



FEDERICA PES

Dottoranda di ricerca in Management and Law – Università Politecnica delle Marche

**L'ASSICURAZIONE *LONG TERM CARE* ED IL *GENUS*
DELLE ASSICURAZIONI DELLA SALUTE NEL MERCATO ITALIANO ***

SOMMARIO: 1. *L'assicurazione Long Term Care nel panorama italiano.* – 2. *I caratteri del contratto assicurativo Long Term Care.* – 3. *Il rischio di non autosufficienza nelle polizze LTC nazionali.* – 4. *La qualificazione del negozio.* – 5. *L'insufficienza di un tentativo qualificatorio fondato sulla natura dell'evento* – 6. *La funzione del negozio.* – 6.1. *Il genus delle assicurazioni della salute.* – 6.2. *Le assicurazioni di persone ed il sistema assicurativo spagnolo.* – 6.3. *La funzione dell'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza.* – 7. *Nuove tendenze digitali del mercato assicurativo LTC.*

1. – Nell'ambito del mercato assicurativo italiano, tra le più moderne coperture dei rischi attinenti alla salute, sta assumendo un rilievo sempre maggiore l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza¹, anche nota come polizza *Long Term Care (LTC)*².

* Lo scritto è destinato alla pubblicazione negli atti del III Congresso Internacional de Derecho de Seguros, tenutosi da remoto nelle giornate del 6-7-8 ottobre 2021 ed organizzato dall'Universidad Pontificia Comillas.

¹ Sul contratto di assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, si richiamano, tra tutti, perlopiù in ordine cronologico decrescente, V. FERRARI, *Le assicurazioni contro il rischio di non autosufficienza*, in *Diritto alla salute e contratto di assicurazione*, a cura di P. CORRIAS, E. PIRAS, G. RACUGNO, Napoli, 2019, 237 ss.; E. NOTARNICOLA, *Nuovi attori nel settore: il comparto assicurativo e l'offerta Silver o Long Term Care*, in *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, a cura di G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, Milano, 2019, 55 ss., consultabile all'indirizzo https://www.cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/fosti_notarnicola.pdf; A. POLOTTI DI ZUMAGLIA, *Le assicurazioni contro i danni alla persona*, Milano, 2019, 247 ss.; A. BUGLI, *Long Term Care e assicurazione: vuoti normativi e potenziali sinergie con contrattazione collettiva e RCA*, in *Quaderno di approfondimento 2018. Le sfide della non autosufficienza. Spunti per un nuovo disegno organizzativo per la copertura della non autosufficienza*, a cura di Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali, con il supporto scientifico di Assoprevidenza, 32 ss., reperibile in www.itinerariprevidenziali.it; L. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie e prestazioni dirette di assistenza: il caso delle polizze long-term care*, in *Prestazioni di facere e contratto di assicurazione*, a cura di P. CORRIAS, G. RACUGNO, Milano, 2013, 39 ss. e, prima ancora, Id., *Tutela degli anziani ed assicurazioni per l'assistenza di lungo periodo alla luce dei diritti fondamentali*, in *Diritto privato europeo e diritti fondamentali*, a cura di G. COMANDÉ, Torino, 2004, 213 ss.; S. Paci, *Le coperture assicurative per il rischio di non autosufficienza*, in *Assicurazioni*, 4, 2013, 577 ss., e, antecedentemente, Id., *Tipologie di coperture assicurative offerte in Italia*, in *Il rischio di non autosufficienza e l'offerta assicurativa in Italia*, a cura di S. PACI, Milano, 2003, 129 ss.; L. DI NELLA, *Le assicurazioni per il rischio di non autosufficienza. Modelli e tutele*, in *Rass. dir. civ.*, 2013, 2, 335 ss.; D. DE STROBEL, *Le assicurazioni per il rischio di non autosufficienza Long Term Care. I profili giuridici*, in *Dir. fisc. ass.*, 2004, 1, 147 ss.; V. PETRONE, *Il rischio di non autosufficienza delle persone e le assicurazioni Long Term Care: alcune riflessioni giuridiche*, in *Il rischio di non autosufficienza e l'offerta*, cit., 111 ss.; E. PITACCO, *Le assicurazioni Long Term Care nel nuovo scenario demografico*, in *Assicurazioni*, 2002, 3-4/1, 409 ss.

² Nel presente scritto, per indicare l'assicurazione "contro il rischio di non autosufficienza", verranno altresì utilizzati, in modo interscambiabile, i termini "*Long Term Care*" o "*LTC*".



Nata ed affermata nella tradizione giuridica statunitense degli anni '70, la polizza compare nella prassi mercantile italiana solo a partire dalla fine degli anni '90³, quale forma di garanzia contro la perdita dell'autonomia personale. Difatti, tramite la stessa, l'assicuratore si impegna al versamento di una rendita o – a seconda della fisionomia della polizza – all'erogazione di una prestazione in natura oppure, ancora, al rimborso delle spese sostenute, al verificarsi della perdita dell'autosufficienza del soggetto assicurato, intesa come perdita della capacità di compiere gli atti più semplici del vivere quotidiano, derivante da infortunio, malattia ovvero dallo stesso naturale processo di senescenza.

La figura, ancora poco diffusa⁴, seppure in crescita⁵, nel settore assicurativo italiano, riveste estremo interesse sociale in quanto rappresenta una delle possibili risposte al noto problema della non autosufficienza⁶, soprattutto nell'attuale periodo storico di crisi demografica, di sofferenza del *welfare* pubblico nazionale e, da ultimo, di emergenza sanitaria.

Quanto al primo aspetto, infatti, si apprezza l'indubbio rilievo sociale di siffatto modello assicurativo in considerazione delle caratteristiche della popolazione italiana⁷, già oggi – e ancor più in prospettiva futura – prevalentemente composta da individui in età avanzata⁸, esposti, in misura maggiore rispetto agli altri, al pericolo di non autosufficienza⁹, nonché da nuclei familiari poco numerosi, nell'ambito dei quali il soggetto

³ La polizza *Long Term Care* affonda le radici nella tradizione statunitense ove si afferma nel 1974; a seguire, si diffonde in altri Paesi, e, in particolare, nel 1985, in Germania – in cui è nota con il termine *Pflegeversicherung* – e, nel 1986, in Francia – ove è conosciuta come *Assurance Dépendance* –, per poi fare la sua comparsa in Gran Bretagna nel 1991 e, solo a partire dal 1997, nel mercato assicurativo italiano. Cfr. ISVAP, *Quaderno n.3, Long Term Care (LTC) – le prospettive per il mercato assicurativo italiano. Due modelli a confronto: Germania e Stati Uniti*, 1998, 30, in www.ivass.it.

⁴ Questo è quanto emerge dalla Relazione annuale dell'IVASS relativa all'anno 2020, ove peraltro l'Autorità di vigilanza nazionale del mercato assicurativo segnala di aver recentemente vagliato, a fronte del dilagare del fenomeno della non autosufficienza su scala nazionale, la possibilità di prevedere un modello obbligatorio di assicurazione *Long Term Care*: più specificamente, riporta che “alla luce della necessità impellente di costituire un solido impianto in grado di erogare le prestazioni LTC in modo generalizzato e considerato il ritardo accumulato dal nostro Paese rispetto a Stati con analoga distribuzione della popolazione (Francia e Germania), si è esplorata, con alcune semplificazioni una prima analisi d'impatto di un possibile modello di assicurazione obbligatoria contro la non autosufficienza”; per maggiori approfondimenti in ordine a quest'ultimo profilo, si rinvia ad IVASS, *Relazione sull'attività svolta dall'Istituto nell'anno 2020*, Roma, 30 giugno 2021, spec. 132 ss., in www.ivass.it. Sulla scarsa diffusione della polizza LTC, v. altresì IVASS, *Ruolo e prospettive della Sanità complementare dopo il Covid 19. Il punto di vista dell'IVASS*, 21 ottobre 2020, 18, *ivi*.

⁵ Cfr. E. NOTARNICOLA, *Nuovi attori*, cit., 61.

⁶ Per un quadro generale della portata del fenomeno, degli interventi e delle politiche nel settore LTC, v., più di recente, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 7° Rapporto. 2020/2021. Punto di non ritorno*, a cura di NNA. Network non autosufficienza, Santarcangelo di Romagna, 2021, consultabile all'indirizzo https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2020/12/NNA_2020_7%C2%B0_Rapporto.pdf; *Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia (3° Rapporto Osservatorio Long Term Care)*, a cura di G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI, Milano, 2021, *passim*, in www.cergas.unibocconi.eu; *Quaderno di approfondimento*, cit., *passim*; M. ARLOTTI, A. PARMA, C. RANCI, *Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma*, in *Politiche sociali*, I, 2020, 125 ss. Per una descrizione su scala mondiale dei sistemi LTC, anche con specifico riguardo al comparto assicurativo, si veda quanto recentemente pubblicato dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD): OECD, *Long-term Care and Health Care Insurance in OECD and Other Countries*, 2020, all'indirizzo www.oecd.org/fin/insurance/Long-Term-Care-Health-Care-Insurance-in-OECD-and-Other-Countries.htm.

⁷ In ordine ai *trends* che caratterizzano lo scenario demografico e sociale italiano ed alla rilevanza che nell'ambito di quest'ultimo assume la copertura LTC, v., tra tutti, L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 336; E. Pitacco, *Le assicurazioni*, cit., 409 ss.; L. Gremigni Francini, *Tutela*, cit., 214.

⁸ Gli indicatori demografici degli ultimi anni sono consultabili sul sito www.istat.it. Cfr. gli indicatori demografici relativi all'anno 2020 all'indirizzo https://www.istat.it/it/files/2021/05/REPORT_INDICATORI-DEMOGRAFICI-2020.pdf.

⁹ V. Istat-Ministero Della Salute, *Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria anno 2019. Rapporto commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana-Istat*, 7 giugno 2021, consultabile all'indirizzo https://www.istat.it/it/files/2021/06/rapporto_commissione_anziani.pdf, da cui emerge che oltre 2,7 milioni di persone rispetto ad una popolazione di riferimento di circa 6,9 milioni di *over 75* “presentano gravi difficoltà motorie, comorbilità, compromissioni



privo di autonomia si ritrova sovente costretto a cercare fuori dalle mura domestiche gli strumenti adeguati per far fronte ai suoi bisogni di assistenza.

In ordine al secondo profilo – nel contesto di crisi del sistema di *welfare* pubblico che investe anche il settore LTC¹⁰ – lo strumento assicurativo potrebbe costituire, seppur in via sussidiaria rispetto alla tutela di matrice pubblicistica¹¹, un importante tassello del programma di sostegno del soggetto non autosufficiente¹², soprattutto ove si consideri il ruolo di terzo pilastro della previdenza che l'assicurazione privata è chiamata oramai a svolgere¹³ “in una congiuntura, quale quella attuale, caratterizzata dalle crescenti difficoltà dello Stato sociale che, sull'apporto integrativo della assicurazione privata deve necessariamente contare”¹⁴.

Infine, quanto alla terza prospettiva, è noto come la stessa emergenza sanitaria da Covid-19 abbia suscitato un'attenzione particolare verso la tematica assicurativa anche sanitaria¹⁵ e, in particolare, rispetto all'assicurazione *Long Term Care*¹⁶ ed alle assicurazioni della salute in genere, inducendo gli operatori professio-

dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura della persona e nelle attività strumentali della vita quotidiana. Tra questi, 1,2 milioni di anziani dichiarano di non poter contare su un aiuto adeguato alle proprie necessità, di cui circa 1 milione vive solo oppure con altri familiari tutti *over 65* senza supporto o con un livello di aiuto insufficiente”; cfr., inoltre, *Italia, un paese di anziani non autosufficienti: l'emergenza ignorata*, 27 giugno 2019, in www.ilssole24ore.com; *Nel 2030 un italiano ogni 12 sarà anziano e non autosufficiente: più cure a casa e meno Rsa*, 24 maggio 2021, *ivi*.

¹⁰ Da tempo, sono state riscontrate la disorganicità e la scarsa efficienza del modello LTC italiano, nonché la correlata esigenza di un'innovazione dello stesso [tra tutti, cfr. Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL), *Joint report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL), Long-Term Care Report Trends, challenges and opportunities in an ageing society Country profiles*, Vol. II, 2021, 182 ss., consultabile all'indirizzo <https://op.europa.eu/it/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>]. Pertanto, attualmente, in sede nazionale – con ritardo rispetto agli altri Paesi – è stato promosso l'avvio di una vera e propria riforma organica della materia da attuarsi entro la fine della legislatura nell'auspicio di addivenire ad un sistema maggiormente funzionale, capace di rispondere alle differenti dimensioni del fenomeno della non autosufficienza, anche grazie ad un migliore coordinamento degli attori coinvolti. In ordine a quest'ultimo aspetto v. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) italiano, definitivamente approvato il 13 luglio 2021, spec. 208 ss., in www.camera.it, ove si prevede la destinazione di investimenti per gli interventi sul settore nonché, più specificatamente, la messa a punto di una riforma della materia entro la fine della legislatura; in merito alle prime iniziative e proposte sul tema cfr. *Cantieri Welfare per gli anziani non autosufficienti, Cittadinanzattiva e Forum Disuguaglianze e Diversità tengono a battesimo le proposte sul Pnrr. I ministri Speranza e Orlando in pista per l'integrazione sociosanitaria*, 20 luglio 2021, in www.sanita24.ilssole24ore.com.

¹¹ La questione della non autosufficienza risulta, infatti, di prioritario interesse del regolatore pubblico alla luce degli artt. 32 e 38 Cost. Sul tema v. P. RESCIGNO, *Anziani cronici non autosufficienti, doveri della famiglia ed obblighi delle istituzioni (Premesse civilistiche)*, in *Dir. fam. pers.*, 1993, 1174 s.; M. DOGLIOTTI, *Ancora sugli anziani cronici non autosufficienti: sono imputabili i parenti o i responsabili delle strutture sanitarie?*, in *Dir. fam. pers.*, 1993, 1178 ss.; S. ORRÙ, *La cura e l'assistenza all'anziano non autosufficiente da parte del caregiver familiare fra diritti fondamentali ed effettività di tutela*, in *I soggetti vulnerabili nell'economia, nel diritto e nelle istituzioni*, a cura di P. CORRIAS ed E. PIRAS, Napoli, 2021, spec. 79 ss. Per un quadro del sistema di tutela LTC italiano, si rinvia a C. CONFORTI, T. TAFARO e N. BORRILLO, *La definizione di non autosufficienza*, in *Quaderno di approfondimento*, cit., 20 ss.; *L'assistenza agli anziani*, cit., 31 ss.; L. GABRIELLI, *L'assistenza ai soggetti non autosufficienti in Italia*, in *Il rischio di non autosufficienza e l'offerta*, cit., 5 ss.

¹² Cfr. L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 381; V. Ferrari, *Le assicurazioni*, cit., 245 s.

¹³ Si veda S. LEVANTESI, *La valutazione del rischio di non autosufficienza nelle assicurazioni Long Term Care*, *seminario Centro studi Adepp*, Roma, 26 aprile 2011, 15, consultabile all'indirizzo https://www.adepp.info/wp-content/uploads/2012/03/la_valutazione_del_rischio_.pdf; E. Notarnicola, *Nuovi attori*, cit., 55.

¹⁴ Così, testualmente, Cass., sez. un., 31 marzo 2008, n. 8271, in *Resp. civ. prev.*, 2008, 1282, la quale riconosce il ruolo di terzo pilastro della previdenza svolto dal contratto di assicurazione sulla vita.

¹⁵ In dottrina, i riflessi della pandemia Covid-19 sul settore assicurativo sono stati affrontati recentemente, tra tutti, in termini generali, da P. CORRIAS, *La gestione dei rischi pandemici nei contratti assicurativi*, in *Resp. civ. prev.*, 2020, 5, 1390 ss.; M. BIN, G. VOLPE PUTZOLU, *Assicurazione e pandemie (primi spunti)*, in *Assicurazioni*, 2020, 1/1, 81 ss.

¹⁶ In tal senso, Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL), *Joint report*, cit., 182.



nali a valorizzare tali coperture tramite la previsione, tra l'altro, dell'erogazione di servizi tecnologici di assistenza e monitoraggio da remoto a beneficio del cliente¹⁷.

Alla luce delle ragioni illustrate, l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza – quale strumento giuridico virtuoso a tutela di interessi primari della persona – merita di essere maggiormente considerata anche tenuto conto dell'attenzione che, viceversa, è stata dedicata ad altre tipologie di assicurazioni sanitarie e, segnatamente, alle assicurazioni infortuni.

In questa sede, pertanto, premessi i tratti caratteristici della copertura, si intende esaminare la natura giuridica della stessa, considerandola tanto isolatamente quanto nell'ampio *genus* delle assicurazioni sanitarie¹⁸, senza escludere, in chiusura, un cenno alle forme che queste ultime garanzie potranno assumere alla luce della transizione digitale in atto¹⁹.

2. – Nell'ordinamento giuridico nazionale, analogamente a quanto può dirsi più in generale per le assicurazioni della salute²⁰, non è dedicata all'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza una disciplina organica, né si rinvengono dei riferimenti alla figura nel quarto libro del codice civile, nel capo XX, concernente la regolamentazione del contratto assicurativo (art. 1882 ss. cod. civ.).

La copertura viene menzionata all'art. 2, comma 1, del codice delle assicurazioni private (d.lgs. n. 209/2005), ai sensi del quale rientra nel ramo IV vita "l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza" garantita "mediante contratti di lunga durata, non rescindibili, per il rischio di invalidità grave dovuta a malattia o a infortunio o a longevità".

A delinearne l'istituto concorre altresì l'art. 8, del Regolamento ISVAP, 16 marzo 2009, n. 29²¹, rubricato "Assicurazione contro il rischio di non autosufficienza", che distingue l'ipotesi di assicurazione "che copre il rischio di non autosufficienza per invalidità grave dovuta a malattia, infortunio o longevità, quando la prestazione consiste nell'erogazione di una rendita", inquadrata nel ramo IV vita, da quella diversa in cui "la prestazione consiste nel risarcimento, totale o parziale, del costo per l'assistenza ovvero in una prestazione in natura, nei limiti del massimale assicurato", classificata, invece, nell'ambito del ramo danni 2 Malattia.

Una più dettagliata descrizione della copertura in esame è contenuta nel d.m.fin., 22 dicembre 2000, n. 47, recante il titolo "Assicurazioni per il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana". Tale normativa, pur avendo rilievo eminentemente fiscale essendo intesa a fissare le caratteristiche delle polizze i cui premi sono soggetti a detrazione d'imposta, va nondimeno considerata in quanto è indicativa dei connotati principali del modello contrattuale maggiormente diffuso²². In altri termini, sep-

¹⁷ Sull'offerta assicurativa del settore salute ai tempi del Covid-19, cfr. IVASS, Report *Analisi Trend Offerta Prodotti Assicurativi, gennaio-giugno 2021*, settembre 2021, 6 ss., in www.ivass.it; IVASS, Report *Analisi trend offerta prodotti assicurativi, (gennaio-giugno 2020)*, ottobre 2020, 6 s., *ivi*; ma v. *infra* par. 7.

¹⁸ Con il termine "assicurazioni della salute" si intende far riferimento all'insieme dei contratti assicurativi volti alla tutela del diritto alla salute ex art. 32 Cost., nell'ambito dei quali si annoverano generalmente l'assicurazione infortuni e malattie, l'assicurazione delle spese mediche, nonché la stessa assicurazione contro il rischio di non autosufficienza. Sul tema si veda più ampiamente il par. 6.1.

¹⁹ V. *infra* par. 7.

²⁰ Nella disciplina codicistica, si allude unicamente alle "assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e le disgrazie accidentali" nella disposizione di cui all'art. 1916, comma 4, cod. civ. la quale prevede l'operatività del diritto di surroga dell'assicuratore anche nell'ambito della copertura infortunistica; sul punto, v., *infra*, nota 94.

²¹ Relativo alle istruzioni applicative in merito alla classificazione dei rischi per ramo.

²² In tal senso, V. PETRONE, *Il rischio*, cit., 117 s.; L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 348; D. DE STROBEL, *Le assicurazioni*, cit., 150 s.



pur siffatta regolamentazione illustri le caratteristiche che deve presentare la polizza *LTC* per essere soggetta a determinati benefici fiscali, escludendo da tali vantaggi le altre possibili configurazioni del medesimo modello contrattuale che da tali caratteristiche si discostino, la stessa offre quantomeno alcune indicazioni sulla struttura concreta della copertura assicurativa. Segnatamente, alla luce di tale regolamentazione – che, peraltro, all’art. 1, si occupa altresì di enucleare una definizione di “rischio di non autosufficienza”²³ – e, soprattutto, dell’art. 2, rubricato “Caratteristiche del contratto”, si deduce che la polizza *Long Term Care* fiscalmente virtuosa può essere, tra l’altro: *i)* stipulata nell’ambito dell’assicurazione malattia oppure dell’assicurazione sulla vita; *ii)* “fornita in via autonoma oppure in abbinamento ad altre coperture assicurative o alle forme di previdenza complementare, individuale o collettiva (...)”; *iii)* essere a vita intera, nel caso di polizza stipulata nell’ambito dell’assicurazione sulla vita, ovvero di durata decennale con rinnovo obbligatorio alla scadenza da parte dell’impresa di assicurazione, se conclusa nell’ambito dell’assicurazione malattia; oppure, infine, operare per tutta la durata del rapporto lavorativo nell’ipotesi di polizza collettiva stipulata dal datore di lavoro. Ancora, tra le sue caratteristiche, siffatta polizza: *iv)* non contempla la possibilità di recesso da parte dell’assicuratore, mentre, dall’altra, disciplina l’esercizio del diritto di recesso e di riduzione in capo all’assicurato; *v)* se stipulata nell’ambito di un’assicurazione sulla vita, ha ad oggetto l’erogazione di una rendita, vitalizia o temporanea; se conclusa nell’ambito di un’assicurazione malattia, contempla, invece, un rimborso delle spese di assistenza sostenute oppure l’erogazione di una prestazione in natura.

Peraltro, proprio prestando attenzione al versante fiscale, si evidenzia che l’assicurazione contro il rischio di non autosufficienza risente di una forte incentivazione²⁴: in tal senso, si consideri anche la disposizione di cui all’art. 51 TUIR, comma 2, lett. *f-quater*²⁵, dalla cui lettura si ricava che i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti, per prestazioni, anche di tipo assicurativo, aventi ad oggetto il rischio di non autosufficienza, non concorrono a formare il reddito da lavoro dipendente²⁶.

Al di là, però, dei pochi riferimenti normativi inerenti all’istituto, è soprattutto dall’analisi della prassi assicurativa del settore che si desumono i tratti essenziali della figura in esame, caratterizzata per essere un contratto di lunga durata e non rescindibile in cui l’impresa di assicurazione, a fronte del pagamento del premio, si impegna, al verificarsi della condizione di non autosufficienza, ad una prestazione che può assumere natura eterogenea.

²³ V., *infra*, nota 38.

²⁴ Sul punto, S. PACI, *Tipologie*, cit., 280 s.

²⁵ La lettera è stata inserita dall’art. 1, comma 161, l. 11 dicembre 2016, n. 232, a decorrere dal 1° gennaio 2017.

²⁶ Specificatamente, la norma stabilisce che non concorrono a formare il reddito da lavoro dipendente “i contributi e i premi versati dal datore di lavoro a favore della generalità dei dipendenti o di categorie di dipendenti per prestazioni, anche in forma assicurativa, aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana, le cui caratteristiche sono definite dall’articolo 2, comma 2, lettera d), numeri 1) e 2), del decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 27 ottobre 2009, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 12 del 16 gennaio 2010, o aventi per oggetto il rischio di gravi patologie”. A sua volta, la disposizione inerente alle caratteristiche delle prestazioni relative al rischio di non autosufficienza, citata nella norma appena riportata, si riferisce a: “1) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all’assistenza tutelare, all’aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all’aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera; 2) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell’assistenza”. Sul punto, cfr. V. FERRARI, *Le assicurazioni*, cit., 238 s.



Volendo, pertanto, rappresentare il fenomeno nelle sue principali ramificazioni, come risultante dal dettato normativo nonché dalla prassi del mercato, si ricava quanto segue²⁷.

In prima battuta, muta, nell'ambito dei differenti modelli di polizza, la tipologia di prestazione alla quale è tenuto l'assicuratore. L'ipotesi di copertura LTC più diffusa è quella in cui viene garantito, al verificarsi della perdita di autonomia dell'assicurato, il versamento di una rendita, di importo fisso ovvero variabile a seconda del grado di non autosufficienza manifestato dal soggetto (*Long Term Care* con prestazione c.d. indennitaria)²⁸.

Altre volte, ma più di rado, la polizza può prevedere il rimborso all'assicurato delle spese che quest'ultimo dimostri di sostenere per far fronte ai propri bisogni di assistenza (*Long Term Care* con prestazione c.d. risarcitoria)²⁹.

Infine – ancor più raramente – la prestazione assicurata può consistere nell'erogazione di servizi di assistenza presso il domicilio dell'assicurato o apposite strutture sanitarie convenzionate (*Long Term Care* con prestazione c.d. di servizio). Siffatto modello, proprio di altre esperienze sovranazionali³⁰ ed implicante alla base una sviluppata organizzazione imprenditoriale capace di garantire l'erogazione diretta di prestazioni di assistenza, stenta a prendere piede nel mercato assicurativo LTC italiano, ma è auspicabile che si affermi nel prossimo futuro³¹.

Stante la molteplicità delle prestazioni deducibili ad oggetto della garanzia sopra descritte, è stata messa in luce l'opportunità di offrire coperture LTC che consentano, direttamente all'assicurato, di optare per la tipologia di prestazione più consona alle proprie esigenze proprio nel momento in cui si realizza la perdita di autonomia; naturalmente, la prospettiva, se attuabile, potrebbe rivelarsi interessante in quanto si accorderebbe al soggetto non autosufficiente il vantaggio di valutare e selezionare al momento debito la risposta più adeguata alla sua circostanziata condizione³².

Quanto al premio da versarsi, esso, a seconda della singola polizza, può essere: *i*) periodico con una determinata temporaneità; *ii*) periodico a carattere vitalizio non temporaneo; *iii*) premio unico, da pagarsi in un'unica soluzione³³.

Le coperture *Long Term Care* si differenziano sotto altri rilevanti profili: la polizza può essere stipulata in forma individuale oppure collettiva³⁴; può essere autonoma – destinata, cioè, unicamente a garantire contro il

²⁷ Per una dettagliata descrizione dei singoli modelli di polizza LTC si rinvia agli scritti di E. PITACCO, *Le assicurazioni*, cit., 417 ss.; L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 340 ss.

²⁸ Diversa è l'ipotesi del contratto LTC con rendita maggiorata (c.d. *enhanced annuity*), il quale costituisce un semplice contratto di rendita vitalizia immediata, a premio unico, in quanto l'individuo al momento della stipulazione versa già in condizione di non autosufficienza e necessita di assistenza [cfr. E. PITACCO, *Le assicurazioni*, cit., 418 s.; S. BARISON, *Contratti nuovi, nuove tecnologie e tutela della persona: il trattamento dei dati genetici nell'assicurazione di long term care*, in *Persona e tutele giuridiche*, a cura di G. COMANDÉ, Torino, 2003, 230].

²⁹ La polizza LTC a carattere c.d. risarcitorio può essere autonoma ovvero complementare rispetto ad un'assicurazione malattia. Sul punto cfr. E. PITACCO, *Le assicurazioni*, cit., 420 s.

³⁰ Cfr. ISVAP, *Quaderno n.3*, cit., 30, ove, ad esempio, si allude alla diffusione di polizze di tal tipo nel mercato assicurativo giapponese.

³¹ In tal senso, v. L. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie*, cit., spec. 45 s.

³² L. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie*, cit., 45, al quale si rinvia.

³³ Così E. PITACCO, *Le assicurazioni*, cit., 418; L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 341, ai quali si rinvia per gli opportuni approfondimenti.

³⁴ Recentemente si registra una maggiore fantasia degli operatori assicurativi nell'offerta di polizze LTC 'di gruppo' che prevedono una serie di vantaggi economici. Cfr. *Zurich lancia la polizza long term care "condivisa"*, 18 febbraio 2020, in www.ilsole24ore.com.



rischio di non autosufficienza – ovvero accessoria rispetto ad altri tipi di copertura³⁵; a vita intera e, dunque, coprire il rischio per una durata coincidente con la vita dell'assicurato, oppure temporanea e, pertanto, operare per il solo periodo di efficacia stabilito³⁶.

Generalmente, si riscontrano dei limiti alla possibilità di assicurarsi contro il rischio di non autosufficienza, legati soprattutto all'età anagrafica: in linea tendenziale, stando a quanto emerge dall'attuale offerta del mercato assicurativo, l'età minima richiesta è ricompresa – con variazioni significative in ciascuna polizza – tra i 18 ed i 40 anni, mentre l'età massima non può superare i 70-75 anni³⁷. In merito alle clausole di delimitazione del rischio, se da una parte viene attendibilmente esclusa la copertura della non autosufficienza conseguente a determinate condotte dell'assicurato (quali, ad esempio, partecipazione a guerre o tumulti popolari, lesioni volontarie, tentato suicidio, mancata ottemperanza delle cure mediche prescritte, e simili), dall'altra, va segnalato che talune polizze escludono altresì la copertura della perdita di autonomia anche allorché quest'ultima derivi da patologie mentali non di origine organica, come la depressione, le psicosi e via discorrendo.

Infine – per quanto in questa sede si siano tratteggiate solo alcune delle caratteristiche delle coperture LTC – i modelli diffusi nella prassi possono talvolta prevedere, oltre alla prestazione principale alla quale è tenuto l'assicuratore, prestazioni aggiuntive di cura e consulenza a favore dell'assicurato, le quali, come si vedrà meglio nel prosieguo, sono in certi casi connotate dall'uso di dispositivi digitali.

3. – Un aspetto sul quale è opportuno soffermarsi concerne l'individuazione del c.d. rischio di non autosufficienza, posto che della stessa non si riscontra una definizione legislativa univoca³⁸ nell'ampia e frammentaria normativa dedicata al settore LTC³⁹.

Appuntando l'attenzione sul comparto assicurativo, si può affermare che, in tale ambito, per condizione di non autosufficienza si intende quello stato, causato da infortunio o da malattia ovvero dal naturale processo di senescenza, in ragione del quale un soggetto non risulta più in grado di compiere le attività elementari del vivere giornaliero⁴⁰.

Nelle coperture LTC attualmente più diffuse in Italia si ricorre alla scala c.d. ADL (*Activities of Daily Living*) secondo la quale un soggetto è da ritenersi non autosufficiente quando non è in grado di compiere, in

³⁵ La polizza LTC può essere, ad esempio, integrativa rispetto ad un'assicurazione sulla vita o malattia. Si segnala, inoltre, la c.d. assicurazione sulla salute a vita intera, che si caratterizza per essere, sino all'entrata in quiescenza dell'individuo, un'assicurazione *Income Protection* a fronte dell'incapacità dell'assicurato di svolgere attività lavorativa, e, successivamente, un'assicurazione *Long Term Care*. Sul punto, e per le altre forme LTC integrative, v. L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 342 ss.

³⁶ Cfr. E. NOTARNICOLA, *op. cit.*, 60.

³⁷ I dati si ricavano dall'esame delle coperture LTC attualmente offerte dalle principali compagnie assicurative; si vedano altresì le caratteristiche delle polizze maggiormente diffuse sul mercato, aggiornate ad aprile 2019, in E. NOTARNICOLA, *Nuovi attori*, cit., 63.

³⁸ Una specifica illustrazione del concetto è contenuta, come si accennava, nel d.m.fin., 22 dicembre 2000, n. 47, sopra citato, in cui, all'art. 1, comma 1, il legislatore fiscale si riferisce ai contratti che assicurino contro il "(...) rischio di non autosufficienza nel compimento in modo autonomo degli atti della vita quotidiana" intendendo per questi ultimi "quelli concernenti l'assunzione degli alimenti, l'espletamento delle funzioni fisiologiche e dell'igiene personale, la deambulazione, l'indossare gli indumenti". Inoltre, sempre ai sensi della suddetta normativa, si precisa che "si considera non autosufficiente anche il soggetto che necessita di sorveglianza continuativa" nonché, al comma 2 della medesima disposizione, che "lo stato di non autosufficienza si considera realizzato anche in caso di incapacità di svolgere, anche solo in parte, uno o più degli atti indicati nel comma 1".

³⁹ Sul punto cfr. C. CONFORTI, T. TAFARO, N. BORRILLO, *La definizione*, cit., 20 ss.

⁴⁰ L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 337.



genere, almeno 4 su 6 attività giornaliere strettamente basilari consistenti in: I) lavarsi; II) vestirsi; III) utilizzare i servizi igienici; IV) spostarsi dal letto alla poltrona e viceversa; V) assolvere alle funzioni fisiologiche; VI) alimentarsi. Il numero delle attività di riferimento può variare: talvolta, ad esempio, l'individuo è considerato non autosufficiente quando incapace di svolgere almeno 3 su 4 dei suddetti atti. Solo in alcune polizze, inoltre, la non autosufficienza si considera altresì realizzata, a prescindere dal giudizio derivante da tale scala di valutazione, nell'ipotesi di perdita irreversibile delle capacità mentali, causata dal morbo di *Alzheimer* o da altre forme di demenza senile⁴¹.

La scala *ADL*, nella sua applicazione più semplice, potrebbe ad ogni modo rivelarsi imprecisa⁴² dal momento che non ammette giudizi intermedi circa la capacità del soggetto di compiere le attività menzionate: in altri termini, il modello *ADL* più elementare, poiché consente di valutare esclusivamente in via alternativa se la persona sia capace o meno di svolgere un certo atto, non sembra cogliere appieno le diverse sfumature dell'autonomia individuale.

Al suddetto problema pare ovviare l'adozione di un sistema a punti, di fatto contemplato in diverse polizze *Long Term Care*, nell'ambito delle quali si attribuisce un determinato punteggio all'assicurato a seconda del livello di autonomia manifestato nel compimento di ciascuna attività e, successivamente, in base all'ammontare complessivo del punteggio ottenuto, si stabilisce se egli sia in stato di non autosufficienza (di solito è richiesto un punteggio minimo di 40-45/60).

Ancor più accurato è il c.d. indice di *Barthel*⁴³, il quale, prendendo in esame un maggior numero di attività basilari, si distingue dal modello precedente per graduare ulteriormente l'attribuzione del punteggio di valutazione, funzionando in tal guisa quale metro di giudizio maggiormente rigoroso.

Tuttavia, l'elenco delle attività che, sulla base della scala *ADL* e dell'indice di *Barthel*, assumono rilievo ai fini della valutazione circa la non autosufficienza dell'assicurato sembrerebbe alquanto limitato: infatti, stando a tali parametri, si ometterebbe di considerare la capacità dell'assicurato di svolgere i principali atti afferenti alla sfera cognitiva, atti che, invece, costituiscono un'importante espressione della sua autonomia.

In tal senso, una valutazione più completa potrebbe aver luogo qualora si adottasse, sulla scia della proposta assicurativa statunitense, la scala *IADL* (*Instrumental Activities of Daily Living*). Essa, infatti, considera anche altre attività di carattere sociale e domestico, perlopiù trascurate nelle polizze *Long Term Care* italiane, quali: usare il telefono, fare la spesa, preparare il cibo, governare la casa, fare il bucato, spostarsi tramite mezzi di trasporto, assumere farmaci ed usare il denaro⁴⁴. Ebbene, pare che proprio l'inabilità a compiere, perlomeno a livelli sufficienti, le attività appena menzionate costituisca uno dei problemi più diffusi tra la popolazione anziana⁴⁵ che, spesso, pur essendo capace di svolgere le attività fisiche indispensabili per la sopravvivenza, incontra notevoli difficoltà, ad esempio, nella gestione quotidiana del denaro⁴⁶ ovvero nel go-

⁴¹ Ciò è quanto si ricava dall'analisi dell'attuale offerta assicurativa del settore; in dottrina, tra tutti, cfr. recentemente V. Ferrari, *Le assicurazioni*, cit., 240.

⁴² Cfr. L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 339.

⁴³ L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit.; E. Pitacco, *Le assicurazioni*, cit., 416.

⁴⁴ Cfr. E. PITACCO, *Le assicurazioni*, cit., 417.

⁴⁵ Si veda M. VECCHIETTI, *Nuove sfide per l'assicurazione salute: la gestione della non autosufficienza*, in *Quaderno di approfondimento*, cit., 55, il quale evidenzia che, utilizzando quale metro di giudizio la scala *IADL*, un maggior numero di individui risulterebbe in condizioni di scarsa autonomia: difatti, per poco meno di un terzo degli *over 65* e della metà degli *over 75*, si rivela particolarmente difficoltoso compiere almeno un'attività domestica quotidiana.

⁴⁶ Ci si riferisce soprattutto alla capacità di assegnare il giusto valore al denaro e di ponderare l'uso dello stesso. Come noto, infatti, gli anziani risultano spesso vittime di operazioni commerciali svantaggiose concluse proprio presso il loro domicilio. Si tratta di un fenomeno che assume specifico rilievo nell'ambito della disciplina consumeristica (v. in particolare art. 26 c. cons.) e che in tempi



verno, in termini minimi di sicurezza domestica, della casa oppure, ancora, nella corretta assunzione dei farmaci prescritti.

In definitiva, si ritiene dunque che, solo dal combinato utilizzo delle scale *ADL* e *IADL*, potrebbe emergere la poliedricità della condizione di non autosufficienza, la quale può inevitabilmente incidere, non solo sulla sfera fisica del soggetto, ma anche sulle sue capacità cognitive e relazionali.

Alla luce di quanto sopra, occorre, in primo luogo, che l'assicurando, al momento della sottoscrizione della polizza, presti la dovuta attenzione ai parametri adottati dalla singola compagnia assicurativa nella determinazione della condizione di non autosufficienza coperta, trattandosi, appunto, di condizione rimessa a criteri convenzionali mutevoli, e che, prima ancora, l'impresa definisca chiaramente i termini dell'evento dedotto in rischio, senza ricorrere a clausole poco trasparenti⁴⁷.

In secondo luogo, è evidente che il cliente potrebbe avere interesse a garantirsi, non solo contro le forme di non autosufficienza, più estreme e di carattere fisico, poste in luce dalla scala *ADL*, ma anche rispetto alle altre, non trascurabili, manifestazioni della perdita di autonomia riconosciute da modelli più accurati ai quali si è fatto riferimento. Ai fini di fornire una risposta appagante al multiforme fenomeno della non autosufficienza, sembra, pertanto, auspicabile che il mercato assicurativo italiano – che in qualche caso isolato ha già mostrato un'apertura verso la perdita di autonomia sia fisica che sociale dell'individuo⁴⁸ – predisponga un'offerta maggiormente variegata: anche altri gradi di non autosufficienza, che – in virtù soprattutto della scala *IADL* – possono assumere rilievo, meritano, infatti, piena tutela assicurativa alla luce del fondamento costituzionale di cui all'art. 38, commi 2 e 5, Cost., nonché, nella dimensione sovranazionale di riferimento, ai sensi dell'art. 25 della Carta di Nizza (*i.e.* Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea), in forza del quale “L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale”.

4. – Muovendo da una concezione dicotomica del contratto assicurativo⁴⁹, occorre, ora, ricondurre il contratto di assicurazione contro il rischio di non autosufficienza nell'alveo di uno dei due tipi assicurativi contemplati dall'art. 1882 cod. civ.

Posta, infatti, una disciplina comune ad entrambe le categorie assicurative (artt. 1882-1903 cod. civ.), dalla collocazione della fattispecie discende, in via tendenziale, l'applicazione delle disposizioni relative

recenti ha costituito oggetto di attenzione della Direttiva (UE) 2019/2161, del 27 novembre 2019, la quale ha specificato che gli Stati membri sono abilitati a tutelare maggiormente il consumatore contro le pratiche commerciali sleali poste in essere nel contesto di visite al domicilio o di escursioni, prendendo atto che tali “pratiche spesso prendono di mira persone anziane o altre categorie di consumatori vulnerabili” (si vedano in particolare i Considerando nn. 54 e 55).

⁴⁷ Rileva la necessità di individuare in modo trasparente la condizione di non autosufficienza, pena la vessatorietà della clausola *de qua*, L. Di NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 374.

⁴⁸ Si allude alla presenza, nel mercato assicurativo italiano, di un modello di polizza *LTC* che, nel definire la non autosufficienza coperta, tiene conto, non solo della capacità di svolgimento di alcune attività fisiche elementari, ma, seppur in misura minore, anche di un eventuale *deficit* di carattere cognitivo dell'individuo allorché esso si estrinsechi nell'incapacità di porre in essere attività socio-gestionali, quali, tra tutte, usare il telefono o gestire le finanze.

⁴⁹ La concezione dicotomica del contratto assicurativo – secondo la quale l'art. 1882 cod. civ. contempla due tipi assicurativi autonomi e diversi sul piano funzionale – si contrappone tradizionalmente alla visione unitaria dello stesso. Per un'illustrazione del problema, si rinvia, tra tutti, a P. CORRIAS, *Il contratto di assicurazione. Profili funzionali e strutturali*, Napoli, 2016, 13 ss.; più recentemente, v. ID., *Le assicurazioni sulla vita*, in *Trattato di diritto civile e commerciale Cicu-Messineo*, già diretto da L. MENGONI e P. SCHLESINGER, continuato da V. ROPPO e F. ANELLI, Milano, 2021, 65 ss.



all'assicurazione contro i danni (artt. 1904-1918 cod. civ.) ovvero di quelle che regolano l'assicurazione sulla vita (artt. 1919-1927 cod. civ.).

Per lungo tempo l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza è rimasta estranea alla tradizione giuridica italiana e, pertanto, sulla qualificazione di tale contratto si riscontra, non solo – per quel che consta – l'assenza di casistica giurisprudenziale, ma anche una minore attenzione da parte della dottrina, almeno rispetto a quella manifestata con riguardo al contiguo problema della natura delle assicurazioni infortuni e malattie.

La letteratura formatasi ha ad ogni modo rilevato la difficoltà di collocare *tout court* la copertura *Long Term Care* nel ramo danni ovvero in quello vita⁵⁰, al pari di quanto avviene con riferimento agli altri contratti di assicurazione attinenti alla persona⁵¹.

Il legislatore, dapprima nella l. 22 ottobre 1986, n.742 (nella Tabella in allegato, lett. A)⁵², e, successivamente, nel d.lgs. n. 174/1995 (nell'Allegato I, lett. A)⁵³, inquadrava nel ramo IV vita "l'assicurazione malattia di cui all'articolo 1, numero 1, lettera d), della direttiva CEE n. 79/267 del 5 marzo 1979" ossia, ai sensi della normativa comunitaria appena menzionata costituente la prima direttiva vita, «l'assicurazione praticata in Irlanda e nel Regno Unito, denominata "*permanent health insurance*" (assicurazione malattia, a lungo termine, non rescindibile)». Ebbene, in quest'ultima categoria assicurativa – peraltro presa anche successivamente quale modello di riferimento nella regolamentazione di matrice europea⁵⁴ – era ricondotta nella prassi interpretativa anche l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, con conseguente collocamento della stessa, in forza del suddetto rinvio normativo, nell'ambito del ramo IV vita.

Infatti, stando alla normativa inglese, e, segnatamente, all'*Insurance Companies Act* del 1982 (*Schedule I*, n. IV), la categoria della *Permanent Health Insurance* (c.d. *PHI*) ricomprendeva in sé i contratti contro il rischio di incapacità della persona – causata da una lesione derivante da infortunio, malattia ovvero senescenza – necessariamente di lunga durata e non rescindibili da parte dell'assicuratore se non in ragione di circostanze eccezionali espressamente menzionate nella polizza⁵⁵. In siffatta categoria, si riteneva, dunque, di ricondurre altresì l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, in quanto anch'essa garanzia *long term*, non rescindibile, facente fronte ad una condizione di incapacità della persona originata da cause di diversa natura⁵⁶.

Tuttavia, non sono mancate voci che hanno ritenuto di non condividere l'inquadramento dell'assicurazione *LTC* nel novero delle *PHI* ed il conseguente collocamento della prima nel ramo IV vita. In particolare, si è posta in luce la divergenza tra i due contratti⁵⁷: dalla letteratura sul tema⁵⁸, è emerso, infatti, che con

⁵⁰ V. in particolare L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 358 s.; V. PETRONE, *Il rischio*, cit., 118 s.

⁵¹ Così L. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie*, cit., 53.

⁵² Legge abrogata dal d.lgs. n. 174/1995.

⁵³ Poi abrogato dal codice delle assicurazioni private.

⁵⁴ Il riferimento a tale categoria assicurativa era presente, infatti, anche nell'art. 2, punto 1, lett. d), della successiva Direttiva Vita 2002/83/CE. In seguito, muta in parte l'allusione alla suddetta classe assicurativa: v., *infra*, nota 60.

⁵⁵ La menzionata normativa inglese inquadrava, infatti, nella categoria delle *Permanent Health Insurance* i "contracts of insurance providing specified benefits against risks of persons becoming incapacitated in consequence of sustaining injury as a result of an accident or of an accident of a specified class or of sickness or infirmity, being contracts that – (a) are expressed to be in effect for a period of not less than five years, or until the normal retirement age for the persons concerned, or without limit of time, and (b) either are not expressed to be terminable by the insurer, or are expressed to be so terminable only in special circumstances mentioned in the contract".

⁵⁶ Sull'argomento, cfr. V. PETRONE, *Il rischio*, cit., 120 ss.

⁵⁷ Si veda D. DE STROBEL, *Le assicurazioni*, cit., 155 ss.

⁵⁸ In dottrina, tra gli scritti più risalenti sulla figura della *PHI*, si segnalano: E. PITACCO, *L'innovazione nel settore delle "assicu-*



l'espressione *Permanent Health Insurance* si allude, in realtà, ad una figura assicurativa volta a garantire specificamente contro il rischio di invalidità professionale, ossia contro il rischio di perdita della capacità lavorativa (causata da infortunio, malattia o senescenza) e di correlata produzione di reddito, e, dunque, ad un contratto assicurativo che, pur essendo di lunga durata e non rescindibile al pari del contratto di assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, costituisce, tuttavia, un modello differente rispetto a quest'ultimo. Inoltre, la ricostruzione interpretativa sopra svolta ha suscitato perplessità a fronte dell'eterogeneità delle coperture *LTC* diffuse nella prassi, eterogeneità ritenuta di ostacolo ad un inquadramento monolitico dell'assicurazione *Long Term Care* in un solo ramo⁵⁹.

Come sopra accennato, il legislatore italiano ha, ad ogni modo, preso espressa posizione all'art. 2, comma 1, dell'attuale codice delle assicurazioni private, dirimendo ogni dubbio e includendo in via esplicita e diretta anche l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza nel ramo vita IV⁶⁰.

Successivamente, però, all'art. 8 del Regolamento ISVAP n. 29/2009, dopo aver confermato la collocazione della polizza nel ramo vita qualora la prestazione dell'assicuratore consista nel versamento di una rendita, ha ricondotto, invece, le ipotesi di copertura in cui l'impresa si impegna alla rifusione delle spese ovvero ad una prestazione in natura al ramo danni 2 Malattia. Così operando, il legislatore ha, dunque, dimostrato di non accogliere una visione monolitica della figura *de qua*, prospettando, di fatto, un diverso inquadramento in ragione della differente prestazione dedotta in contratto.

La suddetta tendenza pare invero inserirsi in un solco già tracciato dallo stesso legislatore fiscale nel d.m.fin., 22 dicembre 2000, n. 47: difatti, già in quel testo normativo, si differenziava tra coperture contro il rischio di non autosufficienza stipulate nell'ambito dell'assicurazione sulla vita, aventi ad oggetto una rendita, e quelle, concluse nell'ambito dell'assicurazione malattia, contemplanti, invece, un rimborso di spese oppure una prestazione di cura (v. art. 2, comma 4)⁶¹.

Tale criterio legislativo di classificazione⁶², tuttavia, suscita qualche perplessità⁶³.

Pare infatti che la qualificazione del contratto assicurativo debba essere legata a parametri diversi e più consistenti rispetto alla tipologia di prestazione dedotta in contratto: occorre cioè verificare, primariamente, la natura – dannosa o “attinente alla vita umana” – dell'evento considerato dalle parti e, allorché quest'ultimo presenti entrambi i connotati e non offra, quindi, indicazioni sufficienti, prestare specifica attenzione alla funzione svolta dal negozio⁶⁴.

razioni sulla salute”: le coperture PHI, DD, LTC, in *Dir. ec. ass.*, 1992, 2-3, 350 ss.; L. FILANGIERI, *Il mercato britannico della Permanent Health Insurance*, *ivi*, 1995, 2-3, 525 ss. Più recentemente, v. A. POLOTTI DI ZUMAGLIA, *Le assicurazioni*, cit., 234 ss.

⁵⁹ V. PETRONE, *Il rischio*, cit., spec. 122; D. DE STROBEL, *Le assicurazioni*, cit., spec. 155.

⁶⁰ Nell'ambito dell'ordinamento sovranazionale, si noti peraltro che, attualmente, l'art. 2 (comma 3, lett. a) della Direttiva *Solvency II* (Direttiva 2009/138/CE), nell'indicare le assicurazioni sulla vita soggette alla disciplina normativa, si riferisce anche al “tipo di assicurazione malattia a lungo termine, non rescindibile, praticata attualmente in Irlanda e nel Regno Unito” senza, però, far più uso della dicitura “*Permanent Health Insurance*”, prima, invece, presente nella regolamentazione di matrice comunitaria.

⁶¹ Cfr., L. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie*, cit., 50.

⁶² La classificazione per rami operata dal legislatore assume, ad ogni modo, valore puramente indicativo. Cfr., tra tutti, P. CORRIAS, *Le assicurazioni*, cit., 53 e 75; S. LANDINI, *Polizze sanitarie nelle dinamiche contemporanee della longevità*, in *Riv. it. med. leg.*, 2, 2019, 516.

⁶³ Cfr., sul punto, L. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie*, cit., 52 s., il quale, peraltro, rileva come il criterio utilizzato dal legislatore sia sintomatico della difficoltà di individuare la reale natura contrattuale di figure assicurative, come quella in esame, al confine tra il ramo danni e quello vita.

⁶⁴ Su tale aspetto si veda P. CORRIAS, *Il contratto di assicurazione*, cit., 54 ss.



5. – Cominciando ad esaminare la natura dell'evento dedotto nel contratto di assicurazione *LTC*, occorre, dunque, domandarsi se il rischio di non autosufficienza si riferisca ad un evento dannoso oppure ad un evento "attinente alla vita umana".

A tal riguardo, è stato anzitutto sostenuto che l'assicurazione *Long Term Care* non sia agevolmente riconducibile al tipo dell'assicurazione contro i danni; ciò sia poiché il rischio di non autosufficienza può realizzarsi anche indipendentemente da un evento causale di carattere patologico, sia in quanto il rischio assumerebbe una connotazione particolare in quanto incidente sulla sfera delle persone e non delle cose⁶⁵.

Si ritiene di dover esaminare separatamente le due considerazioni.

Il primo rilievo⁶⁶ pone in luce che la condizione di non autosufficienza non costituirebbe, sempre, un vero e proprio danno avuto riguardo alla sua fonte⁶⁷, ben potendo tale condizione originare anche dal naturale processo di invecchiamento dell'individuo e non derivare, quindi, da un evento causale patologico⁶⁸. In questa ipotesi, la natura fisiologica dell'evento a monte – la senescenza – non consentirebbe di ravvisare, a valle, un vero e proprio danno.

Va, però, osservato che la longevità di cui all'art. 2, comma 1, cod. ass., non pare tanto una longevità fisiologica – intesa come processo, perdurante per tutto l'arco della vita umana, di per sé neutro – quanto piuttosto una longevità degenerativa, capace, difatti, di determinare nell'individuo, non solo il *naturale* decadimento psico-fisico, ma anche un'inabilità di una certa gravità e, più nello specifico, una privazione dell'autonomia. Verso siffatta opzione interpretativa sembra deporre, invero, lo stesso dato normativo, il quale allude specificamente ad una longevità causata di "invalidità grave".

In altri termini, mentre, ad esempio, nell'assicurazione di sopravvivenza, l'evento dell'invecchiamento viene in rilievo quale evento di durata privo di qualsivoglia connotazione e, dunque, unicamente quale evento della vita e non dannoso, sembrerebbe, invece, che nell'ambito dell'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, anche alla luce dello stesso tenore letterale del dato positivo, il legislatore abbia inteso delineare l'invecchiamento in una sua dimensione particolare: dimensione che – spesso legata evidentemente ad elementi in sé patologici, quali, ad esempio, le malattie della demenza senile ovvero al verificarsi di accadimenti lesivi che, di per sé lievi, colpiscono maggiormente l'individuo anziano in ragione della naturale condizione psico-fisica in cui versa – si rivela in grado di causare, non solo una fisiologica sfioritura dell'individuo, ma anche una più grave lesione della sua integrità psico-fisica.

In tal senso, dunque, pare che anche il processo di invecchiamento, come descritto legislativamente nel contesto dell'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, possa considerarsi un evento patologico fonte di una vera e propria lesione e, pertanto, quantomeno in astratto, possa essere inquadrato quale possibile *sinistro*, se per tale si intende, in ambito assicurativo, un qualsiasi evento produttivo di danno.

Sembra, invece, del tutto condivisibile il secondo rilievo⁶⁹, volto ad affermare che in tale ipotesi il rischio

⁶⁵ Per entrambi i rilievi cfr. L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 358; L. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie*, cit., 48 s.; si vedano altresì le considerazioni di V. PETRONE, *Il rischio*, cit., 118 s.

⁶⁶ V. nota immediatamente sopra.

⁶⁷ Cfr. le osservazioni di M. GAGLIARDI, *Salute e assicurazione: il diritto delle assicurazioni in campo sanitario*, in *Riv. it. med. leg.*, 4, 2015, 1329; L. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie*, cit., 49.

⁶⁸ In questo caso, la perdita di autonomia rappresenterebbe una semplice e naturale conseguenza del decadimento psico-fisico dell'essere umano allo scorrere del tempo ed all'avanzare dell'età. Più in generale, su tale concetto, cfr. G. VOLPE PUTZOLU, *L'assicurazione privata contro gli infortuni nella teoria del contratto di assicurazione*, Milano, 1968, 15 s., ove si legge che "non può essere considerato danno la minore efficienza fisica conseguente alla vecchiaia e l'annientamento fisico in dipendenza di cause naturali (c.d. morte naturale)".

⁶⁹ V. nota 65.



di non autosufficienza assumerebbe, ad ogni modo, una connotazione particolare in ragione del bene sul quale la condizione di non autosufficienza incide.

Infatti, la perdita di autonomia costituisce una vicenda riguardante la sfera della persona e non delle cose, sulle quali, per contro, è modellata la disciplina dell'assicurazione contro i danni. In altri termini, come si dirà meglio in seguito con riguardo alle assicurazioni della salute in genere, anche allorché si ritenga concretizzabile un danno, ci si dovrebbe, poi, interrogare sulla concreta compatibilità con la figura in esame della regolamentazione codicistica dell'assicurazione contro i danni concepita, appunto, con riguardo alle assicurazioni di cose o, tutt'al più, del patrimonio.

Stabilita la possibilità di qualificare la condizione di non autosufficienza alla stregua di un danno, seppur attinente alla sfera della persona, ci si chiede, ora, se tale condizione possa al contempo integrare un evento della vita.

Si segnala, infatti, che taluni interpreti hanno escluso di collocare la copertura in esame nel ramo vita, osservando che il rischio di non autosufficienza non riguarda un evento "attinente alla vita umana", *rectius* un evento relativo alla durata della stessa⁷⁰.

Tale osservazione pare ad ogni modo superabile rilevando che l'evento della vita al quale allude l'art. 1882 cod. civ. non necessariamente debba riguardare i soli eventi inerenti alla durata dell'esistenza. Difatti, dal punto di vista letterale, il precetto normativo si riferisce ad un "evento attinente alla vita umana", senza altro aggiungere in ordine a profili di durata; per giunta, è altresì noto che anche eventi diversi dalla morte e dalla sopravvivenza, quali la natalità o la nuzialità, siano generalmente considerati delle vicende della vita ai sensi della norma evocata⁷¹.

Sulla scia di tale opinione, pare allora che la condizione di non autosufficienza possa costituire pienamente una vicenda "attinente alla vita umana" ex art. 1882 cod. civ. Più precisamente, in essa si ravvisa un'ampia condizione esistenziale dell'individuo, alla quale, peraltro, quest'ultimo si trova naturalmente più esposto proprio a causa dello scorrere del tempo e del sopraggiungere dell'età avanzata.

In conclusione, da quanto sinora esposto, sembrerebbe che la condizione di non autosufficienza possa essere astrattamente qualificata in modo ambivalente: sia, cioè, alla stregua di un danno derivante da un sinistro – pur sempre incidente sulla persona e non su di una cosa – sia quale evento della vita umana.

6. – Posto, dunque, che l'evento – al contempo dannoso e attinente alla vita – si rivela di per sé insufficiente a fondare un efficace tentativo di qualificazione, assume preminente rilievo, ai fini di operare una corretta collocazione sistematica del contratto in esame, soffermarsi sulla funzione svolta dallo stesso⁷².

Si rammenta, infatti, che mentre l'assicurazione contro i danni è tradizionalmente connotata dalla funzione indennitaria, e, dunque, è volta alla riparazione di un danno causato da un sinistro attraverso una prestazione strettamente quantificata in ragione della lesione realizzatasi⁷³, invece, l'assicurazione sulla vita assol-

⁷⁰ Così, V. PETRONE, *Il rischio*, cit., 118; cfr. anche L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 358; L. GREMIGNI FRANCINI, *Assicurazioni sanitarie*, cit., 49.

⁷¹ Cfr. P. CORRIAS, *Le assicurazioni*, cit., 53, al quale si rinvia; in giurisprudenza v., in particolare, Cass. 21 giugno 1971, n. 1941, in *Foro it.*, 1971, I, 2505; Cass. 2 ottobre 1972, n. 2802, in *Assicurazioni*, 1973, II, 212.

⁷² Cfr. P. CORRIAS, *Il contratto*, cit., 54 ss.; più in generale, sulla funzione del contratto, si veda, per tutti, G.B. FERRI, *Causa e tipo nella teoria del negozio giuridico*, Milano, 1966, spec. 249 ss.; 355 ss.; A. CATAUDELLA, *I contratti (Parte generale)*3, Torino, 2009, 171 ss., spec. 175.

⁷³ Si veda G. PARTESOTTI, *La polizza stimata*, Padova, 1967, 1 ss., spec. 69 ss. (riprodotto in ristampa anastatica nella *Collana della Scuola di specializzazione in diritto civile dell'Università di Camerino*, Napoli, 2017).



ve una funzione – da sempre meno nitida anche in ragione del più vago tenore letterale della seconda parte dell'art. 1882 cod. civ.⁷⁴ – di tipo previdenziale ed è, pertanto, diretta a far fronte – tramite l'erogazione di un capitale o di una rendita – a bisogni ed esigenze che generalmente sorgono al verificarsi di certi eventi della vita umana⁷⁵, integrando un modello contrattuale, in cui, da una parte, viene lasciata ai contraenti maggiore libertà nella determinazione della prestazione garantita, e, dall'altra, viene riservato all'assicurato un regime di maggiore favore, in virtù della natura degli interessi tutelati⁷⁶.

Ebbene, giunti a tal punto, prima di potersi soffermare sulla specifica funzione svolta dal contratto di assicurazione *Long Term Care*, pare necessario svolgere un discorso unitario in merito al più ampio *genus* delle assicurazioni della salute⁷⁷.

6.1. – L'assicurazione *Long Term Care*, come sinora delineata, viene infatti inquadrata nella categoria delle assicurazioni della salute⁷⁸, categoria alla quale sono generalmente ricondotte anche l'assicurazione delle spese mediche e le assicurazioni infortuni e malattie.

I contratti evocati trovano la loro nota unificante nel fatto di essere diretti alla tutela del diritto alla salute inteso in senso lato, quale diritto primario dell'individuo, costituzionalmente riconosciuto all'art. 32 Cost. e, secondo una certa impostazione, rinvencono, come si vedrà, un comune fondamento normativo nell'art. 38 Cost.

Appare appena il caso di precisare che la categoria delle assicurazioni della salute⁷⁹ costituisce una categoria diversa e più ampia rispetto a quella delle assicurazioni contro i danni alla persona⁸⁰. Infatti, in quest'ultimo *genus* assicurativo vengono solitamente ricomprese le coperture contro gli infortuni e le malattie – e si potrebbe ritenere di ricondurre, alla luce di quanto sopra, anche l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza – ma dallo stesso rimane esclusa l'assicurazione delle spese mediche, volta ad assicurare, per le ragioni che si stanno per illustrare, contro un danno al patrimonio.

Ciò precisato, e focalizzando l'attenzione sulle figure assicurative della salute, occorre rilevare che esse, afferendo, seppur in diversa misura, alla dimensione della persona umana e, al contempo, costituendo delle garanzie contro dei danni, paiono tutte in qualche modo destinate a porre dei problemi in ordine alla loro natura, spesso al confine tra il ramo danni e quello vita.

Sull'assicurazione delle spese mediche si riscontra, a dire il vero, una tendenziale concordanza di opinioni. Tale copertura viene, infatti, tradizionalmente collocata nell'ambito dell'assicurazione contro i danni,

⁷⁴ Sul punto, G. VOLPE PUTZOLU, *L'assicurazione privata*, cit., 121.

⁷⁵ Sulla funzione previdenziale svolta dal contratto di assicurazione sulla vita, v. recentemente P. CORRIAS, *Le assicurazioni*, cit., 61 ss.

⁷⁶ Emblematica in tal senso è la disposizione di cui all'art. 1923, comma 1, cod. civ., la quale contempla, nell'ambito dell'assicurazione sulla vita, una deroga all'art. 2740 cod. civ., disponendo che “Le somme dovute dall'assicuratore al contraente o al beneficiario non possono essere sottoposte ad azione esecutiva o cautelare”.

⁷⁷ La necessità di una visione unitaria della categoria delle assicurazioni della salute pare emergere, peraltro, da alcuni indici normativi: si pensi, ad esempio, all'art. 11, comma 3, cod. ass., che, in deroga al principio per cui l'oggetto sociale delle imprese di assicurazione debba essere limitato all'esercizio dei soli rami danni oppure dei soli rami vita, ammette l'esercizio congiunto dei rami vita e dei rami danni infortuni e malattie. Sul punto, si rinvia più ampiamente a P. CORRIAS, *Le assicurazioni*, cit., 32 s., 76 s.

⁷⁸ Sulle assicurazioni della salute, si richiamano, tra tutti, P. CORRIAS, *Le assicurazioni sulla vita*, cit., spec. 31 ss., 72 ss.; *Diritto alla salute e contratto*, cit., 141 ss.; M. GAGLIARDI, *Salute*, cit., 1321 ss.; S. LANDINI, *Il ruolo delle assicurazioni nella tutela della salute*, in *Diritto e salute*, 1, 2017, 88 ss.

⁷⁹ Altrimenti dette assicurazioni sanitarie. Si veda P. CORRIAS, *Le assicurazioni sulla vita*, cit., 72 ss.

⁸⁰ In merito a tale categoria, v., tra tutti, G. VOLPE PUTZOLU, *Le assicurazioni. Produzione e distribuzione*, Bologna, 1992, 151 ss.



quale ipotesi di assicurazione del patrimonio con applicazione della relativa disciplina: essa garantisce all'assicurato – tramite una prestazione monetaria – il rimborso delle spese sanitarie che lo stesso ha sostenuto a seguito di un infortunio o di una malattia, proteggendo, dunque, il suo patrimonio dalle perdite⁸¹.

Tuttavia, si è opportunamente prospettata la necessità di una rilettura di siffatto contratto⁸² in chiave non esclusivamente patrimoniale. Più nello specifico, è stato osservato che anche il contratto di assicurazione delle spese mediche, in quanto volto a far fronte ad un evento che incide sul bene della salute, manifesterebbe una non trascurabile natura previdenziale ai sensi dell'art. 38 Cost.⁸³.

La natura dell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie costituisce, invece, diversamente dalla qualificazione della copertura delle spese mediche, una questione tutt'oggi irrisolta del diritto assicurativo, dalla quale discende la difficoltà di individuare, in assenza di disciplina legislativa di riferimento, le disposizioni applicabili.

Tramite tale contratto, l'assicuratore garantisce il versamento di una somma di denaro – determinata preventivamente in via forfettaria – a fronte della morte, dell'invalidità (parziale o totale) permanente ovvero dell'invalidità temporanea dell'assicurato, conseguente ad infortunio – inteso quale evento fortuito, violento ed esterno – o malattia.

La copertura presenta un carattere composito in quanto, da un lato, opera al verificarsi di una lesione dell'integrità psico-fisica dell'individuo a seguito di un sinistro e, dunque, di un evento dannoso, mentre, dall'altro, l'evento dedotto in contratto – al quale fa fronte una prestazione dell'assicuratore preventivamente determinata – attiene alla vita umana e, nella specie, lede interessi personali del massimo rilievo costituzionale.

Ciò ha comportato che, con specifico riguardo alla natura dell'assicurazione contro gli infortuni, si siano consolidate, nell'ampissima letteratura sul tema, distinte correnti di pensiero⁸⁴.

Da una parte – in ragione dell'attinenza alla vita umana dell'evento dedotto in rischio e del valore inestimabile della persona umana – si è ritenuto che l'assicurazione contro gli infortuni configuri un'ipotesi di assicurazione sulla vita⁸⁵. Dall'altra, è stata messa in luce la funzione di riparazione del danno svolta dalla copertura rispetto alla lesione dell'integrità psico-fisica – lesione suscettibile di valutazione in termini economici, seppur in via forfettaria e convenzionale – e, pertanto, si è ritenuto che l'assicurazione infortu-

⁸¹ *Ex multis*, A. DONATI, G. VOLPE PUTZOLU, *Manuale di diritto delle assicurazioni*12, Milano, 2019, 140, 190 s.; M. IRRERA, *L'assicurazione: l'impresa e il contratto*, in *Trattato di diritto commerciale*2, diretto da G. COTTINO, Padova, 2011, 465 s.

⁸² Cfr. A. DURANTE, *Aspetti peculiari dell'assicurazione rimborso spese sanitarie*, in *Dir. prat. ass.*, 1975, 662 s., per il quale tramite tale assicurazione “ci si assicura non già soltanto per difendere il patrimonio dalla eventualità di perdite (danno emergente, sub specie di esborsi), ma per proteggere la propria personalità psico-fisica da menomazioni, per non soffrire dolori, per conservare integra la capacità di lavoro e di guadagno, ed è per questo che l'assicurazione della quale parliamo non può essere semplicisticamente annoverata tra quelle genericamente patrimoniali”. V. altresì G. BERTI DE MARINIS, *La natura delle polizze di spese mediche*, in *Diritto alla salute e contratto*, cit., 247 ss., spec. 250, per il quale tali assicurazioni “(..) proteggono il patrimonio di un assicurato malato o infermo e, tale dato, andrebbe più attentamente valorizzato al fine di conferire la corretta collocazione assiologica a tali negoziazioni”.

⁸³ In tal senso P. CORRIAS, *Le assicurazioni*, cit., 76, il quale afferma che “le assicurazioni di spese mediche, in quanto miranti a tutelare interessi di natura squisitamente personale – quale, appunto, l'integrità psico-fisica e, quindi, la salute – sono anch'esse connotate dalla funzione previdenziale e costituiscono, quindi, null'altro che una *species* di assicurazioni sulla salute”; prima ancora, v. ID., *Il contratto*, cit., 58.

⁸⁴ Per una dettagliata rassegna delle posizioni assunte sul tema si veda M. ROSSETTI, *Il diritto delle assicurazioni*, II, *Le assicurazioni contro i danni*, Padova, 2012, 572 ss.

⁸⁵ Tra tutti, M. DONATI, *La natura giuridica dell'assicurazione volontaria contro gli infortuni*, in *Assicurazioni*, 1953, I, 41; V. COLASSO, *L'assicurazione infortuni. Profili giuridici*, Milano, 1970, 13; A. CORRADINI, *L'assicurazione successiva contro il rischio degli infortuni*, in *Monit. Trib.*, 1960, 313.



ni costituisca un'assicurazione contro i danni⁸⁶ con conseguente applicazione del principio indennitario.

Non sono, poi, mancate voci che hanno prospetto trattarsi di un contratto misto⁸⁷, tale da integrare un'assicurazione contro i danni, nell'ipotesi di lesione non mortale e, viceversa, un'assicurazione sulla vita ove l'evento dedotto in contratto sia la morte dell'assicurato; nonché tesi che hanno ipotizzato di trovarsi dinnanzi ad un vero e proprio *tertium genus* contrattuale, non pienamente riconducibile a nessuno dei due singoli tipi assicurativi contemplati all'art. 1882 cod. civ.⁸⁸.

La giurisprudenza, che inizialmente riconduceva tale copertura nell'ambito dell'assicurazione sulla vita⁸⁹, ha poi mutato il proprio indirizzo⁹⁰ ravvisandovi un'ipotesi di assicurazione contro i danni, eccettuata l'ipotesi di assicurazione contro gli infortuni mortali che continua ad essere qualificata, in ragione dell'evento di natura mortale dedotto in rischio, nel tipo vita. Quest'ultimo orientamento risulta oggi prevalente⁹¹, con la conseguenza che al contratto *de quo* – in caso di infortunio non mortale – si considera applicabile il principio indennitario⁹².

Si tratta tuttavia di un indirizzo che, in ordine all'ipotesi di polizza contro gli infortuni non mortali, ha sollevato diverse perplessità⁹³.

Infatti, l'evento dedotto in contratto, certamente dannoso, rispetto al quale il contratto assicurativo esplica una funzione riparatoria, inerisce pur sempre alla persona e non ad un oggetto. In tal senso – oltre a considerare lo stesso tenore letterale della disciplina dell'assicurazione contro i danni, incentrata sulla dimensione del patrimonio e non delle persone⁹⁴ – si osserva, in linea con le argomentazioni proprie della posizione pre-

⁸⁶ *Ex multis*, tra coloro che ritengono che l'assicurazione contro gli infortuni rappresenti un'ipotesi di assicurazione contro i danni, v. G. VOLPE PUTZOLU, *L'assicurazione*, cit., *passim*, spec. 159 ss.; T. ASCARELLI, *Sulla natura dell'assicurazione facoltativa infortuni*, in *Assicurazioni*, 1937, II, 294 ss.; A. DONATI, *Trattato del diritto delle assicurazioni private*, III, Milano, 1956, 507 ss.; G. De Zuccato, *Assicurazione infortuni: uno spiraglio di luce*, in *Dir. ec. ass.*, 2006, 403 ss.

⁸⁷ V. in particolare G. FANELLI, voce *Assicurazione privata contro gli infortuni*, in *Enc. dir.*, III, Milano, 1958, 588; A. DE BERNARDINIS, *L'assicurazione facoltativa contro gli infortuni, l'art. 1910 cod. civ. e la disciplina dei contratti comunitaria*, in *Resp. civ. prev.*, 2000, 38.

⁸⁸ Cfr. V. SALANDRA, *Natura e disciplina giuridica dell'assicurazione privata contro gli infortuni*, in *Assicurazioni*, 1948, I, 3 ss.; E. PASANISI, *L'assicurazione infortuni nella disciplina legislativa del contratto di assicurazione*, *ivi*, 1962, I, spec. 388 ss.; R. TEDESCHI, *Natura giuridica dell'assicurazione facoltativa contro gli infortuni*, in *Riv. dir. comm.*, 1950, II, 388 ss.

⁸⁹ Cfr. Cass. 7 settembre 1966, n. 2336; Cass. 9 settembre 1968, n. 2915, in *Giur. it.*, 1969, I, 1, 877; Cass. 18 giugno 1998, n. 6062, in *De Jure*.

⁹⁰ Fondamentale l'arresto di Cass., sez. un., 10 aprile 2002, n. 5119, in *Assicurazioni*, 2002, II, 105 ss.

⁹¹ Tra tutte, inquadrano l'assicurazione contro gli infortuni non mortali nell'ambito dell'assicurazione contro i danni, spesso ai fini di decidere circa l'operatività del principio della c.d. *compensatio lucri cum damno* nel concorso tra le somme derivanti a titolo di risarcimento del danno da parte del terzo danneggiante e quelle erogate dall'impresa in forza di una polizza infortuni, Cass. 11 gennaio 2007, n. 395, in *Resp. civ. prev.*, 2007, 1294 ss.; Cass. 11 giugno 2014, n. 13233, in *De Jure*; Cass. 11 giugno 2014, n. 1353, *ivi*; Trib. Genova 16 maggio 2016, n. 1732, *ivi*; Trib. Parma 20 ottobre 2017, n. 1465, *ivi*; Cass. 27 maggio 2019, n. 14358, *ivi*.

⁹² In tal senso, oltre a Cass. sez. un. 10 aprile 2002, n. 5119, cit., v., da ultimo, Cass. sez. un., 22 maggio 2018, n. 12565, in *De Jure*; Cass. 8 aprile 2021, n. 9380, *ivi*.

⁹³ Differenti contributi hanno recentemente esaminato l'operatività del principio della *compensatio lucri cum damno* nell'ipotesi di concorso tra somme dovute a titolo di risarcimento del danno da parte del terzo responsabile e somme erogate da parte dell'impresa assicurativa, soffermandosi in chiave critica sulla qualificazione attribuita alla polizza infortuni non mortali. Cfr. a tal riguardo R. Pardolesi e P. Santoro, *Sul nuovo corso della compensatio*, in *Danno resp.*, 4, 2018, spec. 428 ss.; M. HAZAN, *Risarcimento e indennizzo (nella polizza infortuni): cumulo o scorporo?*, *ivi*, 10, 2014, spec. 921 ss.; L. LOCATELLI, *La polizza contro gli infortuni non mortali: un contratto a causa variabile?*, in *Resp. civ. prev.*, 2019, 1, spec. 338 ss.

⁹⁴ Dalla disamina del nucleo di norme dedicato all'assicurazione contro i danni, nonché dallo stesso tenore letterale delle disposizioni, emerge, infatti, una regolamentazione incentrata sulle cose inanimate. Una norma di singolare rilievo è rappresentata dall'art. 1916 cod. civ., che, affermando l'operatività del diritto di surroga dell'assicuratore, non solo nell'ambito delle assicurazioni contro i danni, ma altresì in riferimento all'assicurazione contro le disgrazie accidentali opera una precisazione che evidentemente non si sarebbe resa necessaria ove la copertura contro gli infortuni fosse stata considerata del ramo danni; si segnala, tuttavia, che tale precetto



cedente, che il contratto in esame, tutelando l'integrità psico-fisica della persona, garantisce un interesse che non può essere oggetto di una rigida commercializzazione al pari di ciò che avviene per gli oggetti⁹⁵. In considerazione della concezione che gli ordinamenti moderni, nazionali e sovranazionali, hanno dell'essere umano⁹⁶, insomma, non sembra del tutto agevole – ancorché si assegni un valore in via convenzionale – ritenere che il bene tutelato non debba assumere rilievo in punto di disciplina contrattuale, senza operare una qualche distinzione tra “assicurazione di cose” e “assicurazioni di persone”.

Inoltre, pur riconoscendosi all'assicurazione infortuni non mortali una funzione riparatoria del bene della salute lesa, non si può negare alla copertura in esame una venatura di matrice previdenziale⁹⁷. Questa discende, infatti, dallo stesso dettato costituzionale di cui all'art. 38 Cost.⁹⁸, dato dal quale non pare possibile prescindere in sede di ricostruzione concettuale dell'assicurazione *de qua*. Alla luce della norma evocata, non si comprenderebbe, ad esempio, perché un soggetto, al verificarsi di un evento inerente alla sua esistenza, non abbia diritto a conseguire una prestazione liberamente determinata – purché adeguata⁹⁹ – alla stregua di quanto avviene per altri eventi della vita (quali la natalità, la nuzialità e simili), nonché a godere delle norme di favore che proprio nel precetto di cui all'art. 38 Cost. trovano il loro degno riconoscimento. Si tratterebbe, infatti, di una tutela eventualmente accordata al soggetto in virtù di una preventiva forma di reperimento di risorse che egli ha avuto cura di procurarsi erogando, in cambio di tale prospettiva, un corrispettivo, ossia il premio, e che, soprattutto, non solo pare totalmente legittima ai sensi dell'art. 1882 cod. civ., ma trova fondamento di massimo valore costituzionale¹⁰⁰.

In tal senso, tra le diverse tesi ricostruttive volte a coniugare i differenti aspetti di tale copertura, è stato posto in luce che l'assicurazione infortuni sarebbe effettivamente idonea a esplicitare una funzione previdenziale, pur essendo volta complessivamente a ristorare in senso lato un pregiudizio alla salute dell'individuo. L'interesse dell'assicurato – volto ad ottenere un ristoro per la condizione di salute lesa –, quantunque differente da quello, proprio di altre ipotesi di assicurazioni sulla vita, al solo mantenimento di un certo tenore di vita, sarebbe, infatti, pur sempre riconducibile alla dimensione assistenziale propria dell'assicurazione sulla vita ai sensi dell'art. 38 Cost., da ritenersi in tal caso prevalente ed assorbente rispetto a quella indennitaria¹⁰¹.

normativo è, secondo altra opinione, indice, al contrario, della natura indennitaria del contratto assicurativo *de quo*. Sul modo di intendere ai fini qualificatori l'art. 1916 cod. civ., si veda, tra tutti, V. Salandra, *Natura*, cit., 7 s. In generale, sull'operatività del diritto di surroga dell'assicuratore, anche nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, v. recentemente P. Corrias, *Diritto di surroga dell'assicuratore e vincolo di solidarietà*, in corso di pubblicazione, in *Banca, borsa, tit. cred.*

⁹⁵ Cfr. le considerazioni di R. PARDOLESI, P. SANTORO, *Sul nuovo corso*, cit., 428.

⁹⁶ In tal senso, v. Cass. 9 settembre 1968, n. 2915, cit., secondo la quale “Mentre nell'assicurazione contro i danni il danno viene considerato in riferimento a cose materiali ed inanimate, suscettibili di proprietà e soggette perciò, per se stesse, ad un'obiettiva valutazione economica, nell'assicurazione contro gli infortuni e le disgrazie accidentali quello che viene in considerazione è il corpo umano nella sua interezza e nelle sue singole componenti, e cioè un bene tutt'affatto particolare, rispetto al quale, per la considerazione etica che i paesi civili hanno della vita umana, non è configurabile un puro e semplice contratto d'indennità come efficace strumento di riparazione del danno prodottosi”.

⁹⁷ Anche in tempi più recenti, si riconosce – seppur con percorsi ed esiti ricostruttivi divergenti – la possibilità che il contratto in esame possa altresì adempiere una funzione previdenziale. A tal proposito, cfr. M. HAZAN, *Risarcimento*, cit., spec. 925; L. LOCATELLI, *La polizza*, cit., spec. 347.

⁹⁸ Cfr. P. CORRIAS, *Le assicurazioni*, cit., 74.

⁹⁹ V. *infra* par. 6.3.

¹⁰⁰ Su tale profilo, v. le considerazioni di L. LOCATELLI, *La polizza*, cit., 347.

¹⁰¹ Cfr. P. CORRIAS, *Il contratto*, cit., spec. 59 ss.; più recentemente, ID., *Diritto*, cit.



6.2. – Alla luce di quanto sinora osservato in merito alla categoria delle assicurazioni della salute, sembrerebbe opportuno addivenire ad un collocamento sistematico delle stesse che assegni rilievo, ai fini funzionali, tanto alla *natura* quanto al *valore* del bene che esse tutelano.

Tali figure, infatti, pur costituendo delle fattispecie certamente differenti rispetto alle assicurazioni attinenti alla durata della vita umana, afferiscono pur sempre alla tutela della persona e dei suoi valori fondamentali. Pertanto, proprio siffatto oggetto della garanzia assicurativa potrebbe, non solo consentire e giustificare, ma anche rendere più confacente e opportuna l'applicazione di quella disciplina – caratterizzata per riservare una maggiore libertà ai contraenti ed un regime di favore all'assicurato – che connota l'assicurazione sulla vita.

Tale direzione risulta seguita nel sistema assicurativo spagnolo¹⁰². In Spagna, infatti, la legge attualmente vigente dedicata al contratto di assicurazione – *Ley*, 8 ottobre 1980, n. 50 (c.d. *Ley de Contrato de Seguro*) – differenzia i due principali tipi assicurativi proprio in ragione del bene oggetto della garanzia. Più in particolare, la *Ley de Contrato de Seguro*, posta la definizione del contratto assicurativo ed enucleata la disciplina generale dello stesso (Título I, artt. 1 ss.), contrappone alla classe delle assicurazioni contro i danni – cc. dd. *seguros contra daños* – (Título II, artt. 25 ss.) la classe delle assicurazioni di persone – cc. dd. *seguro de personas* – (Título III, artt. 80 ss.).

Ebbene, proprio in quest'ultima categoria – afferente in senso lato alla sfera dell'individuo – il legislatore spagnolo ricomprende i contratti assicurativi attinenti all'esistenza, all'integrità fisica o alla salute dell'assicurato¹⁰³.

Nella classe delle cc.dd. *Seguro de personas*, si rinvencono, cioè, non solo i contratti assicurativi attinenti ad eventi legati alla durata della vita umana, ma anche le singole ipotesi di assicurazioni della salute e, più precisamente: *i*) l'assicurazione infortuni (*seguro de accidentes*) agli artt. 100 ss.; *ii*) l'assicurazione di malattia e assistenza sanitaria (*seguros de enfermedad y de asistencia sanitaria*) ex artt. 105-106; *iii*) l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza (*seguros de dependencia*) di cui agli artt. 106 *ter* ed, in parte, 106 *quater*.

In tal senso, il dato positivo spagnolo potrebbe rappresentare un interessante modello paradigmatico: esso, infatti, individuando nella natura del bene oggetto di tutela il criterio di classificazione dei tipi assicurativi, e così collocando le assicurazioni della salute nell'ambito delle assicurazioni della persona, riserva alle stesse una posizione che, sul piano valoriale e disciplinare, risulta sistematicamente distante dal contratto di assicurazione contro i danni ed, invece, più prossima all'assicurazione vita.

6.3. – Sulla base delle considerazioni svolte, si ritiene che, nell'assicurazione *Long Term Care*, la *natura* ed il *valore* del bene oggetto della garanzia debbano orientare la qualificazione della stessa verso il ramo vita, in modo financo più pregnante rispetto a quanto è stato appena osservato, sul piano generale, con riguardo alle altre ipotesi di assicurazioni sanitarie¹⁰⁴.

¹⁰² Per l'illustrazione dei lineamenti essenziali del contratto di assicurazione nell'ordinamento spagnolo, si veda AA.VV., *Curso de derecho privado* 7, Valencia, 2004, 659 ss.

¹⁰³ Cfr. l'art. 80 della *Ley de Contrato de Seguro* n. 50/1980 ai sensi del quale “*El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la existencia, integridad corporal o salud del asegurado*”.

¹⁰⁴ Si rammenta che, in questa ipotesi, lo stesso legislatore – all'art. 2, comma 1, cod. ass. – ha collocato la copertura nel ramo vita, salvo poi limitare tale inquadramento alla sola ipotesi di garanzia *LTC* avente ad oggetto una rendita.



Può, infatti, escludersi che l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza svolga una funzione meramente riparatoria: al contrario, la copertura – strutturata, come suggerisce la stessa denominazione *Long Term Care*, quale contratto di assistenza a lungo termine – pare più che altro diretta a garantire – al verificarsi di un evento che attiene ampiamente alla persona umana e che, anche da un punto di vista valoriale, rinviene nell'art. 38 Cost. un fondamentale riconoscimento costituzionale – una prestazione adeguata al soddisfacimento di esigenze e bisogni di lunga durata dell'individuo.

Ricorrendo a tale polizza, sembra, insomma, che l'interesse dell'assicurato sia propriamente quello di garantirsi dei mezzi in denaro (o in natura) nell'ipotesi in cui si verifichi la perdita dell'autonomia psico-fisica, avvalendosi di una forma di reperimento di risorse che l'ordinamento giuridico ritiene meritevole di un trattamento di favore alla luce degli interessi tutelati¹⁰⁵. Si riterrebbe, pertanto, che l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza realizzi la funzione previdenziale propria dell'assicurazione sulla vita¹⁰⁶, concorrendo specificamente a garantire quei “mezzi adeguati alle (...) esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia (...)” che, ai sensi dei commi 2 e 5 dell'art. 38 Cost., sono predisposti e assicurati a favore dei lavoratori e – si ritiene – in generale dei cittadini¹⁰⁷.

Va precisato che, poiché, per le ragioni sinora illustrate, siffatto inquadramento della figura è sorretto dalla natura dell'evento dedotto e, ancor più, dalla funzione realizzata dal contratto, non incide sulla qualificazione della stessa il tipo di prestazione promessa e, segnatamente, la circostanza che l'impresa di assicurazione si impegni ad una prestazione differente dall'erogazione di una rendita, sia essa una prestazione di rimborso spese oppure una prestazione di assistenza alla persona¹⁰⁸.

Nella prima ipotesi – nella quale, cioè, oggetto della garanzia sia una prestazione di rifusione delle spese sostenute dall'assicurato – non si reputa, infatti, che la copertura cessi di svolgere una funzione previdenziale, in quanto questa prestazione è pur sempre idonea a soddisfare le esigenze della persona derivanti dall'invalidità.

In tal caso, pur non potendosi applicare il principio indennitario alla polizza *Long Term Care* per incompatibilità con la suddetta funzione, si ritiene che la prestazione di rimborso dell'assicuratore debba pur sempre essere correlata agli effettivi oneri sostenuti dall'assicurato. Si è, difatti, sostenuto su un piano generale – e, dunque, con riguardo a tutte le assicurazioni della salute – che anche quando il contratto assicurativo realizzi una funzione previdenziale, le prestazioni garantite non possano prescindere totalmente dalle esigenze maturate a seguito dell'evento: l'art. 38 Cost., infatti, impone che le stesse siano determinate sulla base di un canone di adeguatezza; canone che, seppur più elastico rispetto a quello indennitario, dovrebbe impedire l'erogazione di prestazioni del tutto incongrue¹⁰⁹.

Anche nella seconda ipotesi – ossia quella in cui la polizza abbia ad oggetto una prestazione di *facere* da parte dell'impresa di assicurazione – si ritiene non venga meno la funzione di natura previdenziale svolta dal

¹⁰⁵ Cfr. altresì L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 358 s.

¹⁰⁶ Riconosce all'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza una funzione previdenziale P. CORRIAS, *Le assicurazioni*, cit., 75 e, prima ancora, ID., *Prestazioni di facere e causa del contratto di assicurazione*, in *Prestazioni di facere e contratto*, cit., 28. V. altresì la posizione di L. DI NELLA, *Le assicurazioni*, cit., 362, il quale ritiene che la funzione previdenziale ed il principio, avente supremazia gerarchica, di tutela della persona può giustificare l'applicazione dell'art. 1923 cod. civ. all'assicurazione *Long Term Care*.

¹⁰⁷ Cfr. P. CORRIAS, *Il contratto*, cit., 39, spec. nota 97, il quale ritiene che la portata applicativa della norma debba essere estesa a favore del cittadino in genere.

¹⁰⁸ In tali termini, P. CORRIAS, *Prestazioni*, cit., 29.

¹⁰⁹ Così P. CORRIAS, *Le assicurazioni*, cit., 61, al quale si rinvia, e, prima ancora, ID., *Il contratto*, cit., 61. In giurisprudenza, in tal senso, v. Trib. Treviso 11 giugno 2019, n. 1285.



contratto, posto che – come è stato osservato – quest’ultima ben si può realizzare tramite prestazioni diverse da quelle di carattere monetario¹¹⁰.

Tuttavia, in questo caso, rimane da verificare la concreta compatibilità dell’assicurazione contro il rischio di non autosufficienza avente ad oggetto una prestazione di *facere* con la disciplina dell’assicurazione sulla vita.

Ad essa potrebbe ostare, in primo luogo, il dato letterale di cui all’art. 1882 cod. civ.: mentre, infatti, la prima parte della norma – relativa all’assicurazione contro i danni – contempla un generico obbligo dell’assicuratore di rivalere il danneggiato, ammettendo, sia prestazioni pecuniarie che di altra natura, purché integrative dell’interesse leso, la seconda parte della disposizione – dedicata all’assicurazione sulla vita – richiama, più specificamente, una prestazione dell’assicuratore consistente in un “un capitale o una rendita”¹¹¹. Tale argomento potrebbe essere però superato ricordando la diffusa convinzione per la quale l’art. 1882 cod. civ., non essendo più idoneo a ricomprendere e disciplinare i variegati modelli assicurativi affermati nelle prassi, non debba oggi essere letto in modo eccessivamente rigido e vincolante¹¹².

Il reale ostacolo a ricorrere alla disciplina dell’assicurazione sulla vita sembra, invero, più sostanziale che letterale¹¹³ ed è rappresentato dal fatto che questa è notoriamente modellata sulle prestazioni di somme di denaro¹¹⁴. Pertanto, diverse disposizioni potrebbero rivelarsi difficilmente applicabili in concreto ai contratti assicurativi, come quello in esame, aventi ad oggetto una prestazione di *facere* da parte dell’assicuratore¹¹⁵.

7. – La nota e progressiva transizione digitale del comparto medico¹¹⁶, sottoposta all’attenzione e costituenta oggetto di ingenti investimenti delle istituzioni italiane e sovranazionali¹¹⁷, assume interesse anche

¹¹⁰ In tal senso, G. VOLPE PUTZOLU, *Le assicurazioni*, cit., 77.

¹¹¹ Sul punto, cfr. G. VOLPE PUTZOLU, *Le assicurazioni*, cit., 78; P. CORRIAS, *Prestazioni di facere e causa*, cit., 18; G. FANELLI, *Assicurazione sulla vita e intermediazione finanziaria*, in *Assicurazioni*, 1986, I, 192.

¹¹² G. VOLPE PUTZOLU, *Le assicurazioni*, cit., 78; in generale, su tale profilo, si veda anche V. PETRONE, *Il rischio*, cit., 119.

¹¹³ V. G. VOLPE PUTZOLU, *Le assicurazioni*, cit., 78, la quale assegna centralità alla verifica della compatibilità tra il modello contrattuale avente ad oggetto una prestazione in natura e la disciplina sostanziale di uno dei tipi assicurativi di cui all’art. 1882 cod. civ.

¹¹⁴ Così P. CORRIAS, *Prestazioni di facere e causa*, cit., 18.

¹¹⁵ Si rammenta che la questione attinente alla riconducibilità, allo schema del contratto assicurativo, di un contratto avente ad oggetto una prestazione in natura in capo all’impresa di assicurazione è stata affrontata dalla dottrina soprattutto alla luce dell’introduzione, anche nell’ordinamento nazionale, del contratto di assistenza di cui all’art. 175 cod. ass. Sul tema, tra tutti, si veda *Prestazioni di facere e contratto*, cit., *passim*.

¹¹⁶ Sul concetto di sanità digitale cfr. la definizione data dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, all’indirizzo <https://www.who.int/observatories/global-observatory-for-ehealth>; v. altresì la voce *Sanità Digitale*, in Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Strategia per la crescita digitale, 2014-2020 (3 marzo 2015)*, 89 ss., in www.agid.gov.it. In dottrina, sui profili giuridici della digitalizzazione in ambito medico, si richiama, tra tutti, G. Comandé, *Ricerca in sanità e “data protection” un “puzzle” ...risolvibile*, in *Riv. it. med. leg.*, 2019, 1, 187 ss.; E. STEFANINI, *Telemedicina, “mHealth” e diritto*, in *Rass. dir. farm. sal.*, 2016, 5, 1023 ss.; U. IZZO, *Medicina e diritto nell’era digitale: i problemi giuridici della cybermedicina*, in *Danno resp.*, 2000, 8-9, 807 ss.; B. STANBERRY, *The Legal and Ethical Aspects of Telemedicine*, London, New York, 1998.

¹¹⁷ Il fenomeno della digitalizzazione sanitaria è sottoposto all’attenzione – specie nell’attuale contesto di crisi del sistema sanitario nazionale e di emergenza sanitaria mondiale – delle istituzioni italiane e sovranazionali; basti pensare ai cospicui investimenti destinati al settore che sono stati previsti, in ambito europeo, nel c.d. *Recovery Fund*, e, in sede nazionale, nel c.d. *Recovery Plan*. Sull’interesse mostrato verso la tematica, v., a livello italiano, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), cit., spec. 221 ss. Sul piano europeo, cfr., in particolare, Regolamento (UE) 2021/522 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 24 marzo 2021 *che istituisce un programma d’azione dell’Unione in materia di salute per il periodo 2021-2027 («programma UE per la salute»)* (EU4Health) e *che abroga il regolamento (UE) n. 282/2014*, in <https://eur-lex.europa.eu/>; Commissione Europea, *Comunicazione relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell’assistenza nel mercato unico digitale, alla responsabilizzazione dei cittadini e*



per quanto concerne il mercato assicurativo, atteso che le nuove tecnologie sono sempre più di frequente applicate nell'ambito dei contratti assicurativi della salute, svelando, come intuibile, indubbie potenzialità – e taluni pericoli – sul piano della tutela della persona.

In termini generali, è, infatti, con l'espressione “*Digital Health Insurance*”¹¹⁸ che si fa riferimento al graduale diffondersi, nel mercato assicurativo italiano, di polizze della salute che prevedono, in via accessoria rispetto alla prestazione principale dell'assicuratore, l'erogazione di una serie eterogenea di prestazioni connotate dal ricorso a strumenti di matrice digitale¹¹⁹. Seppur in misura minore rispetto alle altre coperture sanitarie, anche con riguardo all'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza si registra ormai un processo di graduale digitalizzazione¹²⁰, invero fortemente auspicato e destinato a permeare l'intero settore LTC¹²¹.

In particolare, si comincia a riscontrare l'offerta di polizze *Long Term Care* che contemplano l'installazione presso il domicilio dell'assicurato di *hubs* informatici volti a monitorare i parametri vitali di quest'ultimo¹²² nonché di coperture che coniugano la misurazione a distanza dei valori vitali con la fornitura di consulti medici da remoto, talvolta nell'ambito di piani personalizzati di cura alla persona in cui ampio spazio viene riservato alle diverse funzionalità dello strumento digitale¹²³. Inoltre, soprattutto in relazione all'anziano che vive da solo, è stata sottolineata la possibilità di predisporre strumenti sensoriali dotati di GPS in grado di registrare eventuali malesseri o infortuni domestici, consentendo poi di localizzare e prestare soccorso all'assicurato¹²⁴; congegni che – va da sé – sono ancor più utili, nel perdurare dell'emergenza sanitaria, a causa del distanziamento sociale imposto, che ha fortemente limitato le visite e l'assistenza fisica alle persone prive di autonomia.

È evidente che le suddette innovazioni tecnologiche possono consentire una più efficace gestione della condizione di non autosufficienza e, in generale, di salute del cliente¹²⁵, con notevoli benefici sia sul fronte individuale che su quello collettivo.

alla creazione di una società più sana [COM(2018)233 final], Bruxelles, 25 aprile 2018, sempre in <https://eur-lex.europa.eu/>. In ambito internazionale, v. World Health Organization, *Global strategy on Digital Health 2020-2025*, consultabile all'indirizzo <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf>; peraltro, si segnala che sono state recentemente emesse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità le linee guida in materia di sanità digitale, alle quali ha fatto seguito la relativa guida pratica di accompagnamento (cfr. World Health Organization, *WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*, 17 April 2019; World Health Organization, *Digital Implementation Investment Guide (DIIG): Integrating Digital Interventions into Health Programmes*, 15 September 2020, consultabili nel sito ufficiale www.who.int).

¹¹⁸ V. IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi-Le nuove polizze sulla salute: la Digital Health Insurance*, Roma, 18 settembre 2016, in www.ivass.it; A. CAMEDDA, *Sanità digitale e contratto di assicurazione: un nuovo connubio*, in *Diritto alla salute e contratto*, cit., 341 ss.; A. POLOTTI DI ZUMAGLIA, *Le assicurazioni*, cit., 263 ss.

¹¹⁹ Per una descrizione del fenomeno e dei profili giuridici connessi, si rinvia ad A. CAMEDDA, *Sanità*, cit., *passim*. Sul progressivo diffondersi di assicurazioni della salute connotate dall'applicazione di dispositivi digitali, cfr. IVASS, *Report Analisi Trend Offerta Prodotti Assicurativi, gennaio-giugno 2021*, cit., 6 ss., in www.ivass.it; ID., *Report. Analisi trend offerta prodotti assicurativi, luglio-dicembre 2020*, aprile 2021, 8, *ivi*; ID., *Analisi trend offerta prodotti assicurativi, (gennaio-giugno 2020)*, cit., 5, *ivi*; ID., *Report Analisi trend offerta prodotti assicurativi, (luglio-dicembre 2018)*, maggio 2019, 6 s., *ivi*; *Così l'IoT può cambiare il mercato delle assicurazioni sanitarie*, 2 gennaio 2020, in www.ilsole24ore.com.

¹²⁰ Evidenza che le attività di monitoraggio e di supporto da remoto si stanno diffondendo anche nel settore LTC, ravvisando un maggiore sviluppo delle stesse in prospettiva futura, E. NOTARNICOLA, *Nuovi attori*, cit., 65. V. altresì le considerazioni di M. VECCHIETTI, *Nuove sfide*, cit., 56 s.

¹²¹ Si veda A. ROTOLO, *Innovazione tecnologica nel settore LTC: diffusione e prospettive*, in *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, a cura di G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, Milano, 2018, 71 ss., consultabile all'indirizzo <https://www.cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/files/1%25C2%25B0-Rapporto-LTC.pdf>.

¹²² Cfr. M. VECCHIETTI, *Nuove sfide*, cit., 57.

¹²³ Si veda E. NOTARNICOLA, *Nuovi attori*, cit., 66.

¹²⁴ Così A. CAMEDDA, *Sanità*, cit., 352.

¹²⁵ Sul ruolo della tecnologia a tutela del cittadino fragile, cfr. *Tecnologie a sostegno della disabilità: indagine ISS sull'esperienza delle persone “fragili” nell'era COVID*, in www.salute.gov.it; “*La tecnologia al servizio del cittadino fragile*”. *Intervista*



Sul piano individuale, infatti, i vantaggi di cui l'assicurato può godere sono ancor più apprezzabili qualora egli sia un soggetto in età avanzata: a titolo esemplificativo, può usufruire dell'assistenza a domicilio, senza dispendio di energia e fatica nel recarsi presso le strutture ospedaliere e, nell'ottica di una maggiore domiciliarità delle cure, senza allontanarsi dal proprio ambiente domestico; nella medesima prospettiva, egli può altresì servirsi del monitoraggio a distanza della propria situazione di salute, peraltro con effetti positivi in termini di prevenzione delle malattie¹²⁶.

In una visione a più ampio raggio, gli strumenti digitali, così applicati, si palesano idonei a garantire l'efficienza e la celerità delle prestazioni sanitarie, nonché a consentire la riduzione di costi e oneri di varia natura, soprattutto a fronte della notoria crisi del sistema sanitario nazionale e del modello *LTC* in genere¹²⁷, inevitabilmente acuita dalla pandemia in corso. Siffatto uso dei dispositivi informatici può altresì contribuire ad integrare ed alleggerire l'attività di assistenza svolta dai *caregivers*¹²⁸, attività essenziale, nell'attuale contesto nazionale, nel fornire una risposta al problema della non autosufficienza.

Come è stato posto in luce¹²⁹, in virtù dell'impiego degli strumenti digitali, anche il mercato assicurativo, e nella specie quello della salute, è reso più sollecito alla domanda del cliente. Difatti, grazie alla conoscenza di numerose informazioni relative all'assicurato derivanti dal supporto informatico, è possibile per le imprese addivenire ad una migliore individuazione del rischio e, dunque, personalizzare maggiormente l'offerta, garantendo quella più ampia scelta e competitività dei prodotti di cui proprio il settore *LTC* necessita. Tuttavia, se da una parte, il mercato assicurativo potrebbe divenire altresì più inclusivo¹³⁰, dall'altra, è stato osservato che si potrebbero realizzare delle forme di discriminazione proprio nei confronti delle categorie più fragili allorquando, in ragione delle caratteristiche messe in luce dai dati a disposizione dell'assicuratore, esse finirebbero per essere danneggiate dalla personalizzazione dei premi assicurativi e, in una certa misura, escluse dal mercato¹³¹.

Inoltre, anche per quanto concerne le coperture *Long Term Care* digitali, si ripresentano le medesime questioni critiche, inerenti alla tutela di alcuni diritti fondamentali della persona, che, come noto, si sono poste in termini generali in correlazione al diffondersi del fenomeno digitale¹³². Senza potersi soffermare sull'argomento, si allude principalmente alla necessità di prestare attenzione al rispetto del diritto alla riservatezza¹³³, stante lo sfruttamento di un'immensa mole di informazioni relative alla condizione sanitaria

a due voci ai curatori dell'evento: il Prof. Stefano Troiano ed il Prof. Mauro Tesaro, all'indirizzo <https://www.dimt.it/news/18477/>.

¹²⁶ Sul punto, A. CAMEDDA, *Sanità*, cit., 360, la quale mette in luce come la funzione di prevenzione degli eventi pregiudizievoli svolta dal contratto assicurativo venga ulteriormente enfatizzata dall'uso del digitale.

¹²⁷ V. *supra* par. 1.

¹²⁸ Cfr. M. VECCHIETTI, *Nuove sfide*, cit., 57.

¹²⁹ IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi-Le nuove polizze*, cit., 5.

¹³⁰ Difatti, l'IVASS ha rilevato che la più precisa profilazione del rischio potrebbe garantire l'ampliamento dell'offerta assicurativa anche a favore di soggetti generalmente esclusi in quanto più rischiosi (IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi-Le nuove polizze*, cit., 5).

¹³¹ Sul punto, A. CAMEDDA, *Sanità*, cit., 366; IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi-Le nuove polizze*, cit., 15.; ANIA, *Indagine conoscitiva sulle tematiche relative all'impatto della tecnologia finanziaria sul settore finanziario, creditizio e assicurativo*, 6 dicembre 2017, 8, in www.ania.it.

¹³² Per una riflessione generale sui profili legati alla tutela dei diritti fondamentali dell'individuo nell'utilizzo delle nuove tecnologie, v. A. SIMONCINI, *L' algoritmo incostituzionale: intelligenza artificiale e il futuro delle libertà*, in *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, 2019, 1, 63 ss.; U. Izzo, *Medicina*, cit., 807 ss.

¹³³ In materia di protezione dei dati personali, è intervenuto, come noto, il Regolamento UE 2016/679, a seguito del quale, con d.lgs. 10 agosto 2018, n.101, il legislatore italiano ha adeguato il c.d. Codice della Privacy (d.lgs. 196/2003). In dottrina, tra tutti, v. G.D. FINOCCHIARO, *La protezione dei dati personali in Italia. Regolamento Ue n. 2016/679 e d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101*, Bologna,



dell'individuo¹³⁴, nonché alla salvaguardia del diritto all'autodeterminazione, laddove i suddetti dati vengano sfruttati dalle imprese ai fini dell'adozione di un sistema di incentivo di scelte e di comportamenti che l'individuo potrebbe essere indotto ad assumere in modo non del tutto consapevole¹³⁵.

In conclusione – per quanto in questa sede si è prospettata solo una breve panoramica delle caratteristiche di un fenomeno di estrema attualità ed in continuo divenire – emerge come l'innovazione tecnologica del settore *LTC* offra indiscutibilmente maggiori forme di prevenzione e di protezione della condizione di non autosufficienza del soggetto, il quale, tuttavia, rischia pur sempre di divenire più vulnerabile sotto altri fronti. Le esternalità positive paiono, ad ogni modo, superiori rispetto alle criticità e nel senso di uno sviluppo sicuro delle nuove tecnologie sono, oramai, ampiamente indirizzate le energie delle istituzioni su tutti i campi ed i livelli¹³⁶.

Infine, ciò che alla luce dell'avanzata digitale pare emergere in misura più accentuata è il ruolo che l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza, e le altre assicurazioni della salute in genere, possono svolgere, anche in via integrativa rispetto al settore pubblico, nella tutela dei diritti fondamentali dell'individuo. Siffatte assicurazioni infatti – contemplando in via accessoria servizi digitalizzati volti alla cura e all'assistenza della persona – salvaguardano maggiormente gli interessi esistenziali della persona, così spiegando, ancora di più, la loro stretta attinenza alla dimensione assistenziale e previdenziale. Tale fenomeno pare, pertanto, rafforzare quanto rappresentato in termini generali sulla natura delle suddette polizze, ossia la difficoltà di poter prescindere dalla considerazione del valore degli interessi tutelati, in sede di collocazione assiologica di tali contratti e, conseguentemente, ai fini dell'individuazione della disciplina agli stessi applicabile.

2019. Per alcune considerazioni di carattere generale sul tema della tutela della *privacy* a fronte dell'utilizzo delle nuove tecnologie, si richiama, recentemente, M. FRANZONI, *Lesione dei diritti della persona, tutela della "privacy" e intelligenza artificiale*, in questa *Rivista*, 2021, 1, 4 ss.; con specifico riguardo alla tutela del diritto alla riservatezza nella dimensione del mercato, anche assicurativo, cfr. IVASS, *Analisi trend prodotti assicurativi-Le nuove polizze*, cit., 15; S. LANDINI, *Privacy, rischio informatico e assicurazioni*, in *Assicurazioni*, 2019, 1/1, 15 ss.; L. LIGORI, *Big Data e tutela dei dati personali*, in *FINTECH, Introduzione ai profili di un mercato unico tecnologico dei servizi finanziari*², a cura di M.T. PARACAMPO, Torino, 2021, 145 ss.

¹³⁴ La problematica concernente la tutela del diritto alla riservatezza nel campo delle assicurazioni della salute è indubbiamente amplificata alla luce della maggiore quantità di dati a disposizione dell'assicuratore derivanti dal supporto informatico. Tuttavia, la necessità di garantire il rispetto di siffatto diritto si pone anche in relazione alle forme più tradizionali di tali coperture, nell'ambito delle quali, come noto, l'impresa di assicurazione è in grado di disporre di dati strettamente personali dell'individuo, di carattere sanitario e, più specificamente, anche genetico. A riguardo, v. M. GAGLIARDI, *L'assicurazione della salute tra aleatorietà e tutela dell'identità personale*, in *L'assicurazione tra codice civile e nuove esigenze: per un approccio precauzionale al governo dei rischi*, a cura di F.D. BUSNELLI, G. COMANDÉ, Milano, 2009, spec. 87. La questione è stata trattata con specifica attenzione alle polizze *Long Term Care* da L. GREMIGNI FRANCINI, *Dati genetici e assicurazioni private long term care*, in *L'assicurazione tra codice civile*, cit., 113 ss.; S. BARISON, *Contratti*, cit., 240 ss.

¹³⁵ Cfr. A. CAMEDDA, *Sanità*, cit., 365.

¹³⁶ V., *supra*, nota 117. Con specifico riguardo alla transizione digitale del settore assicurativo, ferma la proficuità del fenomeno, si segnala che, di recente, l'Autorità di vigilanza italiana del settore assicurativo ha richiamato l'attenzione sulla necessità di intervenire quantomeno sotto un triplice piano: *i*) la modernizzazione degli strumenti utilizzati e la ristrutturazione "dell'intero sistema informativo aziendale sulla base di un'architettura razionale, integrata e flessibile"; *ii*) la gestione del rischio operativo, con un innalzamento della protezione da rischi cibernetici e la predisposizione di appositi presidi di governo a fronte, soprattutto, del crescente fenomeno di *outsourcing*; *iii*) la *governance* degli algoritmi di intelligenza artificiale, ai fini di evitare discriminazioni più o meno implicite e di garantire l'informazione alla clientela sui modelli adottati. Sul punto v. IVASS, *Relazione sull'attività svolta dall'Istituto nell'anno 2020-Considerazioni del Presidente Luigi Federico Signorini*, Roma, 1 luglio 2021, 8 s., in www.ivass.it, ove si dà altresì atto che, in ordine al secondo profilo di cui sopra, la problematica, invero comune all'intero mercato finanziario, è oggetto di un Regolamento in fase di definizione in ambito europeo (c.d. *Digital Operational Resilience Act*, DORA). Sul tema della digitalizzazione del mercato assicurativo, si consulti anche ESMA, EBA, EIOPA, *Joint Committee Final Report on Big Data*, 15 marzo 2018, in esas-joint-committee.europa.eu.