazione sulla solidità patrimoniale dei soggetti offerenti
SEZIONE2_INFORMAZIONI GENERALI SULLA GESTIONE DEI RIMBORSI	7,5	15,0	Valutazione dell'efficienza/qualità dei servizi amministrativi e del <i>network</i> offerti
SEZIONE3_INFORMAZIONI GENERALI SUL NETWORK DELLE STRUTTURE CONVENZIONATE	7,5		
SEZIONE4_INFORMAZIONI SULLE COPERTURE SANITARIE RELATIVE AL PIANO/1 SANITARIO/1 BASE/INTEGRATIVI	37,0	55,0	Valutazione sull'offerta assicurativa dei piani sanitari e sul <i>profit sharing</i>
SEZIONI5_INFORMAZIONI SULLE COPERTURE SANITARIE RELATIVE AL PIANO INTEGRATIVO 1	4,0		
SEZIONI6_INFORMAZIONI SULLE COPERTURE SANITARIE RELATIVE AL PIANO INTEGRATIVO 2	4,0		
SEZIONI7_INFORMAZIONI SULLE COPERTURE SANITARIE RELATIVE AL PIANO INTEGRATIVO 3	2,0		
SEZIONI8_INFORMAZIONI SULLE COPERTURE SANITARIE RELATIVE AL PIANO INTEGRATIVO 4	2,0		
SEZIONI9_INFORMAZIONI SULLE COPERTURE SANITARIE RELATIVE AL PIANO INTEGRATIVO 5	2,0		
SEZIONI10_INFORMAZIONI SULLE COPERTURE SANITARIE RELATIVE AL PIANO INTEGRATIVO 6	2,0		
SEZIONE11_ PROFIT SHARING	2,0		
Totale	100,0		

terio utilizzato si basa sulla valutazione del *combined ratio*, ovvero del rapporto sinistri a premi di competenza ivi incluso al numeratore l'incidenza delle spese sostenute per la gestione assicurativa, e sulla sua variabilità all'interno di soglie prefissate nella convenzione assicurativa. Valori annuali del *combined ratio* inferiori al 100% consentono alla compagnia di redistribuire parte dell'utile tecnico a favore del fondo

Tab. 4 Esempio di profit sharing al 60% del risultato tecnico.

Attivo			Passivo		
(a)	Premi emessi	100,00	(g)	Sinistri liquidati	46,00
(b)	Riserva premi in t	20,00	(h)	Riserva sinistri in t	35,00
(c)	Riserva premi in $t+1$	30,00	(i)	Riserva sinistri in $t+1$	40,00
(d)=(a)+(b)-(c)	Premi di competenza	90,00	(l)	Riserva sinistri tardivi	5,00
(e)	Aliquota di caricamento	25,00%	(m)	Riserva sinistri tardivi	3,00
<hr/>			<hr/>		
(f)=(d)*[1-(e)]	Premi di competenza netti	67,50	(n)=(g)+(h)-(i)+(l)-(m)	Sinistri di competenza	43,00
<hr/>			<hr/>		
(o)=(f)-(n)	Risultato tecnico	24,50			
(p)=(n)/(f)	Loss Ratio di competenza	63,70%			
(q)=60%*(o)	Profit Share	14,70			

sanitario nella forma sia dello «sconto» o «bonus» sull'annualità di premio successiva, sia nella forma di miglioramento delle prestazioni assicurative per il periodo successivo di copertura.

La misurazione del livello del *combined ratio* è opportunamente regolamentata all'interno della convenzione assicurativa e si basa in linea generale sulla costruzione di un conto tecnico ove prendono posizione dal:

- lato dell'attivo: i premi emessi, la variazione di riserva premi nell'anno ed il caricamento;
- lato del passivo: i sinistri liquidati, la variazione della riserva sinistri e la variazione della riserva sinistri tardivi.

Nella tabella 4 che precede è riportato un esempio numerico di

conto tecnico utilizzato dal mercato assicurativo per dare evidenza ai fondi sanitari del livello di *combined ratio*.

Nella convenzione assicurativa la regola di *profit sharing* ha una valenza commerciale particolarmente importante ed assume un ruolo determinante ai fini del completamento del processo di selezione del gestore assicurativo.

La fase del monitoraggio periodico e l'analisi dell'andamento tecnico della convenzione assicurativa

Attivata la convenzione assicurativa, il fondo sanitario deve esercitare un presidio temporale continuo sull'andamento sia dei sinistri che sulla qualità del servizio reso dalle strutture messe a disposizione dalla compagnia. In particolare, in sede di sottoscrizione della convenzione il fondo sanitario dovrà richiedere espressamente nell'articolato contrattuale che periodicamente (ad esempio trimestralmente) la compagnia rilasci un *report* statistico di tipo informativo che tenga conto almeno dei seguenti elementi informativi:

- in quanto ai sinistri liquidati:
 - dell'importo totale liquidato alla data di valutazione, della riserva sinistri e della stima dell'importo dei sinistri ancora non avvenuti;
 - della distribuzione statistica per importo e per numero e per tipologia delle prestazioni secondo la classificazione già prevista nell'ambito del nomenclatore;
 - della distribuzione per età e sesso e per area geografica;
 - della distribuzione statistica tra prestazioni in modalità diretta e indiretta;
- in quanto agli indicatori tecnici di sostenibilità della copertura assicurativa:
 - della frequenza di avere avuto almeno un sinistro;

- dell'indice di ripetibilità delle prestazioni;
 - del risarcimento medio liquidato;
 - del *loss ratio* osservato alla data di valutazione e della stima di chiusura a fine esercizio;
- in quanto alla valutazione della qualità dei servizi amministrativi e del *call center*:
- del n. contatti telefonici;
 - della % di evasione delle richieste;
 - dei tempi di attesa prima della risposta del *call center*;
 - dell'analisi delle pratiche e dei tempi di attesa per la prenotazione;
 - dell'analisi delle cause di ricasazione delle pratiche.

Per completare il quadro informativo sull'andamento della convenzione assicurativa, il fondo sanitario dovrebbe ricorrere almeno una volta all'anno alla predisposizione di una indagine campionaria finalizzata a monitorare il grado di soddisfazione della collettività assicurata, al fine di poter avviare tutte le azioni di *moral suasion* verso la compagnia per il ripristino dei giusti standard di qualità del servizio ove ne dovessero ricorrere i presupposti.

Considerazioni finali

In questa breve nota si è voluto dare un contributo sulle questioni organizzative che un processo di selezione di un gestore assicurativo richiede e pone a carico di un fondo sanitario che intenda perseguire un modello di gestione fondato sul trasferimento del rischio al mercato assicurativo. Non vi è dubbio che tra le fasi più delicate del processo rileva l'analisi preliminare dei bisogni di coperture assicurative da parte della platea degli assistiti; tale fase consente di calibrare l'offerta assistenziale del fondo nella maniera più adeguata per gli assistiti ad evitare un dispendio di energie finanziarie verso prestazioni sanitarie

di non alta domanda da parte degli assicurati anche in ragione della loro composizione anagrafica e demografica. Da ultimo la scelta del gestore assicurativo deve essere ponderata non tanto con riferimento al livello più basso di premio dovuto, quanto piuttosto alla solidità patrimoniale e finanziaria dell'impresa assicuratrice, oltre alla qualità e capillarità dei servizi resi.

IL BILANCIO TECNICO

GENNARO OLIVIERI, PAOLA FERSINI, LAURA BRUSCO E
FILIPPO OLIVIERI¹

IL RUOLO DEL BILANCIO TECNICO NEI FONDI AUTOASSICURATI

Il pricing del rischio e il bilancio tecnico ai fini dell'analisi della sostenibilità di breve/medio termine

Le forme di assistenza sanitaria integrativa, nello specifico fondi sanitari integrativi, Società di mutuo soccorso, casse sanitarie o di assistenza o altre entità (nel seguito per semplicità anche «fondo»), hanno come obiettivo fondante quello di fornire ai propri iscritti, senza scopo di lucro, un'assistenza sanitaria «aggiuntiva» rispetto a quella prevista dal Servizio Sanitario Nazionale e/o garantire un sussidio adeguato agli individui in stato di non autosufficienza.

Nei casi di gestione *in house* del rischio, nelle forme, quindi, auto-assicurate, tale scopo è perseguito tramite l'incasso e la gestione diretta (senza ricorrere allo strumento assicurativo) di contributi, versati da o per conto degli iscritti, determinati in modo da poter garantire nel tempo la copertura degli impegni del fondo nei confronti dei propri aderenti e, quindi, di salvaguardare la stabilità e la sostenibilità del fondo stesso.

Tratteremo in questo capitolo proprio i casi di forme di assistenza sanitaria integrativa autoassicurate in cui il rischio di gestione, in generale, resta in capo al fondo che dovrà, quindi, dotarsi di strumenti di analisi e quantificazione dei rischi in modo da poter monitorare, a garanzia degli iscritti, l'equilibrio tra entrate contributive e uscite per prestazioni tramite opportune valutazioni di natura tecnico-attuariale.

¹ *Studio attuariale Olivieri & Associati.*

Ciò in quanto, come in tutte le attività economiche caratterizzate dall'inversione del ciclo produttivo, in cui i ricavi precedono i costi, in cui cioè il pagamento del servizio previsto precede l'erogazione dello stesso, anche nel caso delle forme di assistenza sanitaria integrativa, all'inizio di ogni esercizio, non si ha l'informazione esatta circa il numero di rimborsi e il costo complessivo degli stessi che si manifesteranno nel corso dell'anno. Pertanto, tramite opportune tecniche attuariali che saranno specificate nel corso della trattazione, è possibile stimare tali valori guardando a ciò che è successo nel passato e tenendo conto di ciò che è, quindi, ragionevole presumere accadrà in futuro, con un certo grado di accuratezza.

Sulla base di tali analisi è possibile pertanto prevedere, su un orizzonte temporale di breve-medio (anche lungo) periodo, l'evoluzione futura della collettività degli aderenti (flussi demografici), dei contributi, delle prestazioni nonché dei rendimenti e delle spese (flussi economici).

Per quanto detto, una corretta gestione del rischio dal punto di vista attuariale è perciò fondamentale per assolvere al meglio allo scopo per cui l'entità è creata: la tutela della salute dei propri iscritti.

Perché tutto questo sia possibile, è necessario un efficace *risk management*, orientato alla conoscenza e alla conseguente mitigazione del rischio.

In particolare, una forma di assistenza sanitaria integrativa dovrà:

- identificare (e analizzare) il rischio;
- quantificare il rischio;
- trattare adeguatamente e monitorare nel tempo il rischio.

Scendendo più nel dettaglio, in un modello di gestione autoassicurato, è necessario realizzare valutazioni prima qualitative, volte quindi all'identificazione e all'analisi del rischio, poi quantitative finalizzate quindi a fornire una misura economica del rischio stesso da monitorare poi nel tempo.

Analisi qualitativa

Come anticipato, i rischi cui è sottoposta una forma di assistenza sanitaria integrativa sono molteplici, specie se in regime di autoassicurazione: alcuni sono certamente specifici dell'attività istituzionale dell'entità, altri sono relativi all'ambito in cui essa lavora. Nel seguito sono indicati alcuni dei principali rischi che una forma di assistenza sanitaria integrativa con gestione *in house* dovrebbe monitorare:

- rischio di antiselezione: rischio connesso alla possibilità che ad iscriversi alla forma di assistenza sanitaria integrativa siano solamente i soggetti più anziani o comunque i soggetti con più alte probabilità di ricorso alle prestazioni;

- rischio sistemico: rischio che il Servizio sanitario nazionale non riesca a far fronte alle prestazioni promesse, con conseguente trasferimento della spesa al settore privato;

- rischio tenuta basi tecniche: rischio che il premio di equilibrio, calcolato sulla base di certe ipotesi, non sia sufficiente a far fronte agli obblighi assunti in un dato orizzonte temporale a causa, ad esempio, di realizzazioni in un dato anno particolarmente differenti dalle previsioni;

- rischio di longevità: il rischio che la collettività degli iscritti invecchi progressivamente più di quanto ci si aspetti, con un conseguente maggior ricorso alle prestazioni; detto rischio è tanto più impattante quanto più le prestazioni erogate risultano connesse all'età (un esempio nel caso di prestazioni *Long term care*).

A quelli appena elencati, tipici dell'attività istituzionale delle forme di assistenza sanitaria integrativa, quindi endogeni, si accompagnano i rischi connessi all'attività gestionale del fondo; primo tra tutti il rischio finanziario o di mercato che rappresenta il rischio legato alla gestione finanziaria dei contributi incassati dal fondo quindi agli investimenti compiuti sui mercati finanziari. Esiste la possibilità, e in questo particolare momento storico tutti gli investitori, istituzionali e non, hanno avuto eclatanti manifestazioni degli effetti anche devastanti di tale

rischio, che gli investimenti effettuati non rendano quanto atteso con una conseguente diminuzione delle risorse a disposizione.

Alla luce di quanto appena esposto, a garanzia degli aderenti, è evidente la necessità, per le forme di assistenza sanitaria integrativa autoassicurate, di effettuare opportune analisi e valutazioni quantitative volte a monitorare e garantire l'equilibrio delle entrate e delle uscite nel tempo. In particolare, è necessario:

- Verificare l'equilibrio nel breve-medio periodo

Le forme di assistenza sanitaria integrativa operano, come è ovvio, su base pluriennale, è necessario pertanto monitorare l'equilibrio operativo non solo in un esercizio ma nel suo evolversi nel tempo.

Esistono infatti, come detto, diversi fattori che possono progressivamente alterare l'equilibrio tra entrate ed uscite, come ad esempio:

i) invecchiamento della popolazione: è nota la correlazione del costo sanitario con l'età dell'assistito, per la quasi totalità delle prestazioni sanitarie. Per questo è necessario monitorare attentamente l'andamento dell'età media futura attesa degli iscritti al fondo, ed eventualmente intervenire in anticipo nel caso di fenomeni specifici. Ad esempio, nel caso di un fondo sanitario negoziale di una società industriale, la previsione delle future assunzioni è un fattore determinante nello sviluppo dell'età media, difficilmente calcolabile se non con una previsione attuariale specifica. Per lo stesso motivo, per un fondo sanitario di categoria, potrebbe essere determinante analizzare l'*outlook* occupazionale del settore.

ii) incremento del costo delle prestazioni sanitarie nel tempo: il costo delle prestazioni sanitarie (la cui crescita è nota come inflazione sanitaria) ha una dinamica crescente nel tempo e, tipicamente, risulta maggiore rispetto all'indice dei prezzi al consumo Istat. In letteratura, tale effetto è dovuto a diversi fattori tra cui la rapida obsolescenza dei macchinari sanitari o il costo elevato delle nuove forme di medicina; ciò può far sì che il costo delle prestazioni sanitarie, oltre che per l'evoluzione dell'età media della platea, aumenti nel tempo significa-

tivamente e in misura più marcata rispetto agli incassi contributivi.

- Studiare eventuali modifiche al nomenclatore o costituire nuovi piani sanitari

L'esigenza, da parte di un fondo, di dover (in caso sia necessario il ripristino dell'equilibrio ove esso non sia garantito) o voler (per favorire una maggiore copertura a beneficio degli iscritti) modificare il nomenclatore, di inserire nuove prestazioni nello stesso o di creare nuovi piani sanitari, si traduce nella necessità di quantificare ex ante il costo atteso per tali modifiche o nuove introduzioni, affinché le stesse operazioni non modifichino l'equilibrio attuariale esistente tra incassi ed uscite.

- Verificare il mantenimento nel tempo della soglia del 20%

Per le entità assoggettate alla soglia del 20% di prestazioni vincolate ai fini del Decreto Sacconi, come condizione per i benefici fiscali per i propri assistiti (per usufruire dei benefici fiscali, i fondi devono garantire che il 20% delle prestazioni erogate sia costituita da prestazioni odontoiatriche, assistenza ai non autosufficienti e prestazioni per il recupero di soggetti temporaneamente inabili), è importante effettuare una valutazione prospettica delle singole prestazioni offerte, che vada a verificare che tale soglia sia rispettata anche per gli anni futuri. Spesso, infatti, le prestazioni odontoiatriche (che per molte realtà rappresentano gran parte delle prestazioni vincolate) hanno un andamento per età significativamente diverso rispetto ad altre prestazioni, quali ad esempio i ricoveri, che presentano un consistente aumento del costo nelle età più avanzate. In tale circostanza è utile, perciò, verificare che la struttura del nomenclatore garantisca il raggiungimento della soglia del 20% in un congruo orizzonte temporale.

- Porre in essere interventi correttivi in caso di sbilancio strutturale

Come detto, l'esigenza di rivedere il nomenclatore potrebbe derivare dall'evidenza di una situazione di sbilancio strutturale tra entrate e uscite; in tali casi una valutazione attuariale potrebbe chiarire la

natura e l'origine dello squilibrio e fornire gli elementi per individuare i correttivi più opportuni da adottare per il ripristino dell'equilibrio attuariale di lungo periodo.

Da quanto finora esposto, si deduce l'importanza della realizzazione di valutazioni attuariali periodiche che consentano al fondo di operare consapevolmente in un'ottica *risk based*.

Analisi quantitativa

Entrando ora più nelle specificità delle valutazioni attuariali, in questa seconda parte della trattazione si descrivono le fasi della redazione dello strumento principe per il monitoraggio dell'equilibrio prospettico delle forme di assistenza sanitaria integrativa: il bilancio tecnico.

Esso, in particolare:

- serve a valutare, in un congruo intervallo temporale, l'adeguatezza delle risorse a disposizione della forma di assistenza sanitaria in relazione agli impegni assunti;
- è uno strumento prospettico: l'obiettivo è prevedere quali saranno le presumibili entrate per contribuzione e rendimenti finanziari e quali le presumibili uscite per prestazioni e spese;
- consente la realizzazione di analisi quantitative sull'evoluzione futura di entrate ed uscite, in diversi scenari di ipotesi: *sensitivity analysis* (modificando un'ipotesi alla volta) e/o *scenario analysis* (modificando più ipotesi contemporaneamente), quantificandone l'effetto;
- è uno strumento di fondamentale importanza per la *Governance* del fondo: aiuta ad adottare una sana e prudente gestione e un'efficace *risk management*;
- è uno strumento di supporto per l'attività di *asset allocation liability driven*: disporre dei flussi finanziari analitici delle entrate e delle uscite è fondamentale ai fini di una corretta programmazione degli investimenti e del controllo della liquidità.

Ma come si effettua la redazione di un bilancio tecnico? La risposta a questa domanda è contenuta nella descrizione degli *step* necessari a tale scopo:

- **Fase 1:** predisposizione del piano di lavoro, analisi delle prestazioni erogate dal fondo, definizione delle metodologie e dei programmi di calcolo, raccolta dei dati di base, analisi e controllo degli stessi.

Al fine di poter impostare le valutazioni attuariali sottostanti la redazione del bilancio tecnico, è necessario preliminarmente analizzare le specificità della regolamentazione del fondo e del nomenclatore al fine di poter acquisire tutti i dati relativi alla collettività oggetto di valutazione, alle prestazioni erogate, ai contributi incassati e alla gestione economica e finanziaria delle risorse. È di fondamentale importanza quindi l'analisi e l'elaborazione dei dati ricevuti in quanto l'utilizzo di basi di dati non perfettamente corrette ha, ovviamente, un impatto fortemente distorsivo sui risultati delle valutazioni, invalidandone l'efficacia.

Contestualmente alla rilevazione e quadratura dei dati, è possibile costruire, sulla base della specifica realtà in esame, un modello analitico di valutazione *ad hoc* che replichi il funzionamento e le peculiarità dell'entità e in grado di poterne prevedere gli sviluppi futuri.

- **Fase 2:** definizione del sistema di basi tecniche di natura demografica, economica e finanziaria

Sempre sulla scorta dei dati acquisiti, è possibile definire le cosiddette «basi tecniche» cioè le ipotesi di natura demografica, economica e finanziaria, sottostanti le valutazioni attuariali.

Nello specifico, sono definite demografiche le basi tecniche relative all'evoluzione attesa del collettivo oggetto di valutazione, come ad esempio le diverse probabilità di passaggio di stato assicurativo (come ad esempio da attivo a pensionato, da attivo ad invalido ecc). Sono invece definite economico-finanziarie le basi tecniche relative all'evoluzione delle grandezze di natura appunto economica (come ad esempio variazione annua delle retribuzioni, tasso annuo di inflazione

ecc.) e finanziaria (come ad esempio il tasso annuo di rendimento del patrimonio).

Inoltre, assumono fondamentale rilevanza ai fini delle valutazioni attuariali, le basi tecniche relative alla frequenza di ricorso alle prestazioni e al costo medio delle prestazioni fruitive, ovvero delle ipotesi caratteristiche dell'attività istituzionale delle forme di assistenza sanitaria integrativa.

Schematizzando, le possibili basi tecniche necessarie alla valutazione sono:

Basi tecniche demografiche:

- Probabilità di uscita dalla collettività degli iscritti per morte;
- Probabilità di uscita dalla collettività degli iscritti per invalidità (se previsto dalle norme);
- Probabilità di uscita dalla collettività degli iscritti per raggiungimento di requisiti specifici (es. pensionamento, raggiunto limite di età);
- Probabilità di uscita dalla collettività degli iscritti per altre cause (es. dolo, inadempienza, scelta individuale);
- Stima numerosità dei nuovi ingressi (se la collettività è aperta a nuove adesioni), e relativa distribuzione della nuova popolazione per età, sesso e categoria di appartenenza (titolare, familiare, etc.);
- Altre basi tecniche demografiche specifiche (es. probabilità che un iscritto attivo confermi l'iscrizione all'entità nel passaggio a quiescenza, se prevista dallo Statuto).

Basi tecniche economico-finanziarie

- Tasso medio annuo di inflazione monetaria (in alternativa si può utilizzare una curva di inflazione);
- Tasso medio annuo di inflazione sanitaria;
- Tasso medio annuo di variazione delle retribuzioni, se la contribuzione è parametrata a tale grandezza;
- Tasso annuo di valutazione o attualizzazione utilizzato per il calcolo del valore attuale medio dei futuri cash flow di contributi e prestazioni; esso corrisponde al tasso di rendimento annuo previsto

sul patrimonio del fondo che è definito come media dei rendimenti prodotti sulle attività investite negli ultimi (generalmente) cinque anni e di quelli attesi nel breve periodo;

- Spese amministrative e di gestione;
- Altre basi tecniche economico-finanziarie specifiche (es. massimale contributivo, se previsto).

Ipotesi relative alle prestazioni erogate suddivise per sottocategoria omogenea (es. Ricoveri, Cure odontoiatriche, etc.):

- Frequenze (di richiesta di rimborso della specifica prestazione in esame);
- Costo medio (del rimborso della specifica prestazione in esame).

Ciascuna delle suddette ipotesi viene stimata sulla base dei dati storici relativi a ciascun fenomeno esaminato (mortalità, invalidità ecc), osservato in un orizzonte temporale ottimale (che non è necessariamente quello più ampio; scegliendo un periodo di osservazione troppo ampio si potrebbero includere, ad esempio, fenomeni collegati a particolari momenti storici che potrebbero distorcerne l'effettiva manifestazione; tali eventualità necessitano di analisi *ad hoc*). In assenza, come spesso avviene, di dati relativi alla specifica esperienza della collettività in esame, o in caso di start-up, si fa riferimento a più ampie collettività similari o a dati relativi alla popolazione italiana.

Da un punto di vista tecnico, in caso di dati statisticamente robusti, è possibile, come detto, costruire le basi tecniche demografiche sulla specifica esperienza della collettività oggetto di valutazione, analizzando ciascun fenomeno interessante ai fini della proiezione e differenziandolo inoltre per quei caratteri distintivi del fenomeno (ad esempio, l'età, l'anzianità in copertura o il sesso). Si procede quindi al:

- calcolo delle frequenze osservate per età/anzianità, date dal rapporto tra il numero di eventi in esame (ad esempio decessi) ad una certa età/anzianità e gli esposti alla stessa età/anzianità (ad inizio anno, ad esempio, o a metà anno);
- calcolo dei pesi di ciascuna classe di età/anzianità (la somma

dei pesi deve essere pari a 1). Naturalmente, ai fini dell'analisi, età/anzianità o classi di età/anzianità con molti esposti avranno un peso maggiore rispetto ad altre con un numero di esposti esiguo (le cosiddette «code»), e se ne dovrà tenere adeguatamente conto;

- perequazione («*smoothing*») delle frequenze grezze: costruzione di una curva tramite un apposito software (Matlab, Excel, etc.) che approssimi bene l'andamento delle frequenze osservate, riducendo o eliminando la possibile aleatorietà tra classi di età/anzianità contigue cogliendo quindi il *trend* del fenomeno, al di là delle fluttuazioni casuali osservate. Un'attenzione particolare va riservata ai cosiddetti dati *outlier*, ovvero alle frequenze osservate anomale, la cui realizzazione è imputabile ad errori di rilevazione o ad una manifestazione straordinaria del fenomeno; in entrambi i casi devono essere esclusi dall'analisi onde evitare una distorsione nell'andamento della curva di perequazione.

Al fine di valutare la bontà di adattamento della perequazione ai dati osservati, è utile confrontare gli eventi effettivi verificatisi con quelli teorici ottenuti applicando la curva di perequazione adottata (che rappresenta quindi la tavola delle probabilità di manifestazione del fenomeno cui si riferisce) agli esposti al rischio: quanto più tali valori convergono, per l'intera collettività e/o per classi di età/anzianità, tanto più la curva di perequazione ben approssima il fenomeno.

Inoltre, in letteratura esistono diversi indicatori o test per la verifica della bontà di adattamento della perequazione ai dati osservati tra cui l' R^2 , che misura quanto della devianza totale (ovvero la somma dei quadrati degli scarti dalla media) è spiegata dal modello, ovvero:

$$R^2 = \frac{\text{devianza spiegata dal modello}}{\text{devianza totale}}$$

Tanto più grande è l' R^2 , che per costruzione può essere al massimo pari a 1, tanto più il modello utilizzato riesce a interpretare corretta-

mente i dati osservati; tanto più la variabilità spiegata dal modello è bassa (al limite pari a 0), tanto più il modello non riesce a descrivere correttamente i dati osservati. Inoltre, spesso viene usato un indicatore derivato dall' R^2 , ovvero l' R^2 *adjusted*, che ha il pregio di tener conto del diverso numero di regressori utilizzati e perciò penalizzare perequazioni con un gran numero di variabili non realmente esplicative.

Nel caso in cui i dati a disposizione non risultassero tali da costruire tavole di probabilità *ad hoc*, che assicurino rappresentazioni attendibili dei fenomeni analizzati è possibile procedere a correggere opportunamente tavole relative alla popolazione italiana (ad esempio, tavole di mortalità o di invalidità) in modo da adattare alla specifica realtà in esame.

Per quanto riguarda le ipotesi di natura economica relative ad esempio all'andamento delle retribuzioni, si segue lo stesso procedimento appena descritto per le basi demografiche, con l'accortezza di limitare il periodo di osservazione all'anno di valutazione per evitare di sommare o mediare importi riferiti economicamente ad anni diversi; alternativamente è necessario modificare opportunamente gli importi passati per tener conto della diversa collocazione economica nel tempo.

Infine, per i parametri macroeconomici, di natura quindi esogena (come ad esempio il tasso annuo di inflazione) si fa riferimento a documenti di finanza pubblica (DEF, RGS, Conferenza dei Servizi, etc.).

- **Fase 3:** la terza fase riguarda la realizzazione delle valutazioni quindi la stima, tramite un opportuno modello attuariale *ad hoc*, dell'evoluzione futura della collettività, dei futuri flussi in entrata e in uscita dal fondo e, quindi, la redazione del Bilancio Tecnico rappresentato tramite uno schema analitico (in cui si riportano i flussi attesi anno per anno in euro correnti) e sintetico (in cui le attività e le passività sono indicate in termini di valori attuali medi riferiti alla data di valutazione).

Ciascuno dei due prospetti fornisce informazioni utili all'analisi delle caratteristiche e dell'equilibrio del fondo e rappresenta uno stru-

mento utile per implementare ulteriori attività volte al miglioramento dell'equilibrio stesso come ad esempio attività di *Asset liability driven*.

Un esempio di prospetto analitico è quello riportato nella tabella 5 che indica, per ciascun anno di proiezione, le grandezze relative alle entrate (per contribuzioni o rendimenti finanziari) e alle uscite (per prestazioni o costi di amministrazione e gestione).

Il prospetto analitico, evidenzia lo sviluppo futuro dei flussi in entrata e in uscita e l'evoluzione del patrimonio nel tempo, consente una programmazione degli investimenti in un'ottica *Asset-Liability*; inoltre, potendo valutare in quanti anni il patrimonio iniziale andrà verosimilmente ad erodersi o ad annullarsi, si possono porre in essere interventi di modifiche regolamentari o statuarie con un congruo anticipo al fine di ripristinare la stabilità e l'equilibrio di lungo periodo del fondo.

Nel prospetto sintetico (un esempio è riportato nella tabella 6), invece, vengono rappresentate in valore attuale, e quindi riportando finanziariamente tutti gli importi alla data di valutazione, le grandezze già analizzate nello schema analitico. In questo modo, è possibile ottenere il valore attuale medio complessivo delle attività dell'entità e il valore attuale medio complessivo delle passività dell'entità, nell'orizzonte temporale scelto, e valutare la sussistenza o meno dell'equilibrio del fondo alla data di valutazione.

Al fine di un migliore apprezzamento dei risultati ottenuti nello scenario cosiddetto *best estimate*, che rappresenta la migliore stima, quella più probabile, è opportuno corredare i risultati con le *sensitivity analysis* o *scenario analysis* (stress-test) al fine di misurare l'impatto sulla stabilità del fondo della variazione di ipotesi sensibili (tasso di valutazione, tasso di inflazione, frequenza di rimborso, costo medio del singolo rimborso, etc) o di varianti normative/statutarie/regolamentari.

Si riportano di seguito alcuni possibili *output* di interesse per il *risk management* della forma sanitaria integrativa:

- andamento demografico atteso degli iscritti all'entità, per

Tab. 5 Esempio di prospetto analitico.

Anno di proiezione	Patrimonio iniziale	Entrate contributive	Uscite per prestazioni	Rendimenti finanziari	Spese di amministrazione e gestione	Patrimonio finale
0						
1						
2						
3						
...						
10						
...						
30						

Tab. 6 Esempio di prospetto sintetico.

Attività	Passività
Patrimonio netto alla data di valutazione	Valore attuale medio prestazioni in pagamento Valore attuale medio prestazioni future
Valore attuale medio contributi futuri	Valore attuale delle spese di amministrazione e di gestione
Totale attività	Totale passività
Disavanzo tecnico	Avanzo tecnico
Totale a pareggio	Totale a pareggio

tipologia di aderente, per ogni anno di proiezione futuro;

- andamento dell'età media attesa per tipologia di aderente, per ogni anno di proiezione futuro;

- andamento delle contribuzioni medie e delle prestazioni medie per tipologia di aderente, per ogni anno di proiezione futuro;

- valutazione quantitativa dell'impatto di un cambiamento normativo/regolamentare/statutario;

- valutazioni volte alla quantificazione di specifici rischi;

- intervalli di confidenza della *best estimate* (miglior stima in

termini di valor medio), tramite valutazione di tipo stocastico, per quantificare la variabilità dei fenomeni in esame;

- prospetto di Bilancio Tecnico Analitico e Sintetico e relativo andamento atteso del Patrimonio dell'entità, per ogni anno di proiezione futuro.

- **Fase 4:** l'attività di stesura del bilancio tecnico si conclude con la redazione di una relazione tecnica che contenga la descrizione chiara e perfettamente fruibile anche dai non addetti ai lavori, oltre che della regolamentazione del fondo analizzato, dei dati utilizzati, della metodologia di costruzione delle basi tecniche, della metodologia attuariale adottata e dei risultati raggiunti con le dovute considerazioni conclusive sullo stato di salute del fondo.

Le regole e i criteri di valutazione delle riserve tecniche

Un aspetto connesso all'analisi e quantificazione dei rischi cui è sottoposta una forma di assistenza sanitaria integrativa è l'accantonamento di apposite riserve tecniche per far fronte a specifici rischi e per garantire quindi la sostenibilità prospettica del fondo; nella fattispecie, è possibile individuare due macroaree che prevedono differenti necessità di accantonamenti tecnici: riserve tecniche per garanzie a ripartizione e riserve tecniche per garanzie di *Long term care* a capitalizzazione.

Tra le riserve tecniche per garanzie a ripartizione, i principali accantonamenti (tipici delle assicurazioni contro i danni) sono:

- riserva tecnica di senescenza: serve a far fronte al possibile aggravamento del rischio legato al crescere dell'età degli assistiti, qualora i contributi siano determinati con riferimento all'età iniziale e non siano aggiornati periodicamente;

- riserva tecnica premi (contribuzioni): si rende necessaria nel caso in cui i contributi siano di competenza di un unico esercizio, ma possano essere incassati, ad esempio, a cavallo di più esercizi;

- riserva tecnica sinistri: va effettuata per far fronte ai costi da sostenere in futuro a fronte di prestazioni (sinistri) avvenute nell'esercizio in corso o in esercizi precedenti, denunciate o non ancora denunciate, in corso di liquidazione o non ancora liquidate alla data di chiusura dell'esercizio;

- riserva tecnica di sicurezza (o perequazione): è necessaria per far fronte ad eventuali scostamenti nella sinistrosità effettiva rispetto alle previsioni effettuate, come cuscinetto di sicurezza rispetto alla *best estimate*.

Per quanto riguarda invece le riserve tecniche per garanzie di *Long term care* a capitalizzazione è necessario seguire le tecniche delle assicurazioni sulla vita, al fine di accantonare importi sufficienti a far fronte alle future erogazioni per non autosufficienza che nel tempo si prevede dover erogare.

Considerazioni finali

Come visto da quanto esposto nella presente trattazione, per le forme di assistenza sanitaria integrativa autoassicurate, le valutazioni attuariali svolgono un ruolo determinante per la sana e consapevole gestione dei rischi cui è sottoposto il fondo.

È importante altresì notare che, anche nei casi di forme totalmente assicurate o di modelli misti di gestione, l'Attuario può coadiuvare il fondo nell'implementazione di un sistema coordinato di gestione del rischio, attraverso un'attenta analisi di assunzione, trasferimento e riduzione del rischio.

Nello specifico, si riportano di seguito i principali ambiti di supporto al *risk management* del fondo che l'Attuario può fornire in ciascuno dei 3 modelli di gestione:

- modello autoassicurato: verifica dell'equilibrio nel breve-medio periodo, studio di eventuali modifiche al Nomenclatore, verifica del

mantenimento nel tempo della soglia del 20% del Decreto Sacconi, costituzione di nuovi piani sanitari attuarialmente in equilibrio, interventi correttivi in casi di sbilancio strutturale, etc;

- modello totalmente assicurato: verifica della congruità del premio assicurativo pagato, studi per eventuali parziali/totali internalizzazioni delle prestazioni, verifica dell'accordo quadro con la Compagnia assicurativa, etc;

- modello misto: oltre a quanto già descritto in precedenza per i primi due modelli gestionali, studi per cessioni parziali di determinati rischi a un assicuratore o controllo del prezzo pagato per tali coperture.

LA GESTIONE FINANZIARIA DELLE RISORSE

IL PROCESSO DI GESTIONE FINANZIARIA DEI FONDI SANITARI

Premessa

Fino al 2015 la gestione del patrimonio dei fondi sanitari era tendenzialmente basata sull'investimento a breve della liquidità (pronti contro termine, depositi vincolati, ...). Con tale approccio venivano gestite sia le risorse dell'anno in corso (in funzione delle scadenze per rimborsi) sia quelle accantonate negli anni precedenti.

In un contesto di rendimenti negativi del mercato monetario, il 1 gennaio 2016 è diventata operativa la procedura del *bail-in* prevista dalla direttiva europea BRRD. Con questa norma il rischio di crisi degli istituti bancari è stato quindi spostato su azionisti e creditori (secondo una gerarchia ben individuata), inclusi i depositi in conto corrente. Come è noto, ciò è accaduto in una fase in cui alcuni istituti bancari hanno vissuto serie difficoltà. Una maggiore consapevolezza dei rischi ha determinato quindi anche per i fondi sanitari la necessità di superare un approccio basato sulla remunerazione dei depositi per costruire una politica di impiego più strutturata e diversificata per micro obiettivi e rischi.

Lo scopo di questo capitolo è fornire spunti di riflessione sulle modalità di gestione delle risorse dei fondi sanitari, tenendo conto della loro *mission*: erogare prestazioni socio-sanitarie agli iscritti.

In assenza di una normativa di riferimento in materia, possiamo considerare anche i fondi sanitari all'interno della categoria degli investitori istituzionali, della quale fanno parte fondazioni bancarie,

¹ *Prometeia Advisor SIM*.

casce di previdenza e fondi pensione. In tal modo possiamo quindi applicare, quantomeno per analogia, alcuni concetti tipici della gestione dei patrimoni istituzionali, in particolare i processi di investimento, concentrandoci sulle peculiarità dei fondi sanitari. Tale approccio ci consente inoltre di poter individuare quelle che potrebbero essere definite come *best practice* di sistema.

Le fasi del processo di investimento

In quanto investitore istituzionale, il fondo sanitario gestisce un patrimonio finalizzato all'erogazione delle prestazioni. Ciò vuol dire che la gestione deve necessariamente tener conto della struttura delle passività (attuali e prospettiche) del fondo e va inquadrata in una logica di *asset & liability management* (Alm). Tale approccio consente, in particolare ai fondi autoassicurati, di ottimizzare la gestione e ridurre i costi.

In termini generali, possiamo individuare tre fasi del processo di investimento:

- definizione degli obiettivi: dopo un'attenta analisi della struttura delle passività del fondo, condotta a partire dal bilancio tecnico, e dati i vincoli sia legati alle caratteristiche del fondo stesso (ad esempio la demografia degli iscritti) sia ai mercati finanziari su cui il patrimonio verrà investito (ad esempio *rating* minimo degli investimenti obbligazionari pari a *investment grade*), saranno definiti gli obiettivi da raggiungere e il relativo orizzonte temporale. Questi si tradurranno nella costruzione di un portafoglio diversificato che avrà l'obiettivo di raggiungere il *target* di rendimento rispettando il *budget* di rischio;
- implementazione: noti gli obiettivi e l'orizzonte temporale, la strategia potrà essere implementata ricorrendo alle varie forme tecniche disponibili sui mercati finanziari (acquisto diretto di titoli, mandati di gestione patrimoniale, acquisto diretto di fondi comuni di

investimento, acquisto di polizze assicurative, ...). La scelta dipenderà da vari fattori quali la volontà di esternalizzare la gestione o di creare una struttura interna dedicata agli investimenti, la necessità di ottimizzazione amministrativa/contabile/fiscale...;

- monitoraggio della strategia implementata: viene svolto per verificarne sia l'efficacia (raggiungimento degli obiettivi, rispetto del *budget* di rischio) sia l'efficienza (della struttura di portafoglio e dei singoli strumenti/servizi utilizzati).

Elemento chiave del processo è quindi, senza dubbio, la definizione degli obiettivi – che peraltro caratterizza le differenti tipologie di investitori istituzionali – che nel caso dei fondi sanitari dipende dal fine della gestione del patrimonio.

Passiamo alla descrizione di alcune caratteristiche che identificano i fondi sanitari.

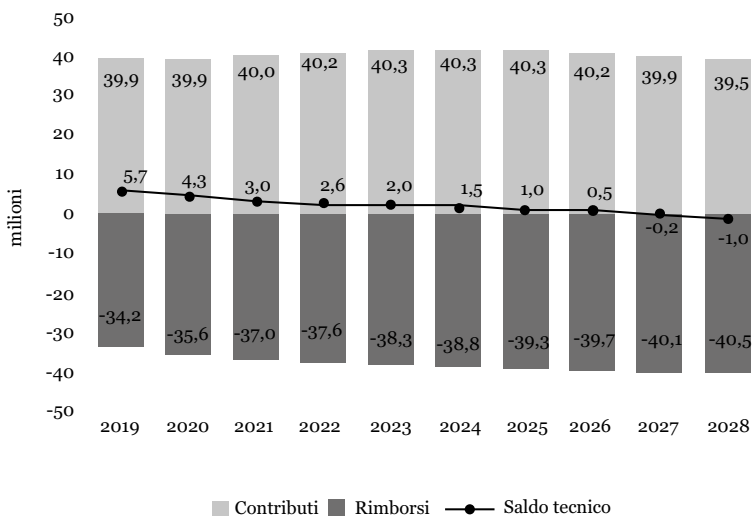
Definizione degli obiettivi

Il fondo sanitario raccoglie contributi, sia a adesione collettiva (a seguito di contratti di lavoro collettivi o aziendali tra parti sociali), sia a adesione volontaria, con la finalità di pagare le prestazioni sanitarie a tutti gli aderenti.

La mutualità, caratteristica tipica di un fondo sanitario, è la possibilità di rimborsare prestazioni in misura anche superiore ai contributi versati e alle possibilità economiche del singolo aderente, beneficiando di un meccanismo di ripartizione delle risorse versate e di trasferimento a favore di chi ne necessita. Altra caratteristica che li contraddistingue dagli altri enti, come ad esempio le assicurazioni, è la non selettività dei rischi.

Trattandosi di enti senza scopo di lucro, le eventuali risorse in eccesso non vengono distribuite ai soci ma accantonate per essere erogate in futuro.

FIG. 3 Contributi, rimborsi e saldo tecnico.

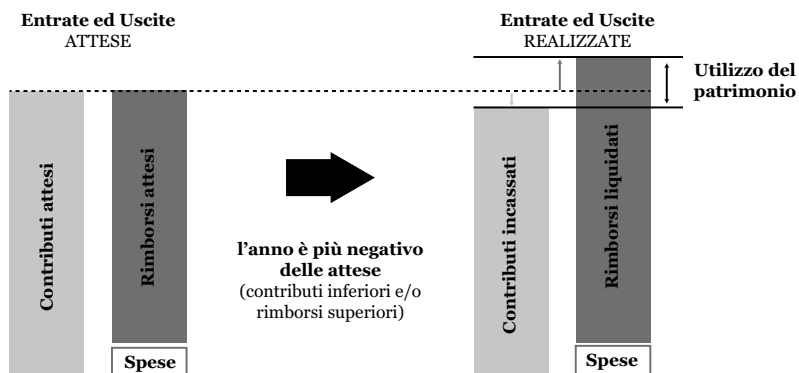


Il meccanismo di ripartizione annuale, tipico di tali enti, prevede l'utilizzo dei contributi incassati dagli iscritti per pagare le prestazioni dell'esercizio, con opportuni margini di sicurezza per rischi attuariali e finanziari. In questo contesto la gestione del patrimonio diventa fondamentale per il mantenimento dell'equilibrio tecnico annuale (cfr. figura 3).

In questo quadro, la struttura delle passività, pur dipendendo dalla tipologia di prestazioni erogate, esprime in genere differenti obiettivi di gestione, anche in termini di orizzonti temporali. In particolare:

- ottimizzazione dei flussi di cassa (*cash flow matching*): si fa riferimento alla gestione delle entrate e delle uscite nell'esercizio, che può essere fatta secondo un modello di poste a vista, che mira a stimare e gestire i rischi di liquidità in termini quantitativi e scadenziati nel tempo, anche tramite generazione di scenari estremi, e di conseguenza ad allocare le risorse sull'orizzonte annuale (equilibrio tecnico annuale);

FIG. 4 Contributi e rimborsi attesi vs. contributi e rimborsi liquidati.



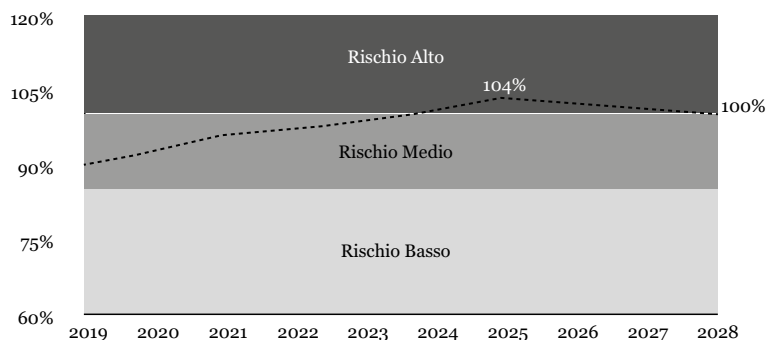
- ottimizzazione delle riserve: al fine di tutelare l'ente da inattesi sviluppi delle prestazioni è necessario prevedere e gestire le riserve in un orizzonte di medio periodo, con il fine di stabilizzare l'equilibrio annuale (cfr. figura 4).

Il fondo sanitario può anche offrire prestazioni Ltc². In tal caso la gestione è più orientata al medio-lungo termine (in quanto la fase iniziale prevede l'accumulo delle risorse e il loro investimento) e riflette la necessità di mantenere un livello di capitalizzazione accettabile (equilibrio di medio lungo termine). Tale copertura è inquadrabile nell'ambito della capitalizzazione collettiva.

Il patrimonio, che, tenendo anche conto del ruolo di garanzia, deve essere tutelato da eventi inattesi, va pertanto gestito in maniera funzionale alle caratteristiche dell'ente, con particolare riferimento alla previsione della gestione in monte (diversamente dalla gestione

² Nel proseguo del capitolo ci si concentrerà sulle prestazioni sanitarie «tradizionali», per le quali vale la ripartizione.

FIG. 5 Rimborsi su contributi nell'anno.



in conti individuali tipica dei fondi pensione) e basato sul principio della solidarietà (invece che sulla capitalizzazione tipica degli schemi previdenziali).

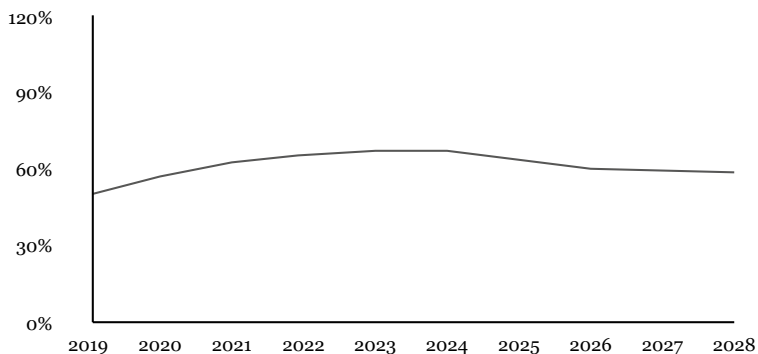
In una logica di Alm possono essere utilizzati alcuni indicatori che sintetizzano l'evoluzione prospettica di alcune grandezze chiave dell'equilibrio tecnico. In particolare:

- Rimborsi su contributi nell'anno: consente di misurare se i contributi incassati nell'anno sono sufficienti a pagare i rimborsi e i costi di esercizio. Per fini prudenziali è opportuno mantenere un margine di sicurezza, attestando *ex ante* tale indicatore al di sotto del 100%; in caso contrario ovviamente il fondo dovrebbe attingere alle riserve per rimborsare gli assistiti (cfr. figura 5).

- Patrimonio su rimborsi nell'anno: misura il livello di capitalizzazione del fondo, grandezza per la quale andrebbe definito un obiettivo (ad es.: 100% ovvero un anno di prestazioni accantonate) e un tetto massimo (ad es.: 200% ovvero 2 annualità di prestazioni) oltre il quale intervenire sull'equilibrio contributi-prestazioni (cfr. figura 6).

Tali indicatori sono importanti per individuare vincoli e obiettivi della gestione del patrimonio a riserva in prospettiva. A parità di

FIG. 6 Patrimonio su rimborsi nell'anno.



patrimonio iniziale, ad esempio, è diverso impostare una politica di investimento quando l'indicatore di capitalizzazione ha un marcato *trend* decrescente rispetto a quando ha un *trend* stabile. Nel primo caso si dovrà provvedere *ex ante* alla necessità di attingere al patrimonio per far fronte all'equilibrio tecnico per diversi anni, influenzando così sul profilo rendimento/rischio dell'allocazione.

Il patrimonio accantonato a riserva potrà essere investito con un orizzonte di medio periodo. Non essendo prevista nessuna rivalutazione *ex-lege* dello stesso, appare coerente con la finalità delle riserve stesse ipotizzare come obiettivo minimo la conservazione del valore reale del patrimonio, ferma restando la necessità di accantonamento a fondo rischi.

In termini finanziari ciò si traduce nell'individuazione di un obiettivo di rendimento di medio periodo pari all'inflazione più uno *spread* (redditività reale) (cfr. figura 7).

L'*asset allocation* si traduce quindi in un problema di minimizzazione del rischio, dato un obiettivo di rendimento reale, e ha come oggetto il portafoglio a copertura delle riserve; il portafoglio che ne deriva è diversificato, in prevalenza obbligazionario e caratterizzato

FIG. 7 Individuazione dell'obiettivo di rendimento.

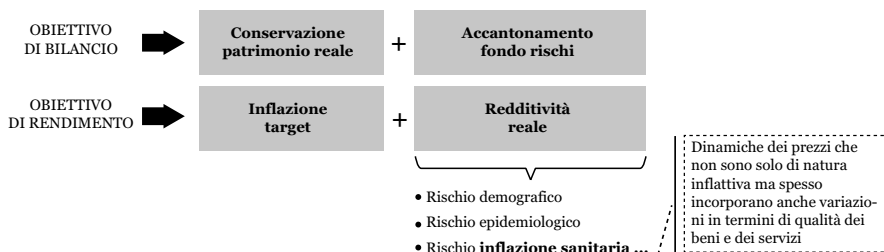
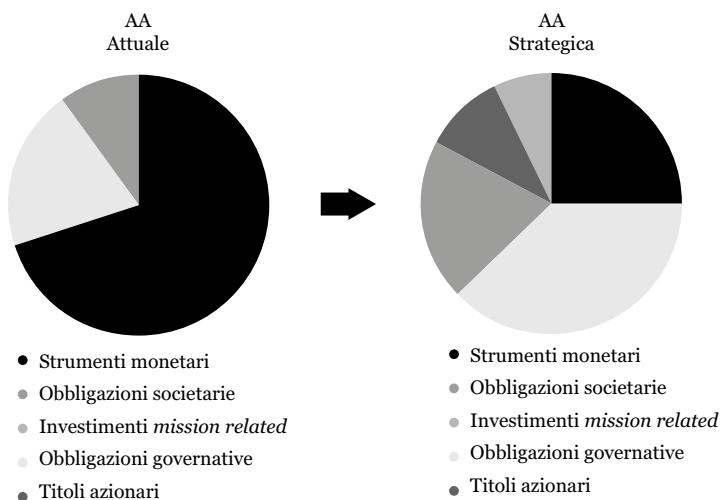


FIG. 8 L'individuazione dell'asset allocation strategica.



da un alto livello di liquidabilità (cfr. figura 8).

Nell'allocatione delle risorse possono inoltre essere valutati investimenti «*mission related*» ovvero modalità di impiego del patrimonio che abbiano anche un ritorno per la collettività assicurata. A titolo di esempio si citano gli investimenti in residenze sanitarie assistenziali (in genere attraverso fondi di investimento specializzati), che, oltre

a generare una redditività finanziaria per il patrimonio del fondo, possono consentire agli iscritti di accedere alle strutture attraverso apposite convenzioni.

Per l'ottimizzazione dei flussi di cassa sul singolo esercizio, l'approccio sarà più di *cash flow matching*: l'obiettivo sarà far fronte alle scadenze previste diversificando i rischi (sia di credito sia di controparte).

Implementazione e monitoraggio della strategia

I fondi sanitari potranno mettere in atto la strategia di investimento attraverso un portafoglio di fondi appositamente selezionati facendo ricorso a operatori professionali; questo al fine di massimizzare la diversificazione degli impieghi, viste anche le consistenze medie dei patrimoni a riserva. In alternativa potranno assegnare alcuni mandati di gestione patrimoniale; in questo caso va messo in evidenza che a maggiore personalizzazione si contrappone una maggiore concentrazione su pochi gestori, per evidenti motivi di economicità legati alle dimensioni minime del mandato. Altra modalità che può essere attuata è quella del comparto dedicato al fondo, in cui riflettere l'*asset allocation* individuata in una logica di personalizzazione degli impieghi all'interno di uno strumento di investimento trasparente e vigilato. In ogni caso le valutazioni dovranno tener conto sia dell'efficienza finanziaria del modello di portafoglio, sia degli impatti amministrativi/contabili/fiscali della soluzione scelta (cfr. figura 9).

Per quanto riguarda invece la componente di *cash flow matching*, il fondo può adottare una gestione diretta (anche in virtù della conoscenza approfondita delle proprie scadenze) anche supportato da un consulente in materia di investimenti o, in alternativa, incaricare un gestore professionale.

Senza entrare nel dettaglio dell'attività di controllo della gestione (per la quale è previsto uno specifico capitolo), è consigliato verificare

FIG. 9 Strategie di investimento.

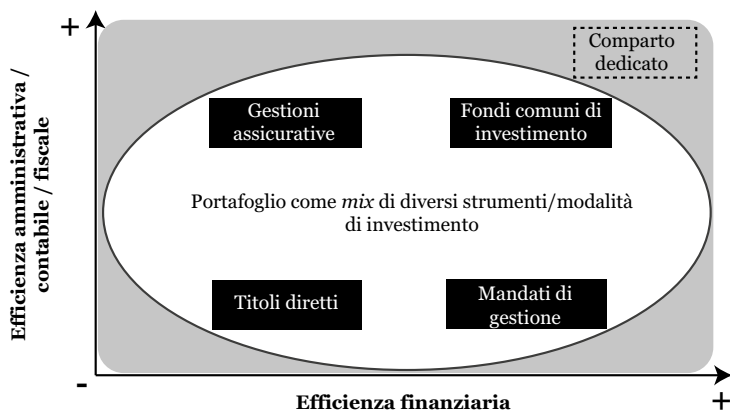


FIG. 10 Il monitoraggio dei rischi.

Rischi assicurativi	Rischi di mercato	Rischi di liquidità
<p>Rischi di sostenibilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stima del punto di <i>break even</i> • Probabilità di <i>default</i> del saldo tecnico • Patrimonio <i>target</i> libero da impegni di solvibilità • Analisi della sostenibilità nel sentiero centrale • Analisi della sostenibilità negli scenari estremi <p>Rischi demografici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frequenza dei sinistri • Andamento dei rimborsi • Scostamento rispetto al Bilancio Tecnico 	<p>Rischi sulla totalità del portafoglio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Variabilità del rendimento • Perdita massima • Indicatori di efficienza • Rischio emittente <p>Rischi sul portafoglio bond:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Duration</i> • <i>Credit spread</i> <p>Rischio azionario</p> <p>Rischio immobiliare</p>	<p>Rischio di <i>liquidity mismatch</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proiezione dei flussi previdenziali • Sbilancio entrate/uscite nel sentiero centrale • Sbilancio entrate/uscite negli scenari estremi <p>Rischio di liquidabilità:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grado di liquidabilità del patrimonio • Esposizione a titoli illiquidi

periodicamente (in genere su base annua) l'efficacia della strategia, ovvero il raggiungimento del *target* di rendimento e/o il rispetto del *budget* di rischio, per confermare o modificare l'*asset allocation*, anche tenendo conto dello scenario economico e finanziario atteso.

Nella figura 10 un possibile schema di sintesi delle grandezze monitorabili, distinte per tipologia di rischio.

SILVIO BENCINI¹

IL RISCHIO NELLA GESTIONE DEI FONDI SANITARI

Cosa si intende per rischio di portafoglio

Quando si parla di «rischio di portafoglio» ci si riferisce alla probabilità che il rendimento futuro non sia quello atteso².

Quando l'investitore sceglie il rendimento pensa alla parte alta della distribuzione (rendimenti superiori o uguali alla media) ma quando pensa al rischio pensa alla parte bassa (rendimenti inferiori al rendimento atteso).

Un'attività «senza rischio» è un'attività di cui è certa la somma che verrà pagata al termine dell'investimento. Attività senza rischio sono perciò i titoli di Stato o i depositi bancari (di emittenti con merito di credito elevato) a breve termine, e il loro rendimento, detto «privo di rischio» è utilizzato come metro di paragone per tutte le altre attività finanziarie.

Bot e depositi bancari sono in realtà privi di rischio solo nel breve orizzonte d'investimento nel quale si esauriscono. Nel lungo periodo è stato mostrato che sono più rischiosi delle azioni perché il loro rendimento è spesso inferiore al tasso di inflazione³.

La tabella seguente (cfr. tabella 7) contiene misure di rendimento storico e volatilità in euro calcolate su dati mensili nel periodo 31.12.1998-31.12.2018.

¹ *European Investment Consulting.*

² Fra i tanti, due introduzioni al rischio finanziario sono Jorion P., 2006, *Vaue at Risk* e McGraw Hill - Christoffersen P., 2011, *Elements of Financial Risk Management.*

³ La rischiosità a lungo termine è trattata in Campbell J.Y. - Viceira L.M., 2002, *Strategic Asset Allocation.*

Tab. 7 *Rendimento storico e volatilità in euro calcolate su dati mensili nel periodo 31.12.98-31.12.18*

Asset Class	Rendimento storico	Dev standard
Liquidità euro	1,53%	0,55%
Titoli di Stato euro	4,58%	3,94%
Obbligazioni corporate IG euro	4,28%	3,29%
Obbligazioni corporate HY euro	7,86%	10,47%
Obbligazioni globali aggregate IG euro hedged	3,81%	2,74%
Obbligazioni globali aggregate HY euro hedged	7,81%	9,34%
Obbligazioni globali aggregate HC euro hedged	7,61%	8,70%
Azioni euro	4,09%	17,25%
Azioni mondiali mercati sviluppati	5,09%	13,37%
Azioni mondiali mercati sviluppati euro hedged	5,41%	13,53%
Azioni mercati Emergenti	9,20%	18,41%

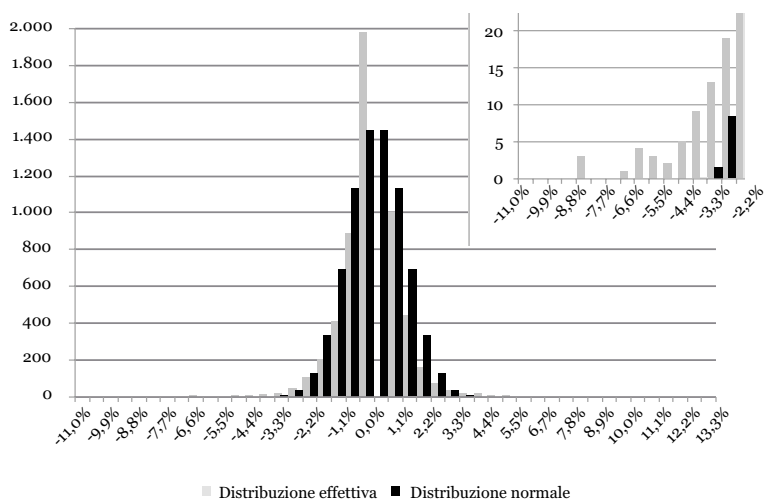
Come si misura il rischio di portafoglio – Ex post

Il rischio è misurato come dispersione del rendimento di un titolo o portafoglio di titoli intorno al suo rendimento medio. Più alto è questo valore più alta è la probabilità che il rendimento sia diverso da quello storico oppure atteso.

Il rischio può essere «assoluto» o «relativo» (a seconda che si misuri la dispersione dei rendimenti in eccesso al rendimento «privo di rischio» o al rendimento di una attività rischiosa) e può essere sintetizzato in una misura di dispersione (deviazione standard dei rendimenti) o in misura di frequenza dei rendimenti entro o oltre certi valori della distribuzione.

Il primo metodo, «parametrico» assume che la distribuzione dei rendimenti sia «normale» o «gaussiana», e bastino due parametri (media e deviazione standard) per descrivere le probabilità del verificarsi di tutti i rendimenti. Per sapere quanto è probabile avere un

FIG. 11 *Distribuzione effettiva dei rendimenti vs. distribuzione normale.*



rendimento negativo inferiore al $x\%$ basta prendere i due parametri della distribuzione e una di quelle tavole che si trovano in fondo a tutti i libri di statistica e si ha la risposta.

Il secondo metodo, «storico», assume che la distribuzione sia sconosciuta (o meglio, che sia normale ma con tante eccezioni) e che l'unico modo per sapere qual è la probabilità di avere rendimenti inferiori sia contarli su un certo orizzonte temporale passato.

I risultati di rischio che si ottengono dai due metodi sono diversi perché i rendimenti finanziari hanno un comportamento che se non «anormale» si può effettivamente definire «poco normale», perché i casi di rendimenti (soprattutto) inferiori a quanto sarebbe previsto da una distribuzione normale sono più frequenti.

Il grafico in figura 11 illustra questo fenomeno utilizzando i rendimenti giornalieri dell'indice S&P 500 del mercato azionario americano con dividendi reinvestiti dal 31 dicembre 1988 al 26 dicembre 2018.

Come si può vedere dal grafico, la distribuzione effettiva dei ren-

dimenti presenta due differenze rispetto a quella teorica.

La prima è che ci sono più valori lontani dalla media (la distribuzione è più «piatta», cioè ha un indice di «kurtosi» maggiore di 3).

La seconda è che ci sono valori eccezionalmente più bassi della media.

Nel periodo considerato, ad esempio, si sono verificate 40 giornate in cui il rendimento è stato inferiore alla media meno tre deviazioni standard, quando in teoria avrebbero dovuto essere meno di 2. Questo fatto viene colto da un indice di asimmetria («skewness») inferiore a 0.

La misura di rischio assoluto storico del portafoglio è data dalla deviazione standard dei rendimenti che si calcola così:

$$\sigma \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (r_i - \mu)^2}{n - 1}}$$

Dove

σ = volatilità dei rendimenti sul periodo

r = rendimenti i -esimo

μ = media dei rendimenti

n = numero di osservazioni

I rendimenti sono calcolati su base giornaliera, settimanale o mensile e la misura di volatilità viene annualizzata moltiplicando il valore per la radice quadrata del numero di periodi in un anno (250 giorni di mercato aperto, 52 settimane o 12 mesi). La «regola della radice quadrata» vale solo se si assume che i rendimenti siano indipendenti l'uno dell'altro e la loro distribuzione sia normale e costante nel tempo, ma può essere corretta per tenere conto della correlazione dei rendimenti e della tendenza della volatilità a muoversi nel tempo.

In tutti i casi in cui il parametro di riferimento della gestione è un indice o un paniere di indici rischiosi (il cosiddetto «*benchmark*»), per verificare la qualità della gestione si utilizza una misura di rischio relativa perciò, anziché la volatilità dei rendimenti, calcoliamo la volatilità delle differenze fra i rendimenti del gestore e quelli del *benchmark*.

Questa misura è detta «*Tracking error volatility*» e si calcola così:

$$TEV = \sqrt{\sum_{i=1}^n \frac{(\Delta r_i - \Delta \mu)^2}{n-1}}$$

TEV = *Tracking Error Volatility* sul periodo

Δr = differenza i -esima fra rendimenti del portafoglio e rendimento del *benchmark*

$\Delta \mu$ = media delle differenze fra i rendimenti rendimenti del portafoglio e rendimento del *benchmark*

n = numero di osservazioni

In genere queste misure sono calcolate su base settimanale e su una «finestra mobile» di 52-26 settimane.

Una volta nota la volatilità possiamo metterla in relazione con il rendimento conseguito o atteso utilizzando una misura di efficienza della gestione chiamata «indice di Sharpe», dal nome dell'economista e premio Nobel William Sharpe. L'indice si calcola così:

$$SR = \frac{\mu - r_f}{\sigma}$$

Dove

r_f è il tasso privo di rischio e le altre variabili hanno il significato già definito.

La misura di efficienza relativa di una gestione è l'*Information Ratio* che è il rapporto fra il rendimento medio in eccesso rispetto al *benchmark* (anziché rispetto al tasso privo di rischio) e la sua volatilità (la TEV):

$$IR = \frac{\Delta \mu}{TEV}$$

Come si misura il rischio di portafoglio – Ex ante

Il calcolo del rischio *ex ante* cerca stimare il rischio del portafoglio basandosi sulla sua composizione attuale e sulla volatilità storica delle singole componenti.

Nel metodo «parametrico» si parte dalle serie storiche dei rendimenti degli indici o dei «fattori di rischio» al quale sono esposte le diverse componenti del portafoglio, si elabora la «matrice di varianze/covarianze» e da questa si calcola la varianza e deviazione *standard* del rendimento della combinazione di questi indici secondo i pesi che hanno nel portafoglio.

Nel metodo «storico» le stesse serie storiche vengono combinate in una nuova serie storica di rendimenti di portafoglio e questi vengono ordinati in ordine decrescente: partendo dal basso si ottengono i diversi percentili della distribuzione e le perdite possibili con diversi livelli di confidenza.

Il calcolo del rischio «*ex ante*» è più complesso del rischio *ex post* per due motivi:

- i titoli presenti possono non avere una storia sufficientemente lunga. Ciò vale per fondi comuni, azioni ed obbligazioni di nuova emissione;
- anche se la storia di prezzi è sufficientemente lunga questi non sono utili. La volatilità di un BTP che un anno fa aveva 10 anni di durata è oggi minore, a parità di altre condizioni, perché la durata è scesa a 9 anni.

Per superare il problema si utilizzano le serie dei «fattori di rischio» ai quali i diversi titoli sono esposti. Nel caso delle azioni si utilizzano le serie storiche dell'indice di borsa corretta con il beta dell'azione stessa o quelle degli altri fattori che spiegano l'andamento di un titolo azionario (settore, dimensione, valore eccetera). Nel caso delle obbligazioni o titoli di Stato si utilizzano serie storiche di rendimenti a «durata costante» alle quali si aggiungono le serie degli *spread* di

credito per ciascuna fascia di *rating*.

Il fatto che le correlazioni fra i diversi rendimenti siano inferiori a 1 fa sì che la volatilità del portafoglio è sempre più bassa della somma delle volatilità delle singole componenti ponderate per i pesi («beneficio di diversificazione»).

Il beneficio di diversificazione può essere anche elevato (fino al 30%) ma occorre ricordare che le correlazioni sono instabili, e tendono ad aumentare in momenti di crisi di mercato, cioè proprio quando ci si attenderebbe il maggior beneficio.

Rischio e distribuzione attesa della ricchezza

Nelle misure di rischio *ex ante* di un portafoglio a breve termine si tende normalmente a considerare il rendimento atteso uguale a 0%.

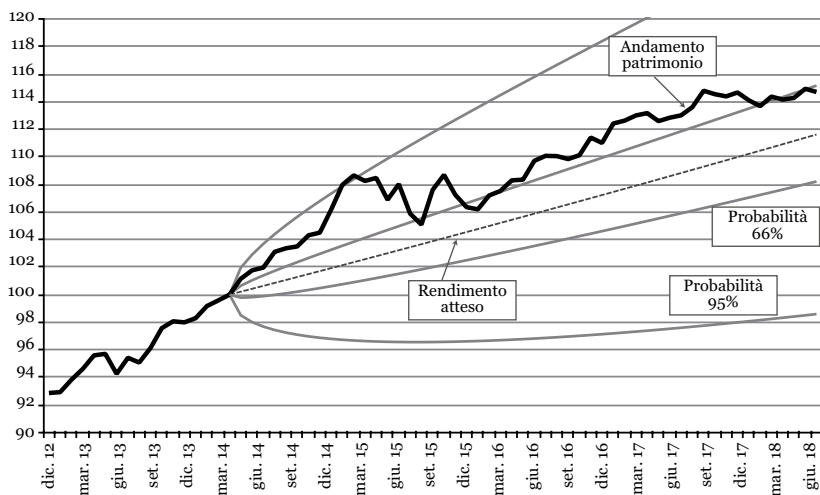
Il motivo è che nel breve termine la volatilità è di un ordine di grandezza superiore al rendimento atteso, e ciò vale anche in un portafoglio bilanciato o obbligazionario, dove la componente di rendimento corrente derivante dalle obbligazioni («carry») è, date le attuali condizioni di mercato, pressoché nulla.

Nel medio periodo, invece, il rendimento si accumula linearmente anno dopo anno mentre la volatilità cresce con la radice quadrata del tempo.

Questa proprietà è ben illustrata con i «coni di Ibbotson»⁴, dal nome dell'economista che ne ha proposto l'adozione per indicare graficamente la possibile dispersione nel tempo della ricchezza accumulata, date certe ipotesi di rendimento atteso e volatilità (cfr. figura 12).

⁴ Ibbotson R.G. - Sinquefeld R.A., 1976, *Stocks, Bonds, Bills and Inflation: Simulations of the Future (1976-2000)*.

FIG. 12 Rendimento e rischio di un portafoglio.



Il cono è composto da due o più linee. Quelle alte descrivono il percorso di accumulazione del patrimonio che si ottiene assumendo che in ciascun punto il valore sia tale che essere superiore o uguale al x% o y% dei possibili risultati, date le ipotesi di rendimento atteso e di volatilità e dati uno o più livelli di confidenza (nel caso del grafico 66% e 95%). Le due righe al centro descrivono un andamento atteso della ricchezza mettendo a confronto l'andamento effettivo del patrimonio con il rendimento atteso (linea retta).

Le due righe in basso descrivono quali sono i valori di portafoglio, a ciascuna data, superati dal 66% o 95% dei risultati effettivi.

Questo grafico ha diverse utilità.

- offre un criterio semplice e immediato di verifica dei risultati della gestione rispetto alle attese (o speranze);
- visualizza il rischio di portafoglio in termini di unità di ricchezza che si possono perdere o guadagnare data la volatilità attesa, che è invece una misura adimensionale;

- rende evidenti i vantaggi, in termini di riduzione del rischio, dell'allungamento dell'orizzonte temporale;
- contestualizza il rendimento effettivo realizzato all'interno di un'area di evoluzioni del patrimonio «plausibili». Ciò rende più tollerabili andamenti della linea al di sotto della media, ma induce anche a qualche cautela quando l'andamento è molto al di sopra di questa linea.

Il rischio nel tempo

Anche se assume valori meno dispersi del rendimento, la volatilità si muove nel corso del tempo.

Il grafico in figura 13 raffigura l'andamento della volatilità dell'indice del mercato azionario americano con dividendi reinvestiti dal 31 dicembre 1988 al 26 dicembre 2018. La volatilità è calcolata come deviazione standard mobile dei rendimenti nei precedenti 21 giorni (grosso modo 1 mese di calendario).

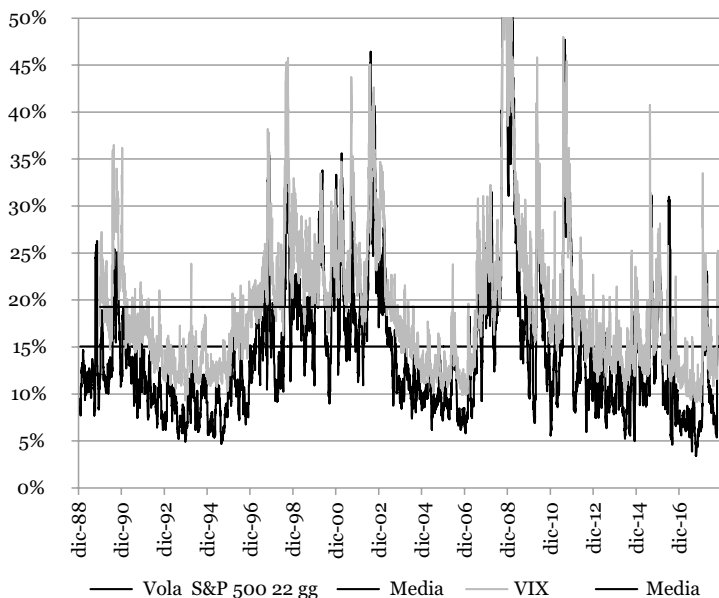
In questi trent'anni la volatilità dell'indice S&P 500 è stata in media pari al 15% ma intorno a questo valore si sono registrati picchi in coincidenza dei maggiori crolli di mercato (90% nel settembre 2008, non visibile perché la scala del grafico è limitata a un massimo di 50%) e lunghi periodi di relativa calma (nel 2017, ad esempio, la volatilità è stata in media inferiore al 7%).

Nel grafico, insieme alla volatilità nell'ultimo mese dell'indice, è rappresentato l'andamento dell'indice VIX, che rappresenta la volatilità implicita nelle opzioni sull'indice S&P 500 con scadenza di circa 1 mese con prezzo di esercizio più vicino a quello attuale⁵.

Come si può vedere, le due serie hanno un andamento molto simile,

⁵ Il sito del *Chicago Board of Exchange* (www.cboe.com) contiene la descrizione dell'indice VIX e di molti altri indici rappresentativi di strategie di vendita o acquisto di opzioni su indici oltre a un'ampia bibliografia sull'argomento.

FIG. 13 Volatilità dell'indice del mercato azionario americano con dividendi reinvestiti dal 31.12.88 al 26.12.18.



ma il valore dell'indice VIX ha un valore medio di 19 circa, di quattro punti percentuali superiore a quello medio della volatilità realizzata.

La volatilità implicita è maggiore di quella effettiva per due motivi. Il primo è che le tecniche di replica del valore di un'opzione con una combinazione di azioni e liquidità («delta hedging») si basano su una serie di ipotesi che sono utili per arrivare alla formula di *Black & Scholes*, ma non sono pienamente realizzate nella realtà. Perciò chi fa mercato sulle opzioni si tiene un margine di sicurezza. Il secondo è che a partire dal crollo del mercato azionario dell'ottobre 1987 esiste una domanda strutturale di opzioni per la protezione dei portafogli che amplifica questa differenza.

Come gestire il rischio?

Il rischio di portafoglio può essere gestito sostanzialmente in due modi⁶:

- costruendo il portafoglio meno rischioso possibile rispetto al rendimento atteso (portafoglio più efficiente);
- scegliendo strategie dinamiche di gestione del rischio in funzione dell'andamento di mercato.

Nel primo approccio si cerca di costruire un portafoglio di azioni e obbligazioni molto diversificato (correlazioni basse) e si combina questo portafoglio con un'attività veramente liquida e priva di rischio e ci si muove su quella che si chiama «*Capital market line*». Una volta scelta la combinazione migliore non resta che ribilanciare sistematicamente per mantenere costanti i pesi delle diverse componenti.

Nel secondo approccio anziché il peso delle componenti rischiose si mantiene costante il rischio aumentando o riducendo il peso della componente rischiosa con strategie cosiddette di «*portfolio insurance*».

A loro volta queste strategie sono di due tipi:

- strategie che comprano o vendono in funzione della maggiore o minore distanza da un valore minimo del portafoglio (ad esempio la «*Constant proportion portfolio insurance*») o da un valore limite della volatilità (ad esempio «*Risk parity*» e simili). In questo caso la protezione viene dal fatto che, in media, aumenti di volatilità sono associati a rendimenti successivi negativi e queste tendenze si mantengono nel tempo;
- strategie che comprano opzioni di vendita (*put*) su azioni o indici azionari o su rischio di credito, che riducono perciò le perdite in caso di discesa dei prezzi. Dato il costo proibitivo delle opzioni a breve termine con prezzi vicini a quelli di mercato al momento dell'acqui-

⁶ Per la relazione fra rischio e costruzione di portafoglio si veda Scherer B., 2015, *Portfolio Construction and Risk Budgeting*.

sto, questa protezione viene comprata solo per proteggersi da eventi estremi o «di coda» ed è perciò denominata «*Tail risk management*».

Le due strategie non sono necessariamente esclusive l'una dell'altra. Un portafoglio «costruito bene» e non troppo rischioso è meno costoso da coprire in modo esplicito ed è meno sensibile ai «falsi segnali» (il mercato scende, vendo e poi risale) che penalizzano le strategie dinamiche del primo tipo.

Deve essere però chiaro che qualunque strategia di riduzione del rischio ha un costo che può essere esplicito (il prezzo delle opzioni comprate) o implicito (il valore che si perde per strada con vendite e riacquisti fuori tempo).

Queste considerazioni aiutano a capire potenzialità e limiti dei mandati «a ritorno assoluto» o «a rischio controllato» che molti investitori hanno adottato in questi anni nella speranza di ottenere rendimenti sufficienti a coprire i loro fabbisogni in presenza di rendimenti obbligazionari sempre più bassi.

Questi mandati hanno queste caratteristiche:

- l'obiettivo di rendimento è definito in termini assoluti, normalmente un parametro finanziario privo di rischio (rendimento dei Bot o dell'interbancario) o l'inflazione più uno *spread* (esempio Bot + 2%); l'obiettivo di rendimento è «assoluto» in contrapposizione a quello «relativo» dei mandati «a benchmark», nei quali il risultato del gestore viene messo a confronto con l'andamento di un indice o combinazione di indici di mercato (azioni e obbligazioni, fondamentalmente);

- viene fissato un limite di rischio, normalmente una misura di volatilità *ex post* dei rendimenti o di «value at risk», inteso come numero di volte nel corso di un anno nelle quali un certo livello di perdita settimanale può essere superato;

- il limite di rischio può essere affiancato da un limite di «perdita massima» («*maximum drawdown*»);

- l'universo investibile è ampio e cioè comprende non solo le *asset class* più comuni (azioni dei mercati sviluppati, titoli di Stato

e obbligazioni dell'area euro) ma anche quelle che potrebbero essere inserite nel portafoglio dal gestore in modo opportunistico (azioni di mercati emergenti, titoli di Stato e obbligazioni di altre aree valutarie e di paesi emergenti, obbligazioni con *rating non investment grade*);

- il gestore viene incentivato al raggiungimento dell'obiettivo con una remunerazione proporzionata al maggior rendimento realizzato rispetto all'obiettivo sull'intero arco temporale del mandato.

Questi mandati hanno il pregio di introdurre un elemento di flessibilità «contrattuale» che manca nei mandati «a benchmark» e si fondano su una sempre più consolidata evidenza empirica a favore di strategie sistematiche di riduzione del rischio di portafoglio in presenza di elevata volatilità.

Hanno, però, anche dei limiti che è importante ricordare.

Il primo è che quando si assegna un obiettivo di rendimento con un certo limite di rischio si sta implicitamente facendo riferimento a una *asset allocation* tradizionale (azioni, obbligazioni, liquidità) cioè a una combinazione di «premi per il rischio» in grado di offrire quel rendimento con quel rischio. A meno di non entrare nell'ambito delle strategie veramente «alternative» (possibilità di posizioni corte, leva finanziaria eccetera), il gestore, per realizzare il rendimento, dovrà essere esposto a questi rischi e sperare nelle sue (o del modello) capacità di «*timing*» per ridurli un attimo prima del necessario.

Il secondo è che, negli anni passati, il costo (implicito o esplicito) delle strategie sistematiche di controllo del rischio di portafoglio è stato ridotto o reso meno visibile dal contributo positivo della componente obbligazionaria e di credito. Questo contributo è ormai diventato nullo o, come accaduto nel 2018, negativo. Perciò, le ragioni che spingono gli investitori a scegliere le gestioni flessibili (bassi tassi d'interesse, maggiore volatilità) sono anche quelle che le rendono più difficili da realizzare.

LA FASE DI VERIFICA

CRITERI PER IL CONTROLLO DI GESTIONE E
PER I PROCESSI DI *RISK MANAGEMENT*

Premessa

La natura e la struttura delle procedure del controllo interno nella gestione economico-finanziaria dei fondi sanitari non ha assunto, ad oggi, una configurazione standardizzata e questo soprattutto a causa di una situazione di limitata regolamentazione del settore. L'assenza di regole uniformi a cui i fondi sanitari si possano ispirare è strettamente connessa ad un quadro normativo sostanzialmente carente, a cui in più occasioni il Legislatore ha cercato di dare risposte estemporanee e, quindi, non di tipo strutturale.

Peraltro, l'incertezza dell'assetto normativo crea una ulteriore complessità in un mercato della sanità integrativa in cui dal lato dell'offerta operano in evidente concorrenza soggetti diversi ovvero fondi sanitari, mutue di soccorso e compagnie di assicurazione.

È proprio in un tale quadro di incertezza normativa che i fondi sanitari e non solo stanno mettendo a punto delle buone regole di *best practice* nella gestione dei controlli interni finalizzate alla sostanziale verifica di carattere tecnico ed economico-finanziario della sostenibilità di medio-lungo termine.

Rileva sottolineare preliminarmente che il tema della implementazione di buone pratiche per il controllo di gestione nei fondi sanitari assume un ruolo cruciale crescente anche in ragione del modello organizzativo e gestionale assunto dall'ente sanitario.

È evidente che i fondi sanitari che adottano un modello di gestione

¹ *Università La Sapienza.*

basato sulla «ritenzione» parziale o totale del rischio abbiano maggiore necessità e, quindi, consapevolezza dell'importanza del ricorso a procedure di controllo della gestione nella sua doppia accezione, ovvero, controllo di gestione di tipo «contabile» e controllo di gestione di tipo «tecnico». I fondi sanitari con modello organizzativo fondato esclusivamente sulla cessione totale del rischio in stile «riassicurazione» presentano minori esigenze per l'attivazione di un controllo di gestione di tipo tecnico, mentre certamente adottano buone pratiche per l'implementazione di attività di *audit* contabile.

L'obbiettivo di questo articolo è fornire alcune specifiche di carattere tecnico per la messa a punto di un *dashboard* in cui un *set* limitato di indicatori ad elevata capacità informativa consenta una analisi precoce di situazioni di *distress* dell'equilibrio economico-finanziario di un fondo sanitario.

Il controllo di gestione nei fondi sanitari: approccio ex-post e approccio ex-ante

Per controllo di gestione si deve intendere l'insieme delle procedure di carattere qualitativo, contabile e statistico finalizzate all'analisi *ex-post* dei *driver* gestionali che hanno caratterizzato la vita di una entità, con lo scopo di monitorarne nel tempo i fattori di criticità, determinarne le cause, misurarne gli impatti economici e, dunque, stabilire le azioni di mitigazione da adottare per gli anni successivi.

Nell'ambito della *governance* di un fondo sanitario, il rischio assume il ruolo principale che determina gli esiti sull'equilibrio e la sostenibilità dell'ente; per questa ragione nei fondi sanitari è opportuno identificare due approcci di applicazione delle procedure del controllo di gestione, ovvero procedure *ex-post* e procedure *ex-ante*.

Entrambi gli approcci si basano in linea generale sull'analisi temporale delle medesime metriche di valutazione degli andamenti di

TAB. 8 *Tassonomia delle fonti di rischio che incombono sulla gestione di un fondo sanitario*

Fonte di rischio	Natura	Grado di impatto
Demografico	Invecchiamento della collettività e aumento probabilità insorgenza malattie.	Medio/Alto
Biometrico	Caratteristiche biometriche della collettività assicurata e propensione alla morbilità.	Alto
Ambientale	Condizioni ambientali di vita e probabilità insorgenza particolari patologie.	Alto
Economico	Condizioni economico-sociali e lavorative degli individui appartenenti alla collettività assicurata e aumento del costo delle prestazioni per inflazione.	Medio/Basso
Politico	Aumento della spesa per prestazioni sanitarie in ragione di interventi legislativi finalizzati al contenimento della spesa a carico del Ssn.	Medio
Finanziario	Volatilità dei mercati finanziari ed impatto sulle dotazioni patrimoniali dei fondi sanitari.	Medio/Basso

natura tecnica, gestionale ed economico-finanziaria del fondo sanitario; la differente denominazione, pertanto, è da ricondursi esclusivamente al momento temporale in cui la valutazione è eseguita ed al periodo di osservazione a cui le metriche fanno riferimento.

Limitatamente al controllo di gestione tecnica *ex-post*, lo stesso si basa su procedure di analisi retrospettive e prende a riferimento l'andamento storico dei contributi e delle prestazioni per sinistri; l'analisi comparativa intertemporale degli indicatori restituisce l'informazione sullo stato di solidità della gestione al momento della valutazione.

Il controllo di gestione tecnica *ex-ante* a differenza del precedente si fonda su processi di analisi prospettiva e prende a riferimento opportune stime statistiche dell'andamento prospettico dei contributi e delle prestazioni per sinistri, tenendo conto dei principali *risk drivers* quali il sesso, l'evoluzione demografica della collettività nonché

il potenziale di morbilità.

L'adozione di un sistema complesso di *ratio analysis* sia nell'approccio *ex-ante* che nell'approccio *ex-post* non può prescindere da una corretta declinazione a priori delle fonti di rischio a cui la gestione di un fondo sanitario è sottoposta.

In particolare nella tabella 8 è riportata una classificazione sintetica delle fonti di rischio a cui un ente sanitario è sottoposto e l'indicazione di tipo qualitativo del grado di impatto sulla sostenibilità di medio-lungo termine di uno schema sanitario integrativo.

La ratio analysis per il controllo della gestione tecnica secondo un approccio ex-post

Come più sopra indicato un sistema di controllo di gestione tecnica *ex-post* è finalizzato alla implementazione di un cruscotto di indicatori tecnici, il cui monitoraggio periodico consente la corretta valutazione dello stato di «benessere» del fondo sanitario in termini di condizioni di equilibrio tecnico ed economico-finanziario.

Questa fase di analisi per sua natura è finalizzata all'analisi di Piani Sanitari già gestiti da un fondo ed è di supporto alla definizione di linee guida/raccomandazioni per la revisione di massimali, franchigie e aliquote di rimborso oltre ad avere un valore predittivo per il controllo della congruità dei contributi rispetto alle prestazioni erogate (c.d. equilibrio tecnico).

A partire dai dati contenuti nello stato patrimoniale e nel conto economico del fondo sanitario o da documenti interni con pari capacità informativa, è possibile implementare analisi di tipo quantitativo basate sulla costruzione di indici di bilancio (c.d. *ratio analysis*).

In funzione delle specifiche aree oggetto di analisi è possibile raggruppare gli indicatori nelle seguenti categorie: indicatori gestionali-amministrativi, tecnico-attuariali e finanziario-patrimoniali.

Gli indicatori di tipo gestionale-amministrativo hanno quale principale obiettivo l'identificazione dell'incidenza delle varie categorie di spesa in rapporto al volume contributivo e consentono di evidenziare alcuni aspetti amministrativi della gestione del fondo. Gli indicatori di tipo tecnico-attuariale consentono di riassumere informazioni sull'incidenza delle varie categorie di risarcimenti erogati in rapporto al volume contributivo, al fine di un controllo della congruità dei contributi rispetto alle prestazioni erogate.

Gli indicatori di tipo patrimoniale-finanziario consentono di monitorare l'andamento della *performance* degli investimenti in funzione delle *asset class* in cui l'eventuale patrimonio è allocato.

Prendendo spunto dalla teoria e tecnica attuariale delle assicurazioni danni gli indicatori rilevanti per la valutazione dell'andamento della gestione tecnica si possono classificare in due gruppi:

- indicatori di frequenza, finalizzati a misurare nel tempo l'andamento del numero dei sinistri rispetto al numero dei rischi/esposti al rischio in un predefinito periodo di osservazione;
- indicatori di costo, finalizzati a misurare l'intensità del danno economico conseguente al verificarsi dei sinistri che colpiscono la collettività assicurata.

Una opportuna combinazione tra indicatori di frequenza e indicatori di costo forniscono una misura della cosiddetta quota danni. In particolare la quota danni è il prodotto di tre grandezze e precisamente:

- la frequenza di avere almeno un sinistro, inteso come una richiesta di almeno un rimborso, ottenuta come rapporto tra il numero dei rischi/individui assicurati che hanno subito almeno un sinistro ed il totale degli assistiti esposti al rischio nel periodo di osservazione;
- l'indice di ripetibilità, elaborato come rapporto tra il numero totale dei sinistri osservati e il numero dei rischi/individui assicurati che hanno subito almeno un sinistro;
- il risarcimento medio per sinistro, dato dal rapporto tra la spesa totale per sinistri osservata in un determinato periodo ed il

numero totale dei sinistri osservati.

In formule la Quota Danni semplicemente si può scrivere nel modo seguente:

$$Quota_{Danni} = Frequenza_{sinistro} * Indice_{ripetibilità} * CostoMedio_{sinistro}$$

La Quota Danni è interpretabile quale misura unitaria di rischio associata ad una collettività di assicurati omogenei e rappresenta il premio assicurativo equo che ciascun individuo dovrebbe corrispondere per assicurarsi; detto indicatore può essere calcolato con riferimento a raggruppamenti omogenei di soggetti (*cluster* o *risk profile*) e diviene uno strumento informativo potente per il gestore di un fondo sanitario per valutare il rischio potenziale implicito nella copertura offerta a nuove collettività che aderiscono ai piani sanitari dallo stesso offerti, al fine anche di determinare il cosiddetto premio di confluenza.

L'indicatore assume altresì il ruolo di variabile di controllo *ex-post* del livello di sostenibilità, quando viene confrontato con il contributo corrisposto da ciascun individuo per partecipare al piano sanitario secondo le misure stabilite nella regolamentazione contrattuale.

In particolare la differenza $\Delta = Contributo - Quota_{Danni}$ se di segno negativo segnala una situazione di disavanzo tecnico del *risk profile* appartenente ad uno specifico schema sanitario.

Nel processo di controllo *ex-post* della gestione tecnica di uno schema sanitario assume un ruolo rilevante, in ragione del suo potere informativo, il rapporto tra la spesa per sinistri accaduti in un determinato periodo e l'ammontare complessivo dei contributi incassati/emessi sullo stesso periodo di osservazione.

In formule il rapporto Sinistri a Premi (*Loss Ratio*) ovvero il rapporto S/P è espresso nel modo seguente:

$$I_r = \frac{\text{Sinistri liquidati nel periodo} + \text{Riserva sinistri a fine periodo}}{\text{Contributi incassati nel periodo}}$$

Tale indicatore rappresenta l'incidenza della spesa per prestazioni

sanitarie osservata su un determinato periodo rispetto ad 1 euro di contributo incassato: il persistere nel tempo di valori dell'indicatore superiori ad 1 identifica una situazione di sostanziale disequilibrio tecnico ed economico-finanziario della gestione.

Alla determinazione di detto rapporto concorre al numeratore una posta monetaria che è oggetto di stima: ci si riferisce in particolare alla grandezza «riserva sinistri». Detta grandezza è la stima dell'importo che il fondo sanitario deve accantonare in bilancio per fare fronte alla copertura dei sinistri avvenuti nel periodo di osservazione, ma non ancora liquidati alla scadenza del periodo stesso.

Seguendo l'impostazione della tecnica attuariale delle assicurazioni danni la riserva sinistri è somma di due componenti ovvero:

- la riserva sinistri per sinistri accaduti e già denunciati;
- la riserva sinistri per sinistri accaduti ma non ancora registrati, denominata anche riserva sinistri per sinistri tardivi (IBNR).

Il ricorso alle metodologie attuariali per la stima di queste due componenti è necessario in quanto entrambe dipendono da fonti di incertezza quale l'ammontare del risarcimento, la frequenza di accadimento di sinistro ed il tempo di ritardo nella denuncia, fonti di incertezza per la cui trattabilità quantitativa è necessario disporre di informazioni sulle distribuzioni di probabilità congiunte.

Dal punto di vista contabile, l'indicatore [2] può essere calcolato facendo riferimento o ad un principio di cassa o ad un principio di competenza; in particolare nel rispetto dei principi contabili italiani e seguendo la regolamentazione del settore assicurativo il rapporto S/P è calcolato secondo un principio di competenza da applicarsi alle poste del numeratore e del denominatore.

Nella formula [3] è data evidenza dell'indicatore S/P calcolato secondo il principio di competenza:

$$I_2 = \frac{\text{Sinistri liquidati nel periodo} + \text{Riserva sinistri a fine periodo} - \text{Riserva sinistri a inizio periodo}}{\text{Riserva Contr.ti inizio periodo} + \text{Contr.ti incassati nel periodo} - \text{Riserva Contr.ti fine periodo}}$$

Il movimento rispettivamente della riserva sinistri a numeratore e della riserva contributi a denominatore consente di attribuire per

competenza ad uno specifico esercizio contabile rispettivamente le spese per prestazioni sanitarie e le entrate per contributi. Il rapporto S/P è un utile indicatore in sede di monitoraggio del preconsuntivo durante il periodo di copertura; infatti partendo dalle componenti dell'indicatore è possibile definire un ulteriore indicatore introducendo, al numeratore e a denominatore, la stima di ulteriori grandezze economiche:

$$I_3 = \frac{\text{Sinistri liq. nel periodo} + \text{Riserva sinistri a fine periodo} + \text{Valore atteso sinistri periodo residuo copertura}}{\text{Contr.ti incassati nel periodo} + \text{Valore atteso contributi incassabili nel periodo residuo copertura}}$$

Con riferimento ad un periodo annuale di copertura, il monitoraggio ad esempio mensile di tale indicatore consente in modo sintetico di disporre di una stima di preconsuntivo del rapporto S/P; è evidente che nella rappresentazione della equazione [4] compare a numeratore un ulteriore componente oggetto di stima ovvero il valore atteso della spesa per prestazioni sanitarie riferibili a sinistri non ancora avvenuti, ma che potranno accadere nel corso della durata residua di copertura annuale: tale grandezza aleatoria dipende evidentemente ancora una volta dalla frequenza di sinistro, dall'indice di ripetibilità e dal risarcimento medio. Avendo illustrato quelli che tra gli indicatori tecnici hanno un ruolo cruciale nella valutazione *ex-post* della situazione di equilibrio tecnico ed economico-finanziario della gestione, si ritiene opportuno nella tabella 9.2 dare un elenco sufficientemente esaustivo dei *ratios* tecnici che si ritiene utile considerare nell'ambito dell'implementazione di un *dashboard* di supporto alla funzione Controllo di Gestione di un ente di assistenza sanitaria complementare (cfr. tabella 9).

A conclusione di questo paragrafo è opportuno sottolineare che la capacità informativa e la validità statistica degli indicatori identificati è fortemente condizionata dalla qualità della base dati sinistri e rischi a disposizione del fondo; in particolare i dati raccolti dovranno soddisfare pienamente i requisiti di accuratezza, completezza, tempestività, coerenza, trasparenza e pertinenza ed il fondo dovrà disporre di un tool di calcolo adeguato alle esigenze di valutazione.

TAB. 9 *Ratios tecnici per il dashboard*

Indicatore	Rappresentazione formale	Livello informativo
Frequenza sinistri s.s.	$I_4 = \frac{N^\circ \text{ sinistri s.s.}}{N^\circ \text{ sinistri totali}}$	Misura la frequenza dei sinistri che non danno luogo a rimborso in quanto esclusi dalla copertura assicurativa.
Costo medio sinistri s.s.	$I_5 = \frac{\text{Importo sinistri s.s.}}{N^\circ \text{ sinistri s.s.}}$	Misura il costo medio dei sinistri che non danno luogo a rimborso in quanto esclusi dalla copertura assicurativa.
Frequenza sinistri s.s. riaperti	$I_6 = \frac{N^\circ \text{ sinistri riaperti}}{N^\circ \text{ sinistri totali}}$	Misura la frequenza dei sinistri classificati senza seguito successivamente riaperti ed ammessi a liquidazione.
Costo medio sinistri s.s. riaperti	$I_7 = \frac{\text{Importo sinistri riaperti}}{N^\circ \text{ sinistri riaperti}}$	Misura il costo medio dei sinistri classificati senza seguito successivamente riaperti ed ammessi a liquidazione.
Rapporto riserva sinistri a sinistri di competenza	$I_8 = \frac{\text{Riserva sinistri}}{\text{Importo sinistri competenza}}$	Misura l'incidenza della riserva sinistri sull'importo dei sinistri di competenza osservati e fornisce una indicazione della tenuta e stabilità della riserva sinistri.
Rapporto riserva sinistri a contributi Claims Reserve Ratio	$I_9 = \frac{\text{Riserva sinistri}}{\text{Importo contributo competenza}}$	Misura l'incidenza della riserva sinistri sull'importo dei contributi di competenza osservati e fornisce una indicazione della tenuta e stabilità della riserva sinistri.

Nota: s.s.= sinistri senza seguito, ovvero sinistri non ammessi a rimborso in quanto carenti di parte o tutti i requisiti di copertura ai sensi delle condizioni previste dal nomenclatore.

Il processo di risk management per il controllo della gestione tecnica secondo un approccio ex-ante

Il controllo di gestione secondo una impostazione di tipo *ex-ante* si identifica con la valutazione attuale e prospettica della situazione di equilibrio tecnico ed economico-finanziario di un fondo sanitario, in riferimento anche alle diverse fonti di rischio che interagiscono sulla gestione.

Secondo una tale impostazione le procedure del controllo della gestione tecnica possono ricondursi a quelle che in altri settori come, ad esempio, quello assicurativo sono identificati come processi di *risk management*.

Per *risk management* si deve intendere l'insieme dei processi e delle analisi finalizzati alla misurazione dell'assorbimento di capitale libero e, quindi, non impegnato per altri fini, consumato dall'azione potenziale di un particolare fattore di incertezza che agisce sulla gestione sia da solo (*stand alone*) che in interazione (nel senso della correlazione statistica ovvero della diversificazione) con altri fattori di rischio; in un tale contesto operativo gli indicatori definiti nel precedente paragrafo assumono una rilevanza informativa diversa, in quanto calcolabili in via prospettica anche tenendo conto dell'esposizione potenziale della gestione alle diverse fonti di rischio, secondo un approccio di tipo *risk based*.

In via generale i compiti della funzione di *risk management* all'interno dell'organizzazione di un fondo sanitario possono essere declinati nel modo seguente; il *risk management*:

- concorre alla mappatura dei rischi e definisce i criteri e le relative metodologie di misurazione;
- concorre alla definizione dei limiti operativi assegnati alle strutture e definisce le procedure per la tempestiva verifica dei limiti medesimi;
- valida i flussi informativi necessari ad assicurare il tempestivo

controllo delle esposizioni ai rischi e l'immediata rilevazione delle anomalie riscontrate nell'operatività;

- predisporre la reportistica del monitoraggio periodico verso l'organo amministrativo con riguardo all'evoluzione dei rischi e all'assorbimento di capitale;

- verifica la coerenza dei modelli di misurazione dei rischi con l'operatività svolta.

Con riguardo al *mapping* dei rischi nella gestione di un fondo sanitario che opera sulla base di un modello di ritenzione parziale o totale del rischio, particolare attenzione deve essere posta al:

- rischio di assunzione: originato dalla copertura degli eventi sanitari, dal processo di valutazione e dall'andamento sfavorevole della sinistrosità osservata rispetto a quella teorica considerata nella valutazione del contributo;

- rischio di riservazione: connesso alla quantificazione di riserve sinistri non sufficienti rispetto agli impegni assunti verso gli assistiti;

- rischio di mercato: determinato da perdite patrimoniali conseguenti alle variazioni dei tassi di interesse, dei corsi azionari, dei tassi di cambio e del merito creditizio degli emittenti gli strumenti finanziari di investimento;

- rischio di controparte: dovuto all'inadempimento contrattuale delle strutture sanitarie convenzionate in caso di prestazioni offerte in modalità diretta ovvero all'inadempimento della compagnia assicurativa a cui sono relegate parte delle coperture assicurative ovvero all'insolvenza delle banche in cui sono depositati i contributi;

- rischio di liquidità: il rischio di non poter adempiere alle obbligazioni verso gli assicurati a causa della difficoltà a trasformare gli investimenti in liquidità senza subire perdite o per eventuale scoperto di tesoreria riconducibile ad un mismatching tra entrate contributive e liquidazione delle prestazioni sanitarie;

- rischio operativo: originato da inefficienze di persone, processi e sistemi.

Con particolare riferimento alla strumentazione quantitativa necessaria per la valutazione prospettica della situazione di equilibrio tecnico ed economico-finanziario della gestione di un fondo sanitario assume un ruolo centrale il bilancio tecnico attuariale.

Come noto il bilancio tecnico attuariale ha la forma di un conto economico previsionale con orizzonte temporale di proiezione finito di ampiezza non superiore ai 10-15 anni. Le poste rilevanti ad alto grado segnaletico sono:

- il saldo tecnico, ovvero la differenza tra entrate contributive e spesa per prestazioni sanitarie;
- il saldo di gestione, ovvero la somma algebrica tra il saldo tecnico, le entrate per proventi finanziari sul patrimonio e le uscite per spese di gestione;
- il patrimonio di fine anno che risulta dalla somma algebrica tra il patrimonio di inizio anno e il saldo di gestione con il suo segno.

Le variabili attuariali che entrano in gioco sono costituite dalla frequenza di sinistro, il rimborso medio del sinistro che implicitamente tiene conto anche delle regole risarcitorie (franchigie, massimali, periodi di carenza) e il rapporto sinistri a premi; dal punto di vista demografico la collettività assicurata evolve per invecchiamento e per il flusso netto in entrata ed in uscita per altre cause.

La variabile strategica di riferimento per la *governance* del fondo è il *time to default*, assumendo per tale l'intervallo di tempo intercorrente tra la data di valutazione ed il tempo di *break-even* di una delle grandezze economiche del bilancio tecnico a potere segnaletico quali ad esempio il saldo tecnico, il saldo di gestione o il patrimonio.

Sotto il profilo metodologico, il bilancio tecnico può essere implementato secondo:

- una impostazione deterministica: i valori esposti nel prospetto del bilancio sono valori medi per anno e, quindi, tutta l'incertezza ovvero la variabilità dei fattori di rischio è catturata nel momento primo statistico delle distribuzioni; analisi di scenario e tecniche di

stress testing si rendono necessarie per avere maggiori informazioni sulla distribuzione dei risultati;

- una impostazione stocastica: tramite tecniche di simulazione stocastica è possibile ottenere una distribuzione di probabilità campionaria di bilanci tecnici e, quindi, conseguentemente delle poste rilevanti dello stesso (saldo tecnico, saldo di gestione, patrimonio); l'adozione nel settore dei fondi sanitari di metriche usuali alla valutazione dei rischi in ambito bancario ed assicurativo consente il calcolo di requisiti patrimoniali di solvibilità (ad esempio il *value at risk* del patrimonio alla fine di un certo anno di proiezione) seguendo, quindi, un classico approccio *capital risk based*, riconducibile alla Teoria Classica del Rischio.

Considerazioni finali

L'argomento del controllo di gestione nei fondi sanitari è stato affrontato in questo articolo sotto il profilo tecnico-attuariale, introducendo una classificazione tra controllo di gestione *ex-post* e controllo di gestione *ex-ante*, anche declinabile come *risk management*. È stato identificato un *set* minimo di indicatori tecnici utile per la costruzione di un cruscotto di controllo e monitoraggio di facile lettura ed interpretazione per il *board* di un fondo sanitario, sono state proposte alcune idee sulla opportunità di costruire un sistema di monitoraggio prospettico sul fabbisogno di un capitale di solvibilità, partendo dalla tecnica tradizionale del bilancio tecnico deterministico per traguardare verso un bilancio tecnico *risk based*.

È evidente che la messa a punto di una strumentazione quantitativa di quella ragionata in questo articolo richiede la disponibilità di una base dati statisticamente affidabile e l'implementazione di tecniche di indagine quantitativa ad elevato contenuto specialistico.

