



8

ASSICURAZIONI PER
PERSONE CON DISABILITÀ
E LORO FAMIGLIE

Analisi dei bisogni,
soluzioni e proposte

QUADERNI
DELL'OSSERVATORIO

ASSICURAZIONI PER PERSONE CON DISABILITÀ E LORO FAMIGLIE

ANALISI DEI BISOGNI, SOLUZIONI E PROPOSTE

A cura di Fondazione Cariplo e ANIA

Collana “Quaderni dell’Osservatorio” n. 8 Anno 2012

Questo quaderno è scaricabile dal sito
www.fondazionecariplo.it/osservatorio

Assicurazioni per persone con disabilità e loro famiglie. Analisi dei bisogni, soluzioni e proposte is licensed under a Creative Commons Attribution – Condividi allo stesso modo 3.0 Unported License.

doi: 10.4460/2012quaderno8





INDICE



INDICE

OBIETTIVI E CONTENUTI DEL DOCUMENTO	5
1. ANALISI DEI BISOGNI TUTELABILI DA SOLUZIONI ASSICURATIVE	8
1.1 Analisi dei bisogni: il quadro teorico	8
1.2 Analisi dei bisogni effettivi della persona con disabilità	9
2. SOLUZIONI ASSICURATIVE: TIPOLOGIE ED ESEMPLIFICAZIONI	12
2.1 Durante noi: copertura del gap premorienza dei genitori	12
2.2 Durante e Dopo di noi: copertura del gap risparmio previdenziale (capitale)	15
2.3 Durante e Dopo di noi: copertura del gap risparmio previdenziale (rendita)	16
2.4 Durante e Dopo di noi: copertura del gap impiego di patrimoni	20
2.5 Soluzioni assicurative combinate	20
2.6 Altri gap e cenni sulle corrispondenti soluzioni assicurative	22
3. ULTERIORI PROPOSTE E INIZIATIVE	24
3.1 Produzione di basi dati	24
3.2 Meccanismi di facilitazione dell'incontro tra domanda e offerta	24
3.3 Elaborazione e promozione di proposte normative	25
APPENDICE 1	
ALTRI ESEMPI DI SOLUZIONI ASSICURATIVE	26
APPENDICE 2	
LE CIFRE DELLA DISABILITÀ IN ITALIA	30
I dati complessivi	30
La distribuzione delle persone con disabilità per età, sesso e area geografica	32
Le macro-tipologie di disabilità	32
Le condizioni di vita delle persone con disabilità	32
APPENDICE 3	
LA SPERANZA DI VITA: UNA RASSEGNA	34
Persone affette da autismo	34
Persone con disabilità da trauma al cervello	35
Persone con disabilità da paralisi cerebrale	37
Persone con disabilità da lesioni alla spina dorsale	38
Persone con sindrome di Down	39
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	42



OBIETTIVI E CONTENUTI DEL DOCUMENTO¹

L'assistenza alle persone con disabilità può prevedere molteplici esigenze, sia nella fase in cui i genitori sono ancora in vita (cosiddetta *Durante noi*), sia in quella successiva (*Dopo di noi*). L'intervento pubblico è oggi ancora in grado di coprire alcune necessità, ma la difficile situazione economica del Paese fa temere un'ulteriore contrazione delle risorse pubbliche per i programmi di *welfare* nei prossimi anni. Le tendenze più recenti lasciano intravedere che tale riduzione riguarderà anche le politiche per la non autosufficienza. A preoccupare le famiglie e le organizzazioni di sostegno alle persone con disabilità si aggiunge inoltre la difficile situazione dei mercati finanziari. La crisi degli ultimi anni ha infatti indotto un numero crescente di famiglie a dubitare della possibilità di gestire le complesse problematiche del *Dopo di noi* mediante un approccio di accumulazione di capitale "fai da te". Le famiglie di persone con disabilità si trovano oggi dunque a fronteggiare una duplice preoccupazione: il calo delle risorse pubbliche a disposizione dei propri cari e una crescente sfiducia nella propria capacità di affrontare autonomamente le problematiche finanziarie relative all'accumulazione e alla gestione dei propri risparmi.

Sembra pertanto di cogliere una crescente necessità di soluzioni che – senza mettere in discussione il principio della centralità del ruolo pubblico nell'assistenza delle persone con disabilità – sviluppino modalità nuove per realizzare una socializzazione del rischio. In particolare, ci si riferisce qui a contesti nei quali soggetti *nonprofit*, con una forte connotazione etica, possano garantire l'uso corretto e trasparente di strumenti di mercato appositamente disegnati per le esigenze delle famiglie. Ciò appare necessario alla luce del fatto che, pur

Nel documento ci si riferisce, per comodità di redazione, alla "persona con disabilità", senza con ciò voler trascurare che esistono diverse forme e gradi di disabilità la cui incidenza dipende anche dalla presenza o meno – nel contesto in cui la persona con disabilità vive o lavora – di supporti familiari, sociali o infrastrutturali. Inoltre, ci si riferisce ai "genitori" intendendo con ciò anche i rappresentanti legali della persona con disabilità.

¹ Questo documento è frutto della collaborazione tra la Fondazione CARIPLO e l'ANIA – Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici. È stato preparato da un gruppo di lavoro costituito, oltre che da rappresentanti delle due organizzazioni, da personale tecnico delle imprese di assicurazione – designato dal Comitato di Coordinamento dell'Area Vita, Previdenza e Risparmio Gestito. Il gruppo di lavoro si è avvalso del contributo scientifico di Luca Beltrametti, professore ordinario dell'Università di Genova.

ANIA: Roberto Manzato, Luigi Di Falco, Carlo Conforti
Fondazione CARIPLO: Gian Paolo Barbetta, Monica Villa, Stefano Cima
Imprese di assicurazione: Giuseppe Birelli (AXA MPS Assicurazioni Vita), Savino Dipasquale (ALLIANZ), Emidio Englaro (Poste Vita), Salvatore La Torre (Cattolica Assicurazioni), Claudio Raimondi (Poste Vita), Giulia Cecilia Sadoch (Assicurazioni Generali), Annamaria Sommella (CBA Vita)

tenendo conto degli apporti di soggetti pubblici e del mondo del volontariato, la definizione del progetto di vita delle persone con disabilità di fronte ad eventi avversi o alla perdita, naturale o imprevista, dei genitori – con la conseguente necessità di prevedere una fonte di sostentamento vitalizia – rimane, per molte famiglie, un obiettivo ancora da raggiungere.

Sotto tale aspetto, strumenti privati come le coperture assicurative non possono sostituirsi alle prestazioni pubbliche e rispondono a logiche economiche differenti: esse si finanziano con i versamenti degli assicurati (premi) che, nel complesso, devono essere commisurati – secondo un equilibrio attuariale che deve sussistere, anche per legge, a garanzia della stabilità del sistema – alle prestazioni da erogare. Le prestazioni pubbliche, invece, non prevedono necessariamente un corrispettivo diretto e commisurato alle prestazioni, ma il finanziamento mediante risorse ricavate dal bilancio statale o dalla fiscalità generale che vengono orientate verso finalità di solidarietà sociale condivise.

Le coperture assicurative a tutela della vita e della salute delle persone, in particolare, dipendono generalmente da fattori, come ad esempio l'età dell'assicurato, ai quali corrispondono diverse probabilità di verificarsi dell'evento assicurato (ad esempio il decesso) e quindi un diverso costo. Per tali assicurazioni è naturale che in presenza di fattori che rendono ogni persona diversa dall'altra dal punto di vista assicurativo (ad esempio una persona anziana e una giovane rispetto all'assicurazione caso morte) sia diverso anche il costo della copertura. In questo senso, differenziare è equo poiché sarebbe iniquo imporre uno stesso costo assicurativo per soggetti diversi, facendo di fatto pagare ad un assicurato parte del maggior costo necessario ad assicurare un altro individuo. Le differenziazioni possono comunque essere superate laddove sia la collettività da assicurare a richiedere un versamento uguale per tutti i soggetti che la compongono, proponendo quindi ex ante la solidarietà assicurativa del collettivo.

Inoltre, occorre considerare che le coperture assicurative – in special modo quelle sulla vita e sulla salute – devono basarsi su dati statistici sufficienti a elaborare soluzioni che possano essere anche tecnicamente sostenibili nei confronti degli organi di controllo sull'attività assicurativa. Sarebbe quindi auspicabile poter disporre di maggiori e più accurate informazioni sulle aspettative di vita delle persone con diverse tipologie di disabilità per poter strutturare prodotti specifici che, pur tenendo opportunamente conto di principi di equità attuariale, non penalizzino i soggetti più fragili.

Ciò nondimeno, il settore assicurativo ha già realizzato, in passato, soluzioni volte ad ampliare la platea degli assicurati anche in assenza di dati statistici adeguati: ad esempio, costituendo a livello di mercato dei *pool* tra imprese assicuratrici per consentire anche l'assunzione di rischi – non solo relativi a persone con disabilità – più gravi della norma o insufficientemente sperimentati e pertanto di difficile valutazione. Oppure strutturando, sempre mediante *pool* tra imprese, forme di rendita vitalizia per persone con disabilità con prestazioni maggiorate rispetto alla generalità dei potenziali assicurati. Su iniziativa di singole imprese, non sono poi mancati prodotti dedicati alle persone con disabilità. Tali esempi di offerta specifica rivelano l'autentico approccio delle imprese assicuratrici, che rimane quello di massimizzare la clientela assicurabile, a maggior ragione se ciò si associa a obiettivi di utilità sociale. D'altra parte, la diffusione di tale offerta non raggiunge mai livelli significativi, probabilmente



te anche a causa della scarsa pubblicità sulla disponibilità di tali prodotti o di meccanismi che ne facilitassero la distribuzione e l'incontro con la domanda.

Questo documento intende proporre un nuovo contributo sull'argomento, partendo innanzitutto dall'analisi dei bisogni ("gap") attuali e potenziali della persona con disabilità tutelabili da soluzioni assicurative private, rilevati anche attraverso incontri con organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità o delle loro famiglie (Capitolo 1), sia nella fase del *Durante noi* che nel *Dopo di noi*. In secondo luogo, si prospettano possibili soluzioni assicurative strutturate in funzione dei bisogni rilevati (Capitolo 2), anche mediante esemplificazioni numeriche.



Il Capitolo 3 accenna a ulteriori iniziative a favore delle persone con disabilità che potrebbero essere realizzate in seguito alla pubblicazione di questo documento, quali la richiesta di maggiore disponibilità di informazioni statistiche sulle aspettative di vita delle persone con disabilità e la promozione di meccanismi che facilitino l'incontro tra la domanda di prodotti assicurativi dedicati e l'offerta delle imprese assicuratrici. In più, dal momento che l'accenno a soluzioni assicurative private non implica, com'è ovvio, la rinuncia da parte delle persone con disabilità a far valere legittimi diritti in termini di assistenza pubblica o di interventi legislativi, si prospettano anche proposte di normative di favore o richieste di interventi pubblici, anche in termini di vantaggi fiscali, che le associazioni rappresentative delle persone con disabilità potrebbero promuovere, con il sostegno della Fondazione CARIPLO e dell'ANIA. Un quadro di maggiore certezza circa l'entità complessiva dei trasferimenti pubblici e delle condizioni per l'accesso ad essi appare peraltro necessario per lo sviluppo di strumenti integrativi.

Nell'Appendice 1 sono riportate ulteriori esemplificazioni numeriche – al variare dell'età degli assicurati – delle soluzioni assicurative già illustrate nel documento. Nell'Appendice 2 è riportata una sintesi dei dati sulla disabilità in Italia, di fonte Istat. Nell'Appendice 3 si riportano infine alcuni dati, reperiti soprattutto da fonti internazionali, sulla speranza di vita di persone con gravi disabilità. Tali dati, e in particolare il differenziale mostrato dalla mortalità delle persone con gravi disabilità rispetto alla popolazione generale, è stato preso in considerazione per derivare la maggiorazione delle rendite specifiche per le persone con disabilità ipotizzata negli esempi numerici. Lo stesso Allegato 3 è completato dai riferimenti bibliografici – distinti per tipo di patologia o trauma alla base della disabilità – da cui sono stati tratti i dati sui differenziali di mortalità tra persone con gravi disabilità e popolazione generale.

1.1 Analisi dei bisogni: il quadro teorico

Le principali esigenze in grado di essere coperte da soluzioni assicurative cui la persona con disabilità può dover far fronte, e quindi i conseguenti bisogni che possono determinarsi sia nella fase *Durante noi* che in quella *Dopo di noi*, riguardano:

- > la sopravvivenza e le condizioni di salute della persona con disabilità;
- > la sopravvivenza e le condizioni di salute dei genitori;
- > la tutela e la preservazione dell'integrità economica o patrimoniale (ad es. la tutela del reddito o del patrimonio, anche dal dover risarcire danni a terzi, o l'impiego tutelato di somme intestate alla persona con disabilità o comunque disponibili).

Tabella 1.1 – Il quadro dei principali bisogni

Fase	Soggetti da tutelare	Principali bisogni da tutelare
Durante noi	Genitori	<ul style="list-style-type: none"> • Premorienza • Risparmio previdenziale (capitale) • Impiego di patrimoni • Altri bisogni: <ul style="list-style-type: none"> – Perdita di autosufficienza – Infortuni/malattie – Abitazione – Danni da responsabilità civile
	Persona con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Risparmio previdenziale (rendita)
Dopo di noi	Persona con disabilità	<ul style="list-style-type: none"> • Risparmio previdenziale (rendita) • Impiego di patrimoni • Altri bisogni: <ul style="list-style-type: none"> – Disabilità aggravata o ulteriore – Infortuni/malattie – Abitazione – Danni da responsabilità civile

In particolare, nella fase *Durante noi* i bisogni possono riguardare la sopravvivenza e le condizioni di salute dei genitori nonché la tutela e la preservazione del patrimonio familiare, sia riguardo al reddito prodotto e ai conseguenti risparmi di cui la persona con disabilità usufruisce o potrà usufruire – da non intaccare neanche a causa di risarcimenti dovuti per danni a terzi – sia riguardo alla tutela dell'abitazione e alla preservazione o all'impiego tutelato del patrimonio intestato alla persona con disabilità, derivante ad esempio da eredità o da risarcimenti per danni subiti. Le soluzioni assicurative corrispondenti a tali bisogni sono le seguenti:

- a. copertura del rischio di premorienza dei genitori;
- b. costituzione di risparmio previdenziale mediante un piano di accumulo, da convertire in rendita vitalizia, associato ad una maggiorazione del capitale al decesso dei genitori;



- c. impiego delle somme intestate alla persona con disabilità o altrimenti disponibili in soluzioni caratterizzate da garanzie finanziarie e stabilità dei rendimenti;
- d. copertura per i genitori del rischio di infortuni, malattie o perdita di autosufficienza;
- e. copertura del rischio di danni all'abitazione (incendio, furto o catastrofi naturali);
- f. copertura del rischio di provocare involontariamente danni a terzi, anche da parte di altri componenti del nucleo familiare.

Nella fase *Dopo di noi* i bisogni si concentrano sulla persona con disabilità e riguardano la sicurezza di poter contare su una rendita vitalizia integrativa di prestazioni pubbliche, la tutela da infortuni, malattie o aggravamenti della perdita di autonomia nonché, anche in questa fase, l'integrità finanziaria e patrimoniale della persona e del suo nucleo familiare. Quindi, oltre alle soluzioni c), e) ed f) sopra indicate, le soluzioni assicurative corrispondenti ai bisogni di questa fase sono:

- g. rendita vitalizia;
- h. copertura per la persona con disabilità del rischio di infortuni, malattie, insorgenza di altre disabilità o aggravamento di quella attuale, con ulteriore perdita di autonomia.

1.2 Analisi dei bisogni effettivi della persona con disabilità

Il quadro teorico appena delineato va supportato da riscontri effettivi sulla presenza o meno di domanda di coperture assicurative in grado di tutelare i bisogni indicati. In primo luogo, si è provveduto quindi ad effettuare incontri diretti con alcune organizzazioni rappresentative di persone con disabilità (LEDHA, Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti ONLUS, IDEA Vita ONLUS, Oltre noi...la vita ONLUS). Da tali incontri, è innanzitutto scaturita la conferma che la domanda di soluzioni assicurative è carente poiché non c'è informazione e consapevolezza sulle soluzioni praticabili e perché non si ha fiducia nella possibilità di trovare, tramite le usuali forme di intermediazione, soluzioni specifiche ad esigenze peculiari. Le soluzioni assicurative più note agli intervistati, perché tipicamente associate alla tutela delle persone con disabilità, sono l'assicurazione caso morte "al secondo decesso" e la rendita vitalizia. Con riferimento alla prima – assicurazione sui genitori con pagamento del capitale assicurato "al secondo decesso", ossia se (temporanea caso morte) o quando (caso morte a vita intera) anche il secondo genitore viene a mancare – pur apprezzando il minor costo rispetto alle forme "classiche" che assicurano solo il singolo individuo, si critica il fatto che con tale formula la prestazione può determinarsi troppo tardi, quando cioè con il decesso del primo genitore – specie se unico o principale percettore di reddito – si crea già una situazione di bisogno. In questo senso, si è manifestata l'esigenza di poter disporre di altre soluzioni. Con riferimento all'assicurazione di rendita vitalizia per persone con disabilità si è riscontrato un marcato scetticismo, data l'assenza sul mercato di rendite che tengano conto delle specificità connesse alla disabilità – aggravata dalla carenza di rendite vitalizie differite il cui importo sia garantito già al momento della sottoscrizione – e la scarsità di rendite che garantiscano la restituzione dei versamenti in caso di decesso della persona con disabilità, specialmente nella forma di rendita immediata con versamento unico iniziale. Sono inoltre state espresse critiche

perché le persone con disabilità vedono spesso rifiutarsi coperture necessarie come quella contro gli infortuni per l'accesso a palestre.

In secondo luogo, le organizzazioni hanno sottolineato come l'attuale quadro normativo penalizzi l'accumulazione di risorse economiche private a fini previdenziali da parte delle persone con disabilità e dei loro familiari. In questo caso, infatti, si accresce la richiesta di compartecipazione diretta dell'utente alla spesa per l'accesso ai servizi garantiti dal sistema di *welfare* generando un incentivo alle famiglie a trasferire la titolarità di ogni risorsa economica in capo a soggetti diversi dalla persona con disabilità. Tutto ciò prescindendo dalle reali condizioni economiche della famiglia di origine così da aumentare le *chances* (e ridurre i costi) di accesso a servizi residenziali. Infine, si ritiene che la rilevazione dei bisogni su cui impostare il ricorso a soluzioni assicurative debba comprendere l'analisi personalizzata delle condizioni della persona con disabilità, anche per individuare soluzioni efficaci ai bisogni più sentiti. Infatti, i *gap* tutelabili da soluzioni assicurative illustrati in precedenza possono essere tutti, in astratto, potenzialmente presenti, ma per determinate persone possono rivelarsi in tutto o in parte insussistenti o già coperti da forme di assistenza o da disponibilità patrimoniali. In particolare, si ritiene che l'analisi debba anche riguardare:

- > le risorse finanziarie di cui la famiglia dispone o può venire a disporre, ad esempio, in conseguenza di eredità o del decesso dei genitori (prestazioni pensionistiche ai superstiti erogate da enti previdenziali, fondi pensione o imprese di assicurazione);
- > le altre risorse patrimoniali disponibili, come somme intestate alla persona con disabilità o immobili, che possono costituire una fonte di reddito liquidabile in varie forme (vendita totale, vendita della sola nuda proprietà, prestito vitalizio ipotecario²);
- > i debiti residui da mutui o altri contratti di finanziamento in corso.



2 Il problema della liquidazione di parte della ricchezza incorporata in un immobile, qui accennato, assume oggi in Italia una valenza più generale a fronte dell'invecchiamento della popolazione, con un numero crescente di anziani con un debole desiderio di lasciare un'eredità. In particolare, il problema di calcolare correttamente l'importo del vitalizio da erogare – dato un certo valore dell'immobile e tenendo conto dell'effettiva aspettativa di vita del percettore – si pone sia per le persone giovani con disabilità, sia per persone anziane in condizioni di non autosufficienza.



Questo capitolo riporta, anche attraverso esempi numerici, dettagli sulle soluzioni assicurative che possono far fronte alle esigenze e ai bisogni illustrati nel capitolo precedente sia nella fase *Durante noi* che nella fase *Dopo di noi* (v. tabella 1.1). Gli esempi riportati sono del tutto indicativi e non sono necessariamente rappresentativi di prodotti reperibili sul mercato, dal momento che:

- a. non comprendono i costi generalmente applicati nei prodotti in commercio dalle imprese di assicurazione, a fronte di spese per l'amministrazione e la distribuzione dei prodotti;
- b. si basano su ipotesi demografiche (tavole di mortalità) e finanziarie (tassi d'interesse) che possono differire da quelle adottate autonomamente da ciascuna impresa di assicurazione.

A ciò si aggiunga che, non essendo disponibili dati statistici nazionali sulle aspettative di vita delle persone con disabilità, per gli esempi riportati si sono adottate stime e approssimazioni derivate da evidenze empiriche riscontrate in altri paesi, che risultano tuttavia statisticamente insufficienti per un effettivo utilizzo nel mercato.

Ciò detto, si è deciso comunque di corredare le soluzioni assicurative illustrate con alcuni esempi numerici per facilitare la comprensione del loro funzionamento e dare un'idea dell'ordine di grandezza di quanto occorre versare per assicurarsi determinate prestazioni.

2.1 Durante noi: copertura del gap premorienza dei genitori

La copertura di tale gap si realizza attraverso l'assicurazione temporanea caso morte che, a fronte di un versamento unico o annuo da parte del cliente, rimborsa alla persona con disabilità (beneficiario) un capitale assicurato predeterminato qualora si verifichi il decesso dei genitori entro una durata contrattuale prestabilita. Per le finalità di questo lavoro sono state selezionate le seguenti forme assicurative:

A. Assicurazione temporanea caso morte individuale a capitale costante

Prevede la liquidazione del capitale assicurato al decesso dell'unico genitore individuato nel contratto entro la scadenza contrattuale a fronte di versamenti annui costanti. In caso di sopravvivenza del genitore non è prevista nessuna prestazione e i versamenti rimangono all'impresa assicuratrice. È una forma generalmente presente nell'offerta di tutte le imprese assicuratrici che può risultare adeguata quando il potenziale gap da tutelare, specialmente in presenza di mutui o altri finanziamenti in corso, è concentrato sull'unico o principale percettore di reddito della famiglia della persona con disabilità.

B. Assicurazione temporanea caso morte "al primo decesso"

Tale forma si differenzia da quella precedente, perché il capitale assicurato viene liquidato già al primo decesso che si verifichi tra i due genitori entrambi assicurati. Offre quindi una maggiore garanzia, a fronte di un corrispettivo più



elevato, che risponde all'esigenza, segnalata anche dalle organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità, di rispondere a situazioni di necessità che possono verificarsi già con il decesso del primo genitore.

La stessa copertura può essere integrata da una forma di "contro-assicurazione" che consente, a scadenza, la restituzione dei versamenti nel caso non si sia verificato alcun decesso. Tale "controassicurazione" può essere comunque prevista anche ad integrazione dell'assicurazione individuale (A) già precedentemente illustrata e di quella "al secondo decesso" descritta di seguito (C).

In alternativa alla restituzione dei versamenti in caso di sopravvivenza dei genitori alla scadenza contrattuale, la stessa forma può prevedere l'estinzione immediata dell'assicurazione al decesso della persona con disabilità, anche qui con la restituzione dei versamenti. La restituzione dei versamenti al decesso della persona con disabilità può essere contemplata anche nella fattispecie A, già illustrata, e C, illustrata di seguito.



C. Assicurazione temporanea caso morte "al secondo decesso"

È analoga alle forme già descritte ma prevede la liquidazione del capitale assicurato al decesso di entrambi i genitori assicurati, ossia dopo che nel corso della durata contrattuale intervengano sia il primo sia il secondo decesso dei genitori. Se alla scadenza contrattuale almeno uno dei genitori sopravvive non è prevista nessuna prestazione e i versamenti rimangono all'impresa assicuratrice. È una forma che risponde all'esigenza di tutelare l'eventualità estrema che la persona con disabilità perda entrambi i genitori nel corso della durata contrattuale a fronte, d'altra parte, di un corrispettivo inferiore rispetto alle altre soluzioni.

Tale forma può essere corredata dall'esonero dei versamenti successivi al primo decesso tra i genitori entrambi assicurati, con l'assicurazione che rimane comunque in vigore fino alla scadenza contrattuale.

Le forme sopra descritte, o alcune di esse, possono anche essere corredate da coperture ulteriori, cosiddette "complementari" o "accessorie", quali:

- > **MORTE DA INFORTUNIO:** in caso di decesso dovuto a causa accidentale (infortunio), erogazione di una prestazione pari al capitale assicurato;

- > MORTE DA INCIDENTE STRADALE: in caso di decesso dovuto a incidente stradale, erogazione di una prestazione pari al doppio del capitale assicurato per morte accidentale;
- > BENEFICIO ORFANI: in caso di morte del coniuge dell'assicurato contestuale o successiva (ma entro la scadenza contrattuale) a quella dell'assicurato e in presenza di orfani, pagamento di un ulteriore importo pari al capitale assicurato;
- > ESONERO PAGAMENTO PREMI DA INVALIDITÀ: al verificarsi dell'invalidità, esonero dal pagamento dei versamenti annui ancora da pagare fino alla scadenza del contratto;
- > MALATTIE GRAVI: al verificarsi di una delle malattie gravi indicate nel contratto, pagamento di un capitale pari ad una quota del capitale assicurato in caso di morte – che si abbatte di conseguenza – o pari ad un capitale ulteriore a quello assicurato in caso di decesso, che rimane pienamente in vigore.

Di seguito sono riportati alcuni esempi numerici relativi alle tipologie di copertura descritte in precedenza³.

Tabella 2.1 – Assicurazione temporanea caso morte: esempi

Esempio		
Capitale assicurato	– 200.000 €	
Durata	– 20 anni	
A.B. – padre	– 55 anni (principale percettore di reddito)	
C.D. – madre	– 50 anni	
E.F. – figlio con disabilità	– 25 anni	
Forma assicurativa	Note	Versamento annuo (€)
A1	Assicurazione individuale – padre unico assicurato	2.900
A2	Assicurazione individuale – madre unica assicurata	900
B1	Assicurazione al 1° decesso tra i genitori assicurati	3.700
B2	Assicurazione B1 più contro-assicurazione	7.600
B3	Assicurazione B1 più restituzione versamenti al decesso del figlio	5.200
C1	Assicurazione al 2° decesso tra i genitori assicurati	280
C2	Assicurazione C1 più esonero pagamento premi al 1° decesso	350
Ipotesi: Mortalità ISTAT 2002 per i genitori, maggiorata del 20% per il figlio con disabilità. Tasso d'interesse già incluso nella prestazione 3%, costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro (se inferiori a 1.000 € alle decine di euro).		

Si noti come le diverse forme assicurative comportino differenze anche rilevanti in funzione della tipologia, dei soggetti assicurati o della presenza o meno del rimborso dei versamenti effettuati nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi.

³ Tutti gli esempi numerici riportati nelle tabelle di questo capitolo vanno considerati del tutto indicativi e non necessariamente rappresentativi di prodotti attualmente reperibili sul mercato. Ulteriori esempi, al variare dell'età dei genitori e di quella della persona con disabilità, sono inoltre riportati nell'Appendice 1.



2.2 Durante e Dopo di noi: copertura del gap risparmio previdenziale (capitale)

La copertura di tale gap si realizza attraverso l'assicurazione caso morte "a vita intera" che fa fronte alla premorienza dei genitori in qualsiasi epoca essa avvenga, garantendo un capitale assicurato rivalutabile nel tempo. La durata dell'assicurazione non è quindi pari a un numero prefissato di anni ma coincide con la vita dei genitori, mentre il piano dei versamenti può limitarsi a un certo numero di anni. Prevedendo tale forma anche la possibilità di rimborso anticipato del capitale, essa consente di garantire alla persona con disabilità un capitale significativo senza limitare la durata della copertura – come accade per l'assicurazione temporanea ma, costituendo la prestazione con un graduale piano di accumulo, riscattabile qualora l'esigenza della copertura venga meno. Per le finalità di questo studio sono state selezionate, in particolare, le seguenti soluzioni.

D. Assicurazione vita intera individuale

Prevede la liquidazione del capitale assicurato al decesso dell'unico genitore individuato nel contratto come assicurato, in qualunque epoca esso avvenga, a fronte di un piano di versamenti per un certo numero di anni. Il capitale e i versamenti crescono in funzione del rendimento ottenuto dall'impresa di assicurazione investendo i versamenti degli assicurati, con un rendimento minimo garantito. È sempre possibile richiedere un valore di rimborso. È una copertura che può risultare adeguata quando il potenziale gap sia concentrato sull'unico o principale percettore di reddito della famiglia e abbia una durata lunga o comunque indeterminata.

E. Assicurazione vita intera "al primo decesso"

Ha le stesse caratteristiche della precedente, salvo che la copertura è estesa a entrambi i genitori e il capitale rivalutato è liquidato all'accadimento del primo decesso tra gli stessi, in qualunque epoca esso avvenga. Come detto in occasione dell'assicurazione temporanea caso morte, è una forma che risponde all'esigenza di poter far fronte a situazioni di necessità che possono verificarsi già con il decesso del primo genitore.

F. Assicurazione vita intera "al secondo decesso"

È analoga alle precedenti ma prevede la liquidazione del capitale assicurato al decesso di entrambi i genitori, entrambi assicurati, in qualunque epoca esso avvenga. È una copertura che risponde alla sicurezza di garantire un capitale significativo nel momento in cui non saranno più in vita entrambi i genitori, in qualsiasi epoca ciò accada.

Tabella 2.2 – Assicurazione caso morte a vita intera: esempi⁴

Esempio			
Capitale ass.to iniziale		– 150.000 €	
Durata piano versamenti		– 20 anni	
A.B. – padre		– 55 anni (principale percettore di reddito)	
C.D. – madre		– 50 anni	
E.F. – figlio con disabilità		– 25 anni	

Forma assicurativa	Note	Versamento annuo (€)
D1	Assicurazione individuale – padre unico assicurato	6.600
D2	Assicurazione individuale – madre unica assicurata	5.400
E	Assicurazione al 1° decesso tra i genitori assicurati	7.000
F	Assicurazione al 2° decesso tra i genitori assicurati	5.100

Ipotesi: Mortalità ISTAT 2002. Tasso di interesse già compreso nel capitale assicurato iniziale 1,5%, costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro.

Sviluppo delle prestazioni					
Anni trascorsi	Capitale caso morte	Forma assicurativa			
		D1	D2	E	F
		Versamenti			
		168.400	137.200	177.700	129.700
		Riscatto			
20	244.000	191.200	191.600	213.600	188.600
25	275.600	227.400	228.900	249.900	226.100
30	311.300	268.700	271.700	290.700	269.200

Ipotesi: Tasso di rivalutazione 4%⁵, costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro.

Forme di restituzione dei versamenti in caso di decesso dei genitori o della persona con disabilità – previste per l'assicurazione temporanea caso morte – non si ritengono coerenti con le forme a vita intera, dove si può richiedere in ogni momento il rimborso del capitale.

2.3 Durante e Dopo di noi: copertura del gap risparmio previdenziale (rendita)

L'esigenza di costituire un introito certo per la persona con disabilità finché sopravvive è coerente sia con la fase *Durante noi* – attraverso l'impiego da parte dei genitori di un capitale o di un piano di versamenti che dia luogo, immediatamente o dopo un certo numero di anni, al pagamento di una rendita vitalizia – sia con quella *Dopo di noi*, dove si può stabilire che un determinato capitale accumulato, da accumulare o derivante da una copertura caso morte sia convertito in una rendita vitalizia.

⁴ Si veda la nota 3.

⁵ Il tasso di rivalutazione ipotizzato è da considerarsi al lordo del tasso di interesse già compreso nel capitale assicurato iniziale. Di conseguenza, il capitale si rivaluta in funzione della differenza tra i due tassi.



In ogni caso, importante elemento di definizione della soluzione assicurativa è la scelta di una base demografica (tavola di mortalità) che tenga conto delle aspettative di vita più ridotte, a seconda della tipologia e della gravità della disabilità, delle persone con disabilità rispetto alla popolazione generale. A tali aspettative dovrebbero corrispondere, a parità di altre condizioni, rendite vitalizie di maggiore importo. Da questo punto di vista, purtroppo, non si dispone di dati statistici nazionali sufficienti a quantificare tale differenziale. L'Appendice 3 riporta evidenze statistiche desunte dalla letteratura internazionale sulla speranza di vita di persone con disabilità gravi e quantificazioni sull'incidenza delle forme di disabilità sulle aspettative di vita. Al fine di illustrare, anche con esempi numerici, ipotetiche soluzioni di rendita vitalizia per persone con disabilità si è fatto ricorso a tali dati, per quanto – provenendo da studi differenti effettuati in diversi paesi, in diversi anni e su diverse collettività, e derivando da esperienze campionarie – statisticamente insufficienti per un utilizzo effettivo.

Da tali evidenze, ad esempio, si desume come autismo (per le femmine e per i maschi fino ad un'età tra i 40 e i 50 anni), traumi al cervello o paralisi cerebrale su persone che mantengono comunque la capacità di camminare in autonomia, o come lesioni alla spina dorsale con deficit neurologico minimo mostrino una incidenza sulla speranza di vita non trascurabile ma "contenuta" (aspettative di vita ridotte dal 10% fino al 20% circa) rispetto a forme più gravi. Disabilità più gravi come l'autismo per maschi di età oltre i 50 anni, traumi al cervello o paralisi che comportino una ridotta capacità di movimento – anche tale da dover ricorrere alla sedia a rotelle – in soggetti che mantengano comunque una elevata capacità di autonomia e di auto-alimentazione, o come lesioni alla spina dorsale di media gravità hanno un'incidenza sulla speranza di vita "significativa" (aspettative ridotte più del 20% e fino al 30-35%). Forme più gravi come traumi al cervello o paralisi che comportino mobilità ridotta e perdita della capacità di alimentarsi da soli, o lesioni alla spina dorsale di grado elevato corrispondono ad un'incidenza "rilevante" (aspettative di vita ridotte più di un terzo e di circa il 50%). Situazioni come traumi al cervello che comportino uno stato vegetativo, paralisi cerebrali con impossibilità di muovere la testa o sindrome di Down oltre i 40 anni corrispondono ad aspettative di vita molto ridotte.



Al fine di stimare l'ordine di grandezza del rapporto tra rendita vitalizia per persone con disabilità e corrispettivo necessario per ottenerla, si è adottata la tavola proiettata e selezionata IPS55 (in particolare, per semplicità, senza tener conto della selezione per rendite immediate e dell'effetto di *age-shifting*), largamente utilizzata per le assicurazioni di rendita e conforme alla normativa di settore sulle basi demografiche per tali assicurazioni, e si è ridotta la speranza di vita derivante da tale tavola di determinate percentuali (15% per forme di disabilità con incidenza "contenuta", 30% in caso di incidenza "significativa" e 50% in caso di incidenza "rilevante"). Le ipotesi demografiche così ottenute sono state applicate alle soluzioni assicurative descritte di seguito.

G. Assicurazione di rendita immediata con versamento unico iniziale

Essa prevede, a fronte di un versamento unico iniziale, la liquidazione immediata di una rendita vitalizia, il cui pagamento prosegue finché la persona con disabilità sopravvive. L'importo della rendita è rivalutabile con un rendimento minimo comunque garantito, generalmente già riconosciuto nell'importo iniziale della rendita. È una copertura che può risultare adeguata, ad esempio, nel caso di genitori in età avanzata che dispongano già di una somma sufficiente a garantire una rendita vitalizia alla persona con disabilità adulta.

La stessa forma può essere integrata dalla garanzia di restituzione del versamento unico iniziale al netto delle rate di rendita già corrisposte (contro-assicurazione), se positivo, nel caso in cui la persona con disabilità deceda. È una alternativa che, rispetto alla forma precedente, consente di annullare il rischio di perdita finanziaria in caso di decesso prematuro, mantenendo la certezza di rientrare in possesso del capitale versato.

Tabella 2.3 – Assicurazione di rendita vitalizia immediata: esempi⁶

Esempio					
Rendita annua vitalizia iniziale		– 12.000 €			
E.F. – figlio con disabilità		– 45 anni			
Incidenza della disabilità	Versamento unico (€)		Note		
	G1	G2			
Contenuta	300.700	316.600	G1: rendita immediata senza controassicurazione		
Significativa	248.300	268.700	G2: rendita immediata con controassicurazione		
Rilevante	176.200	200.400	Versamento unico anticipato per ricevere la rendita annua vitalizia immediata sopra indicata.		
Ipotesi: Mortalità IPS55 per rendite differite senza age-shifting. Riduzione delle aspettative di vita: 15% per forme di disabilità con incidenza contenuta; 30% per incidenza significativa; 50% per incidenza rilevante. Tasso d'interesse già incluso nella rendita iniziale 1,5%, costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro.					
Sviluppo delle prestazioni					
Anni trascorsi	Rendita vitalizia	Rendite totali erogate	Capitale caso morte (solo forma G2)		
			Contenuta	Significativa	Rilevante
10	15.300	137.500	196.600	148.700	80.400
15	17.300	219.900	136.600	88.700	20.400
20	19.500	312.900	76.600	28.700	0
25	22.000	418.000	16.600	0	0
Ipotesi: Tasso di rivalutazione 4% ⁷ , costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro					

⁶ Si veda la nota 3.

⁷ Si veda la nota 5.



Si noti, in particolare, come l'incidenza della disabilità comporti una certa variabilità del versamento da effettuare nella forma ordinaria di rendita immediata, mentre la presenza della contro-assicurazione controbilancia la maggiorazione della rendita al diminuire delle aspettative di vita.

H. Assicurazione di rendita differita mediante piano di versamenti annui

Prevede, a fronte di un piano di versamenti annui, l'erogazione alla scadenza del piano di una rendita vitalizia finché la persona con disabilità sopravvive, con la restituzione dei versamenti in caso di decesso nel corso del piano.

L'importo della rendita e i versamenti annui sono rivalutabili, ossia crescono ogni anno in funzione del rendimento ottenuto dall'impresa di assicurazione investendo i versamenti in una gestione assicurativa, con un rendimento minimo garantito generalmente già incluso nell'importo della rendita iniziale. È una copertura che può risultare adeguata per genitori che intendono costituire somme sufficienti all'obiettivo della rendita grazie a un piano di versamenti, con la garanzia di riavere i versamenti in caso di prematuro decesso del figlio.

Tabella 2.4 – Assicurazione di rendita vitalizia differita: esempi⁸

Esempio		
Rendita annua vitalizia iniziale	-	12.000 € (al termine del piano dei versamenti)
Durata piano versamenti annui	-	20 anni
E.F. – figlio con disabilità	-	25 anni
Incidenza della disabilità	Premio annuo iniziale (€)	Note
Contenuta	7.900	Versamento annuo (l'importo indicato è iniziale, successivamente è rivalutabile) per ottenere la rendita vitalizia annua suindicata a partire dalla scadenza del piano dei versamenti.
Significativa	6.500	
Rilevante	4.600	
<p>Ipotesi: Mortalità IPS55 per rendite differite senza age-shifting. Abbattimento delle aspettative di vita per persone con disabilità: 15% per forme con incidenza contenuta; 30% per forme con incidenza significativa; 50% per forme con incidenza rilevante. Tasso d'interesse già incluso nella rendita iniziale 1,5%, tasso di rivalutazione 4%, costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro.</p>		

⁸ Si veda la nota 3.

2.4 Durante e Dopo di noi: copertura del gap impiego di patrimoni

Un'esigenza ulteriore che può riguardare le persone con disabilità è l'impiego di patrimoni disponibili e intestati alle stesse persone, somme che possono essere frutto di:

- > risarcimenti per danni subiti da terzi (talvolta causa stessa della disabilità);
- > eredità;
- > altri risparmi, accumulati nel tempo o derivanti da lasciti da terze persone.

Ad esempio, nei casi in cui la persona con disabilità sia soggetta a protezione giuridica, il denaro viene generalmente investito, previa autorizzazione di un giudice tutelare, in determinate tipologie di impieghi, che generalmente risultano essere titoli di Stato o garantiti dallo Stato, depositi fruttiferi postali o bancari, obbligazioni emesse da istituti autorizzati ad esercitare il credito fondiario o beni immobili. Tuttavia il giudice tutelare, può autorizzare anche impieghi diversi, purché ritenuti altrettanto sicuri e adeguati alle finalità in questione. In questo senso, i prodotti assicurativi che prevedono rendimenti minimi garantiti e consolidamento dei rendimenti già ottenuti possono soddisfare le stesse finalità, tenendo anche conto che il contratto potrebbe prevedere la facoltà di convertire in rendita il capitale maturato.

Per tale forma assicurativa non sono stati predisposti esempi, dal momento che i prodotti assicurativi per l'impiego dei patrimoni come per altre forme di risparmio e investimento fanno già parte dell'offerta delle imprese e non richiedono la determinazione di ipotesi demografiche particolari.

2.5 Soluzioni assicurative combinate

Ferma restando l'opportunità di valutare l'adeguatezza della soluzione assicurativa alle caratteristiche e alle aspettative della persona con disabilità o della relativa famiglia grazie a un'analisi personalizzata della situazione, è anche possibile prefigurare combinazioni delle forme assicurative descritte in precedenza che, in linea di principio, costituiscono le soluzioni più complete, in quanto coniugano sia l'esigenza di disporre, al momento del decesso dei genitori, di un capitale utile da convertire in rendita per la persona con disabilità, sia della rendita ottenibile dalla conversione dello stesso capitale. A tal fine, si è selezionata la combinazione tra assicurazione vita intera "al secondo decesso" e una rendita immediata, tenendo presente che si potrebbero considerare anche altre combinazioni, ad esempio utilizzando l'assicurazione temporanea caso morte, più economica rispetto alla vita intera a fronte di svantaggi quali la mancanza di un piano di risparmio e la durata limitata della copertura.

F+G. ASSICURAZIONE VITA INTERA "AL SECONDO DECESSO" PIÙ RENDITA IMMEDIATA

Tale soluzione, combinazione delle forme F e G già illustrate, prevede la liquidazione del capitale assicurato al momento del decesso anche del secondo genitore,



in qualunque epoca esso avvenga, e l'impiego dello stesso capitale per ottenere una rendita vitalizia immediata. Si è ritenuto che la forma di rendita più adeguata per tale combinazione sia quella senza contro assicurazione, assumendo che, una volta determinatasi la perdita di entrambi i genitori, l'obiettivo di copertura si finalizzi esclusivamente nel vitalizio per la persona con disabilità.

Anche in questo caso, qualora la fattispecie concreta evidenziasse invece altre esigenze, come ad esempio la presenza di eredi della persona con disabilità, potrebbe essere più opportuno l'utilizzo della forma con contro-assicurazione. Di seguito sono riportati alcuni esempi numerici della tipologia di copertura appena elencata.

Tabella 2.5 – Assicurazione vita intera “al 2° decesso” e rendita immediata: esempi⁹

Esempio			
Rendita annua vitalizia iniziale	– 12.000 € (al termine piano versamenti)		
Durata piano versamenti annui	– 20 anni		
A.B. – padre	– 55 anni (principale percettore di reddito)		
C.D. – madre	– 50 anni		
E.F. – figlio con disabilità	– 25 anni		
Incidenza della disabilità	Versamento annuo iniziale	Versamenti totali	Capitale caso morte iniziale
Contenuta	6.300	159.900	184.800
Significativa	5.200	132.000	152.600
Rilevante	3.700	93.700	108.300
Anni trascorsi	Sviluppo delle prestazioni		
	Capitale caso morte	Rendita da conversione del capitale	Valore di riscatto
	Incidenza della disabilità: Contenuta		
20	300.700	12.000	232.400
25	339.500	14.300	278.600
30	433.100	20.800	374.600
	Incidenza della disabilità: Significativa		
20	248.300	12.000	191.900
25	280.400	14.400	230.100
30	357.600	21.600	309.300
	Incidenza della disabilità: Rilevante		
20	176.200	12.000	136.300
25	199.000	14.400	163.300
30	253.900	23.300	219.600
Ipotesi: Mortalità dei genitori ISTAT 2002 (durata piano versamenti); Mortalità del figlio con disabilità IPS55 per rendite differite senza age-shifting (erogazione rendita), con aspettative di vita ridotte di una % in funzione dell'incidenza della disabilità: 15% per incidenza contenuta, 30% per incidenza significativa, 50% per incidenza rilevante. Tasso d'interesse già incluso nelle prestazioni iniziali 1,5%, tasso di rivalutazione 4% ¹⁰ , costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro.			

⁹ Si veda la nota 3.

¹⁰ Si veda la nota 5.

2.6 Altri gap e cenni sulle corrispondenti soluzioni assicurative

Le persone con disabilità e i loro genitori sono inoltre esposti ad altri rischi che possono comunque intaccare l'integrità fisica o patrimoniale. Le corrispondenti soluzioni assicurative – già richiamate in precedenza (tabella 1.1) – sono sinteticamente descritte di seguito.

H. Assicurazione contro la perdita di autosufficienza (long term care)

La copertura di tale gap si realizza attraverso l'assicurazione contro la perdita di autosufficienza (*long term care*), che protegge i genitori dalla sopravvenuta incapacità di compiere atti elementari della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, ecc.) nel corso della durata contrattuale, prevedendo generalmente, in tal caso, l'erogazione di una rendita vitalizia rivalutabile – finalizzata a far fronte alle sopravvenute spese di cura e assistenza – a fronte di un versamento unico o annuale. La stessa copertura può riguardare la persona con disabilità per il rischio di riduzione ulteriore dell'autonomia.

I. Assicurazione infortuni

Tale assicurazione copre le conseguenze economiche che può avere un infortunio sulla integrità fisica dell'assicurato¹¹. Le conseguenze di un infortunio – e le relative prestazioni liquidate dall'impresa assicuratrice – sono ricondotte a tre categorie: l'invalidità permanente – ossia danni subiti non reversibili e tali da impedire attività lavorative e calcolata con un valore percentuale che corrisponde al tipo di menomazione a cui corrisponde il danno mediante tabelle riportate nel contratto – prevede generalmente una prestazione di capitale; l'invalidità temporanea è la perdita della capacità lavorativa per un lasso limitato di tempo e prevede generalmente una diaria che copre i giorni di lavoro persi dall'assicurato; il decesso per infortunio prevede invece un risarcimento o una rendita per il beneficiario indicato nella polizza.

J. Assicurazione malattia

Le assicurazioni malattia risarciscono l'assicurato della perdita in termini di reddito causata dalla malattia, ovvero delle spese mediche sostenute. I tipi di risarcimento che le polizze malattia possono prevedere sono: un indennizzo

¹¹ L'infortunio deve derivare da un evento non prevedibile né controllabile (quindi fortuito) ed esterno all'assicurato, di carattere violento e che procuri lesioni fisiche osservabili e misurabili. Generalmente, sotto la definizione di infortunio ricadono anche annegamento, assideramento, lesioni muscolari, asfissia causata da gas o vapori, colpi di sole o di calore, infezioni non legate a malattie, avvelenamenti per morsi o punture di animali, ernie addominali e, con apposite clausole inserite nella polizza, possono essere compresi anche gli incidenti di mezzi pubblici, i tumulti e rivolte popolari, la pratica sportiva e le calamità naturali come cause di infortuni risarcibili. Generalmente le polizze infortuni non risarciscono i danni causati da una colpa dell'assicurato, a meno dell'introduzione di clausole che li ricomprendano.



(capitale) nel caso in cui la malattia provochi invalidità permanente; una diaria su base giornaliera per il ricovero ospedaliero (o, in determinati casi, per la convalescenza post-ricovero); il rimborso delle spese mediche, che può coprire anche l'intervento chirurgico o l'acquisto dei medicinali. Le polizze possono prevedere determinate esclusioni, come le cure dentistiche o gli interventi di chirurgia estetica.

K. Assicurazione contro i danni all'abitazione

Le assicurazioni sulla casa comprendono i possibili danni all'abitazione o al suo contenuto¹². Possono prevedere anche altre coperture: la copertura di responsabilità civile, per tutti i danni che l'immobile o le sue parti possono causare ad altri (in caso di condominio con altre abitazioni, si tratta di una polizza "globale fabbricati", stipulata dall'amministratore di condominio anche a copertura della responsabilità civile dei danni a terzi sia per gli spazi comuni, sia per gli appartamenti privati) oppure la copertura di tutela giudiziaria, per le spese causate da tutte le controversie giudiziarie legate alla propria abitazione.

L. Assicurazione di responsabilità civile contro i danni a terzi

La copertura della responsabilità civile contro danni a terzi si completa con la copertura dei rischi che l'assicurato stesso o i suoi familiari (coniuge convivente o convivente more uxorio, altri familiari, parenti ed affini con loro conviventi) possono involontariamente causare nel quotidiano quali civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento – capitale, interessi e spese – di danni involontariamente cagionati a terzi, per morte, per lesioni personali e per danneggiamenti a cose in conseguenza di un fatto accidentale verificatosi in relazione ai fatti della vita privata. La garanzia vale anche per la responsabilità civile che possa derivare da fatto doloso di persone delle quali debba rispondere, nonché dei collaboratori domestici – anche a tempo determinato (baby-sitter, persone alla "pari").

¹² In particolare, l'assicurazione contro i furti risarcisce i danni da furto compiuto violando le difese esterne o usando chiavi rubate o smarrite se non sono passati troppi giorni dalla denuncia, oppure anche quando il furto avviene mentre c'è qualcuno in casa, ma generalmente applicando uno scoperto. L'assicurazione ripaga anche le serrature, i vetri rotti e gli altri danni provocati, nonché – con alcune limitazioni – opere d'arte, pellicce, gioielli, argenteria o valori. L'assicurazione contro gli incendi copre anche i danni dovuti a fulmini, tempeste, esplosioni e implosioni, fumi, gas e vapori, eventi atmosferici come neve, grandine o gelo nonché, con apposite estensioni della copertura, anche le calamità naturali. Si possono assicurare solo il fabbricato e le sue pertinenze o anche il contenuto. L'assicurazione copre anche i danni da fenomeno elettrico (fulmini, scariche o cali di tensione), a parti del fabbricato (gli impianti elettrici) e al contenuto (elettrodomestici, arredamento, ecc.), e i danni da acqua se provocati da guasto o rottura accidentale, con eventuale copertura dei danni indiretti dovuti alle spese per la ricerca e la riparazione del guasto.

Come anticipato in premessa, oltre all'obiettivo di migliorare e approfondire la consapevolezza sulla disponibilità di soluzioni assicurative adeguate ai bisogni delle persone con disabilità, in questo documento si pone anche come punto di partenza di possibili ulteriori iniziative, da sviluppare eventualmente con la collaborazione delle organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità, in tre direzioni:

1. produzioni di basi dati;
2. individuazione e promozione di meccanismi in grado di facilitare l'incontro tra la domanda di soluzioni assicurative e la corrispondente offerta delle imprese;
3. elaborazione di proposte comuni riguardanti norme a favore delle persone con disabilità.

3.1 Produzione di basi dati

In Italia, la disponibilità di basi dati statistiche relative alle persone con disabilità è attualmente insufficiente e ciò rende difficile per le imprese di assicurazione proporre soluzioni assicurative adeguate. Inoltre, anche il fatto che la domanda si concretizzi in modo occasionale e frammentato rende difficile la formazione di un'offerta.

Per queste ragioni, ANIA e Fondazione Cariplo – con l'egida delle organizzazioni rappresentative delle persone con disabilità – potrebbero richiedere all'Istituto Nazionale di Statistica la produzione di basi dati più aggiornate e più precise di quelle attualmente esistenti, in modo da consentire una migliore valutazione delle prospettive di vita residua delle persone con disabilità e, di conseguenza, la fissazione di costi assicurativi più equi. Tale raccolta di dati potrebbe estendersi a patologie particolarmente diffuse tra la popolazione anziana, costituendo dati statistici utili anche per finalità assicurative più generali.

3.2 Meccanismi di facilitazione dell'incontro tra domanda e offerta

La domanda di prodotti specifici per le esigenze delle persone con disabilità – come quelli illustrati nei capitoli precedenti – è piuttosto bassa e ciò determina la mancanza di un mercato effettivo che consenta di raggiungere le economie di scala necessarie per una gestione non deficitaria di prodotti "su misura". Di conseguenza, anche la seppur contenuta domanda rimane insoddisfatta, non trovando spesso riscontro in prodotti adeguati alle specifiche esigenze delle persone con disabilità. Tale criticità potrebbe essere attenuata, anche grazie al contributo dei soggetti promotori del presente documento – Fondazione Cariplo e ANIA – sia nell'aggregazione della domanda che nello sviluppo dell'offerta.

Dal lato delle persone con disabilità, Fondazione Cariplo – con il possibile coinvolgimento del settore pubblico con funzione incentivante – potrebbe promuovere uno sforzo di organizzazione e aggregazione della domanda in senso collettivo, grazie al ruolo attivo e al coinvolgimento delle associazioni rappre-



sentative delle persone con disabilità e delle loro famiglie. La rete di tali associazioni potrebbe aggregare gruppi d'acquisto sufficientemente numerosi di prodotti dedicati, in modo da raggiungere una massa critica tale da stimolare la commercializzazione degli stessi prodotti da parte di imprese che si rendono disponibili. In questo senso, Fondazione Cariplo potrebbe sostenere la realizzazione di un progetto sperimentale su scala locale individuando una o più organizzazioni in grado di svolgere un ruolo di sensibilizzazione, informazione e raccolta delle disponibilità a sottoscrivere coperture da parte delle singole persone con disabilità o dei loro familiari. L'ANIA potrebbe favorire la sensibilizzazione delle imprese associate interessate al tema in oggetto – in modo da garantire anche una pluralità di offerte – sfruttandone la sensibilità sociale e la possibilità di dedicare a tale attività risorse e disponibilità da documentare nel proprio bilancio sociale, ivi inclusa la messa a disposizione di consulenti in grado di fornire adeguate informazioni sulle caratteristiche delle soluzioni assicurative predisposte.

Tale prospettiva porterebbe senz'altro vantaggi per gli utenti finali delle soluzioni assicurative. L'aggregazione della domanda in collettività e le relative forme di convenzionamento determinano generalmente la riduzione dei costi assicurativi in senso stretto, l'abbattimento di costi amministrativi rispetto a prodotti individuali nonché, mettendo direttamente in contatto i gruppi d'acquisto con le imprese assicuratrici disponibili all'offerta, il contenimento o l'annullamento dei costi per la remunerazione delle reti distributive.

I vantaggi potrebbero inoltre riguardare anche i prodotti di risparmio garantito per l'impiego di patrimoni intestati – o comunque a disposizione della persona con disabilità – consentendo di realizzare anche prodotti con maggiore redimibilità.

3.3 Elaborazione e promozione di proposte normative

Ulteriori possibili iniziative comuni potrebbero concretizzarsi nell'elaborazione di proposte di norme o interventi legislativi, anche di carattere fiscale, a favore delle persone con disabilità, come ad esempio:

- > detraibilità integrale del 19% dei versamenti – quindi oltre l'attuale plafond di 1.291 euro previsto dalla legge e limitato ai versamenti per sé o per i familiari a carico – in coperture assicurative sulla vita o sulla salute di persone con disabilità o dei loro familiari;
- > deducibilità dei versamenti in piani di risparmio previdenziale finalizzati al sostentamento vitalizio della persona con disabilità;
- > esclusione (eventualmente in forma parziale) delle somme erogate da imprese di assicurazione a favore delle persone con disabilità (ad es. rendite vitalizie) dall'ISEE – Indicatore della Situazione Economica Equivalente – ai fini dell'accesso alle prestazioni offerte dagli enti locali e dell'eventuale compartecipazione al loro costo;
- > riduzione della tassazione sui premi delle coperture assicurative contro i danni (infortuni, malattia, abitazione) attivate da persone con disabilità o dalle loro famiglie.

Le proposte potrebbero essere promosse dalle associazioni rappresentative delle persone con disabilità e supportate dalla Fondazione CARIPLO e dall'ANIA che fornirebbero anche un servizio di consulenza legale o fiscale in sede di definizione delle proposte.

APPENDICE 1 – ALTRI ESEMPI DI SOLUZIONI ASSICURATIVE

Di seguito sono riportati ulteriori esempi numerici delle soluzioni assicurative già illustrate nel documento.

Tabella A1 – Assicurazione temporanea caso morte: esempi ulteriori

Esempio Capitale assicurato – 200.000 € Durata – 20 anni				
Forma assicurativa	Età			Versamento annuo (€)
	padre	madre	figlio	
A1	45			1.100
A1	65			7.100
A2	40			380
A2	60			2.500
B1	45	40		1.400
B1	65	60		8.500
B2	45	40		4.000
B2	65	60		12.300
B3	45	40	15	1.900
B3	65	60	35	14.400
C1	45	40		60
C1	65	60		1.600
C2	45	40		70
C2	65	60		2.300

Note A1, A2: assicurazione temporanea caso morte individuale; B1: assicurazione temporanea caso morte al primo decesso; B2: assicurazione temporanea caso morte al primo decesso con controassicurazione; B3: assicurazione temporanea caso morte al primo decesso con interruzione della copertura e restituzione dei versamenti in caso di decesso del figlio con disabilità; C1: assicurazione temporanea caso morte al secondo decesso; C2: assicurazione temporanea caso morte al secondo decesso più esonero pagamento premi al primo decesso.

Ipotesi: Mortalità genitori ISTAT 2002, mortalità figlio con disabilità ISTAT 2002 maggiorata del 20%. Tasso d'interesse già incluso nella prestazione assicurata 3%, costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro (o alle decine di euro se inferiori a 1.000 €).


Tabella A2 – Assicurazione caso morte vita intera: esempi ulteriori

Esempio										
				Capitale assicurato		- 150.000 €				
				Durata pagamento premi		- 20 anni				
Forma assicurativa	Età		Versamento annuo (€)	Versamenti totali (€)	Capitale assicurato			Riscatto		
	padre	madre			dopo 20 anni	dopo 25 anni	dopo 30 anni	dopo 20 anni	dopo 25 anni	dopo 30 anni
D1	45		5.500	138.900	244.000	275.600	311.300	191.200	227.400	268.700
D1	65		8.700	221.600	244.000	275.600	311.300	225.900	260.500	299.300
D2	40		4.600	117.000	244.000	275.600	311.300	169.100	203.600	244.400
D2	60		6.500	164.300	244.000	275.600	311.300	212.900	250.800	291.400
E	45	40	5.700	144.700	244.000	275.600	311.300	194.900	231.200	272.400
E	65	60	9.500	240.600	244.000	275.600	311.300	227.800	262.300	300.300
F	45	40	4.400	111.800	244.000	275.600	311.300	165.400	199.900	240.700
F	65	60	6.000	152.900	244.000	275.600	311.300	211.000	248.900	290.300

Note D1, D2: assicurazione caso morte a vita intera individuale; E: assicurazione caso morte a vita intera al primo decesso; F: assicurazione caso morte a vita intera al secondo decesso.

Ipotesi: Mortalità ISTAT 2002. Tasso d'interesse già incluso nella prestazione iniziale 1,5%, tasso di rivalutazione 4%, costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro.

Tabella A3 – Assicurazione di rendita immediata: esempi ulteriori

Esempio													
				Rendita vitalizia annua iniziale								- 12.000 €	
Età figlio	Incidenza della disabilità	Versamento unico (forma G1)	Versamento unico (forma G2)	Rendita vitalizia				Capitale caso morte (solo forma con controassicurazione)					
				dopo 10 anni	dopo 15 anni	dopo 20 anni	dopo 25 anni	dopo 10 anni	dopo 15 anni	dopo 20 anni	dopo 25 anni		
35	Contenuta	364.000	376.600	15.300	17.300	19.500	22.000	256.600	196.600	136.600	76.600		
35	Significativa	313.500	332.100	15.300	17.300	19.500	22.000	212.100	152.100	92.100	32.100		
35	Rilevante	237.800	264.800	15.300	17.300	19.500	22.000	144.800	84.800	24.800	-		
55	Contenuta	229.700	250.000	15.300	17.300	19.500	22.000	130.000	70.000	10.000	-		
55	Significativa	198.800	176.700	15.300	17.300	19.500	22.000	56.700	-	-	-		
55	Rilevante	130.800	110.900	15.300	17.300	19.500	22.000	-	-	-	-		

Pro memoria – G1: rendita vitalizia immediata; G2: rendita vitalizia immediata con controassicurazione.

Ipotesi: Mortalità IPS55 per rendite differite senza age-shifting. Riduzione dell'aspettativa di vita in relazione all'incidenza della disabilità: contenuta 15%, significativa 30%, rilevante 50%. Tasso d'interesse già incluso nella rendita iniziale 1,5%, tasso di rivalutazione 4%, costi nulli. Importi di premio arrotondati alle centinaia di euro.

APPENDICE 1 – ALTRI ESEMPI DI SOLUZIONI ASSICURATIVE

Tabella A4 – Assicurazione di rendita differita: esempi ulteriori

Esempio							
Rendita vitalizia annua iniziale		– 12.000 € (al termine piano versamenti)					
Durata versamenti annui		– 20 anni					
Età figlio	Incidenza della disabilità	Versamento annuo iniziale (€)	Versamenti totali (€)	Rendita annua (€)			
				a scadenza piano versamenti	dopo 10 anni	dopo 20 anni	dopo 30 anni
15	Contenuta	9.500	242.300	12.000	15.300	19.500	24.900
15	Significativa	8.200	208.200	12.000	15.300	19.500	24.900
15	Rilevante	6.200	156.700	12.000	15.300	19.500	24.900
35	Contenuta	6.000	152.500	12.000	15.300	19.500	24.900
35	Significativa	4.600	116.800	12.000	15.300	19.500	24.900
35	Rilevante	2.800	72.000	12.000	15.300	19.500	24.900

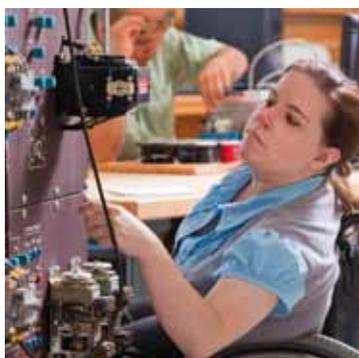
Ipotesi: Mortalità IPS55 per rendite differite senza age-shifting, con aspettative di vita ridotte in funzione dell'incidenza della disabilità: 15% per incidenza contenuta, 30% per incidenza significativa, 50% per incidenza rilevante. Tasso d'interesse già incluso nella rendita iniziale 1,5%, tasso di rivalutazione 4%, costi nulli. Importi arrotondati alle centinaia di euro.





I dati complessivi*

I dati disponibili dalle statistiche nazionali italiane si riferiscono in buona parte all'indagine svolta dall'ISTAT nel 2009, recante dati aggiornati per lo più al 2004–2005. In base alle stime ottenute dall'indagine svolta dall'Istituto, emergeva la presenza in Italia di persone con disabilità pari a 2 milioni 600 mila, circa il 4,8% circa della popolazione di 6 anni e più che vive in famiglia. Considerando anche le persone residenti nei presidi socio-sanitari si giungeva ad una stima complessiva di poco meno di 2 milioni 800 mila persone con disabilità. La stima si basava su un criterio molto restrittivo di disabilità, quello secondo cui vengono considerate persone con disabilità unicamente quelle che nel corso dell'intervista hanno riferito una totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana. Considerando in generale le persone che avevano manifestato una apprezzabile difficoltà nello svolgimento di queste funzioni, la stima saliva a 6 milioni 606 mila persone, pari al 12% della popolazione che vive in famiglia con età superiore ai 6 anni, dato in linea con quello rilevato nei principali paesi industrializzati. Sfuggono tuttavia a tale computo le persone che, soffrendo di una qualche forma di disabilità non fisica ma mentale, sono in grado di svolgere le suddette attività essenziali della vita quotidiana. È peraltro anche possibile che dati fondati sulla autovalutazione soggettiva (l'assenza di un riscontro oggettivo da parte di un soggetto terzo) porti ad una sopravvalutazione del fenomeno.



Occorre precisare che la definizione di disabilità non è universale. Essa infatti cambia a seconda della rilevazione statistica e di chi la effettua e, spesso, si usano in modo impreciso termini come disabile, handicappato, invalido, inabile e così via. Ad esempio, disabilità e invalidità sono due concetti differenti: il primo fa riferimento alla capacità della persona di espletare autonomamente (anche se con ausili) le attività fondamentali della vita quotidiana e si riconduce alla legge 104 del 1992, il secondo rimanda al diritto di percepire un beneficio economico in conseguenza di un danno biologico indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza, e fa riferimento alla legge 118 del 1971. Considerare dati provenienti da diverse fonti al fine di fornire una stima complessiva del numero delle persone con disabilità è possibile a patto che si tenga conto che si tratta in realtà di persone individuate con parametri diversi. L'ISTAT adotta la definizione di disabilità proposta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nella Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e

* Contenuti tratti dal sito ISTAT www.disabilitaincifre.it



Handicap (1980). Il punto focale di tale classificazione è la sequenza di definizioni che porta dalla menomazione all'handicap: la menomazione è il danno biologico che una persona riporta a seguito di una malattia (congenita o meno) o di un incidente; la disabilità è l'incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana a seguito della menomazione, l'handicap è lo svantaggio sociale che deriva dall'aver una disabilità. Così, ad esempio, una persona su sedia a rotelle è sicuramente disabile, ma potrebbe potenzialmente non essere handicappata se al mondo venissero eliminate tutte le barriere architettoniche, cosicché non gli verrebbe precluso l'accesso a nessun settore della vita sociale. È evidente che, in tale accezione, si può contare il numero delle persone con disabilità, ma non degli handicappati; la condizione di handicap è prettamente soggettiva e dipende dalle aspettative di vita e esigenze della persona stessa.

In secondo luogo, nella rilevazione delle persone con disabilità, occorre tener conto delle diverse tipologie di disabilità. È molto più difficile rilevare le disabilità mentali rispetto a quelle fisiche per la presenza di resistenze e pregiudizi culturali che spingono le persone direttamente interessate o i loro familiari a non entrare in contatto con i servizi pubblici competenti o a non rispondere in modo appropriato alle domande presenti in ricerche e indagini. A ciò si aggiungono le maggiori difficoltà nell'individuare degli strumenti statistici idonei a rilevare le disabilità mentali rispetto agli altri tipi di disabilità. Inoltre, la stima del numero dei bambini disabili è difficoltosa perché gli strumenti di rilevazione utilizzati dall'Istat consentono di rilevare informazioni solo sui bambini a partire dai 6 anni di età.

In terzo luogo, va detto che il sistema di certificazione della disabilità non è strutturato al fine di raccogliere su supporto informatico dati utili e coerenti su base nazionale.

Infine, va considerato che in Italia non esiste un censimento delle persone con disabilità per vari motivi come la reticenza delle persone a riconoscere tale condizione soprattutto in caso di disabilità mentale e la natura di "quesiti sensibili" che caratterizzerebbe un'indagine accurata in questo ambito, con la conseguente difficoltà nel porre i quesiti relativi alla condizione di disabilità.

Nell'indagine sulla salute non sono compresi i bambini fino a 5 anni, in quanto lo strumento utilizzato non è idoneo a fornire indicazioni utili per questa fascia di popolazione. È possibile stimare il numero di bambini con disabilità utilizzando i dati provenienti dalle certificazioni scolastiche e facendo alcune ipotesi semplificative riguardo al trend della disabilità nella prima infanzia. Dai dati provenienti dal Sistema informativo del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (SIMPI) la prevalenza di bambini con disabilità che frequentano la prima classe elementare è pari all'1,32%. Inoltre alcuni studi specifici stimano una prevalenza alla nascita di bambini con disabilità pari all'1%. Se ipotizziamo un trend lineare nell'aumento della prevalenza di disabilità da 0 a 6 anni, e consideriamo come punto di partenza la prevalenza alla nascita dell'1% e di arrivo la prevalenza a 6 anni dell'1,32%, possiamo stimare, complessivamente, un numero di bambini con disabilità fra 0 e 5 anni pari a quasi 42.500.

APPENDICE 2 – LE CIFRE DELLA DISABILITÀ IN ITALIA

La distribuzione delle persone con disabilità per età, sesso e area geografica

La presenza di disabilità è ovviamente correlata all'età: tra le persone di 65 anni o più la quota di popolazione con disabilità è del 18,7%, e raggiunge il 44,5% (35,8% per gli uomini e 48,9% per le donne) tra le persone di 80 anni e più. I tassi di disabilità evidenziano una differenza di genere a svantaggio di quello femminile: in rapporto al totale della popolazione, le donne hanno un tasso di disabilità del 6,1% mentre gli uomini del 3,3%. Tale fenomeno è determinato in buona parte dall'evoluzione demografica, che ha causato un forte invecchiamento della popolazione, caratterizzato da una crescita della speranza di vita alla nascita per tutta la popolazione, ma in misura maggiore per le donne. Nell'analisi della distribuzione territoriale emerge un differenziale tra l'Italia settentrionale e quella meridionale ed insulare. In particolare si osserva un tasso di disabilità del 5,7% nell'Italia insulare e del 5,2% nell'Italia Meridionale, mentre tale tasso scende al 4,2% nell'Italia Nord-Orientale e al 4,3% nell'Italia Nord-Occidentale. Nell'Italia Centrale si ha un tasso di disabilità del 4,9%. La stessa struttura geografica si osserva per gli uomini e per le donne.

Le macro-tipologie di disabilità

Dall'indagine sulle condizioni di salute è possibile identificare 4 macro-tipologie di disabilità: confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle o in casa), disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare), disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi), disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare). Quella più grave è rappresentata dal confinamento. Risulta confinato il 2,1% della popolazione di 6 anni e più; tra le persone di 80 anni e più la quota raggiunge circa il 22,3% (16,1% maschi e 25,5% femmine). In merito alle altre macro-tipologie, si rileva che il 2,3% delle persone di 6 anni e più presenta disabilità nel movimento, con quote significative dopo i 75 anni. Circa il 3% della popolazione di 6 anni e più presenta invece difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane, cioè ha difficoltà ad espletare le principali attività di cura della propria persona, anche in questo caso con percentuali significative oltre i 75 anni. Le difficoltà nella sfera della comunicazione, quali l'incapacità di vedere, sentire o parlare, coinvolgono circa l'1,1% della popolazione di 6 anni e più.

Le condizioni di vita delle persone con disabilità

Il 31,9% delle persone con disabilità vive da sola e la gran parte di queste persone è costituita da donne anziane vedove. L'età media delle persone con disabilità che vivono sole è di 78,2 anni per gli uomini e 81,3 per le donne – nel resto della popolazione le età medie sono molto più basse, 50,8 anni per gli uomini e 63,2 anni per le donne (ISTAT 2004-05). La famiglia rappresenta uno dei punti di riferimento essenziali per le persone con disabilità, infatti il 68,2% degli aiuti ricevuti provengono da parenti più o meno stretti. In generale, gli aiuti sono prevalentemente legati all'attività domestica (32,1% di tutti gli aiuti) e all'assistenza (28,2%), mentre sono molto meno frequenti quelli di carattere economico (4,4%), (ISTAT 2003). Tra le persone con disabilità il 20,9% non ha alcun titolo di studio, tale quota è maggiore tra le donne, per le quali è pari al 25,1%, mentre



tra gli uomini ammonta al 12,6%. Notevole è lo svantaggio rispetto al resto della popolazione di 15 anni e più, nella quale coloro che sono senza titolo di studio è pari al 4,3%; il divario permane anche considerando le fasce di popolazione più giovani, per esempio nella classe di età 15–44 anni il 16,0% degli individui con disabilità non ha conseguito alcun titolo di studio, tale quota rappresenta solo l'1,8% nel resto della popolazione della stessa classe di età, (ISTAT 2004–05). I dati sugli studenti con disabilità iscritti all'Università statale registrano un trend in crescita, infatti nell'anno accademico 2000–01 erano 4.813, nell'anno accademico 2005–06 questo valore ha raggiunto i 10.126 studenti, con un incremento pari al 52%. Secondo i dati ISTAT, risultano occupate meno del 18% delle persone con disabilità in età lavorativa, contro poco più del 54% delle persone non disabili. Analizzando i dati per classi di età si vede come nella fascia 15–44 anni la percentuale delle persone con disabilità occupate è del 18,4% (22,3% tra i maschi e il 13,9% tra le femmine di pari età). Più basse, tranne in pochi casi, le percentuali di coloro che dichiarano di essere occupati tra i 45 e i 64 anni; tale percentuale raggiunge infatti il 17,0% (24,6% tra i maschi e 10,4% tra le femmine) (ISTAT 2004–05). La percentuale degli inabili al lavoro è del 21,8% sul totale delle persone con disabilità, tra i giovani–adulti (15–44 anni) la stessa percentuale risulta molto elevata, pari al 50,9%, mentre tra coloro che hanno 45–64 anni il valore scende al 39,0%, (ISTAT 2004–05).



Lo stato di salute delle persone può essere analizzato sia sotto l'aspetto soggettivo di percezione della propria salute, sia sotto il profilo epidemiologico. Tra le persone con disabilità il 55,7% percepisce di stare male/molto male, mentre il 9,3% si sente bene o molto bene, nel resto della popolazione le quote sono, rispettivamente, il 3,7% e il 66,8%, (ISTAT 2004–05). Sotto il profilo epidemiologico la disabilità è fortemente associata a forme patologiche di tipo cronico-degenerativo: tra le persone con disabilità infatti, la quota di coloro che sono affetti da malattie croniche gravi (59,4%) o sono multicronici (60,8%) è sensibilmente superiore a quanto si osserva nel resto della popolazione (rispettivamente 11,6% e 11,8%), (ISTAT 2004–05). Le differenze tra le due popolazioni permangono nel momento in cui si analizzano i quozienti per età. Le differenze maggiori si riscontrano nelle classi di età 45–64 e 65–74 dove le differenze tra le due popolazioni si aggirano attorno ai 30 punti percentuali. La prevalenza di malattie croniche gravi nella popolazione con disabilità tra i 45 e i 64 anni è pari al 43,8%, mentre in quella tra i 65 e i 74 anni è del 64,2%, nella popolazione senza disabilità si raggiunge, invece, una prevalenza rispettivamente, del 14,4% e del 32,4%, (ISTAT 2004–05).

La spesa per la Protezione Sociale del totale delle istituzioni è stata nel 2007 pari a 395.516 milioni di euro (ISTAT, 2007). Al 31 dicembre 2008 i percettori di pensione per persone con disabilità erano poco meno di 4 milioni e 700 mila (ISTAT, 2010).

Persone affette da autismo

L'autismo è una sindrome caratterizzata da un debole sviluppo delle capacità relazionali: le capacità di comprendere e comunicare sono indebolite, gli interessi dei soggetti sono molto ristretti e ripetitivi.

Shavelle e Strauss (1998) hanno svolto un'analisi finalizzata ad effettuare una comparazione tra i tassi di mortalità della popolazione generale e quelli delle persone affette da autismo, utilizzando dati riferiti alla California (11.347 soggetti osservati) in un arco temporale che va dal 1980 al 1996.

I risultati dell'analisi statistica sono illustrati nella tabella A5.

Le persone affette da autismo hanno in tutte le classi di età speranze di vita inferiori rispetto alla popolazione generale. Le differenze, in termini di minori aspettative di vita rispetto alla popolazione generale, sono sensibilmente più basse per i maschi – con un trend crescente da meno del 10% a età 5 anni fino ad oltre il 30% a 85 anni – fino alle classi di età intorno a 60 anni. Per le femmine, invece – la cui differenza rispetto alla speranza di vita della popolazione generale ha un trend più costante – oltre i 60 anni la medesima differenza è inferiore e tende ad annullarsi alle età estreme.

¹³ A cura di Luca Beltrametti ed Elena Cerisola.

I contenuti di questa Appendice sono stati raccolti nell'ambito del progetto "Oltre la famiglia: strumenti per l'autonomia dei disabili", finanziato dalla Fondazione CARIPLO e pubblicato nella collana Quaderni dell'Osservatorio della Fondazione Cariplo (n.4). Gli autori non sono esperti di problematiche mediche; essi hanno realizzato questa rassegna – che riporta alcune evidenze empiriche disponibili a livello internazionale, soprattutto negli USA – allo scopo di fornire alcune prime indicazioni utili a cogliere l'ordine di grandezza delle differenze nelle vite attese delle persone con gravi disabilità – quali l'autismo, i traumi al cervello, la paralisi cerebrale, le lesioni della spina dorsale e la sindrome di down – rispetto alla popolazione generale nell'ottica di poter determinare rendite vitalizie con assicurata e beneficiaria la persona con disabilità che, basandosi su più brevi aspettative di vita, giustificano trattamenti più favorevoli a parità di costo, come prospettato nel presente documento, o della cessione da parte della stessa persona della nuda proprietà.

In coda sono infine riportati alcuni riferimenti bibliografici riguardanti studi e articoli sull'argomento – tra i quali quelli da cui sono stati desunti i dati di seguito illustrati – distinti per tipo di patologia.



Tabella A5 – Speranza di vita delle persone affette da autismo

Età	Maschi				Femmine			
	Autistici		Pop. generale	Differenza speranza di vita % A/B-1	Autistici		Pop. generale	Differenza speranza di vita % A/B-1
	Tassi di mortalità (x1000)	Speranza di vita (A)	Speranza di vita (B)		Tassi di mortalità (x1000)	Speranza di vita	Speranza di vita	
5	0,9	62,0	68,1	9,0%	1,9	62,5	74,8	16,4%
10	1,3	57,3	63,2	9,3%	1,8	58,1	69,9	16,9%
15	2,1	52,6	58,3	9,8%	3,8	53,6	65	17,5%
20	2,7	48,2	53,7	10,2%	3,8	49,6	60,2	17,6%
25	3,0	43,8	49,1	10,8%	4,0	45,4	55,4	18,1%
30	3,7	39,4	44,5	11,5%	4,7	41,3	50,4	18,1%
35	4,7	35,1	40,0	12,3%	5,7	37,2	45,4	18,1%
40	5,8	30,9	35,5	13,0%	6,9	33,2	40,9	18,8%
45	7,8	26,7	31,1	14,1%	9,1	29,3	36,2	19,1%
50	11,5	22,6	26,8	15,7%	12,8	25,6	31,6	19,0%
55	18,2	18,8	22,7	17,2%	17,7	22,1	27,2	18,8%
60	28,3	15,4	18,9	18,5%	23,8	18,9	23,1	18,2%
65	42,8	12,3	15,4	20,1%	31,2	16,0	19,2	16,7%
70	62,8	9,7	12,4	21,8%	41,3	13,2	15,5	14,8%
75	94,0	7,3	9,6	24,0%	54,7	10,7	12,2	12,3%
80	145,9	5,3	7,2	26,4%	78,6	8,3	9,2	9,8%
85	278,6	3,6	5,3	32,1%	164,5	6,1	6,6	7,6%

Fonte: Shavelle et al, 1998. (1992 U.S. Life tables)

Persone con disabilità da trauma al cervello

La disabilità da trauma al cervello deriva da lesioni le cui cause più comuni sono incidenti automobilistici, incidenti sportivi, cadute o l'aver subito aggressioni. Nei casi più gravi, le conseguenze possono consistere nell'incapacità totale di muoversi autonomamente, fino alla riduzione in stato vegetativo permanente. La riduzione della speranza di vita rispetto al normale dipende dalla gravità dell'handicap derivante dal trauma.

Nello studio di Shavelle, Strauss, Day e Ojdana (2007) condotto in California si è cercato di calcolare la speranza di vita dal momento in cui le condizioni del soggetto si sono stabilizzate. La ricerca si basa sui dati riguardanti 1.723 persone di tutte le età e 3.598 persone sopra i 10 anni. Per calcolare i tassi di mortalità annuali si è usata una regressione logistica; le variabili utilizzate sono state: età, sesso, tempo trascorso dall'incidente, livello di abilità nell'alimentarsi e nel camminare. I risultati sono riassunti nella tabella A6.

APPENDICE 3 – LA SPERANZA DI VITA: UNA RASSEGNA

La riduzione nelle aspettative di vita è molto rilevante per le persone con disabilità in PVS (stato vegetativo permanente) – ad esempio, le persone in PVS hanno un’aspettativa di vita inferiore di circa l’80% rispetto ad un soggetto senza disabilità – fino ad arrivare a differenziali più ridotti, nell’ordine del 10–15%, per le persone con disabilità capaci di camminare autonomamente. In via generale, i differenziali sono mediamente più elevati per le femmine che per i maschi.

Tabella A6 – Speranza di vita delle persone con disabilità a seguito di trauma al cervello

Maschi

Età	Speranza di vita (val. assoluti)						Differenziale di minore speranza di vita rispetto alla popolazione generale (%)				
	Disabili da trauma al cervello					Pop. gen.	PVS	Non deambulanti		Capacità di mov. parziale	Capacità di cammin.
	PVS	Non deambulanti		Capacità di mov. parziale	Capacità di cammin.			Alim. da altri	Autoal.		
10	12	27	46			50	56	64,3	81%	58%	28%
20	11	26	40	45	50	54,7	80%	52%	27%	20%	10%
30	10	22	33	37	42	45,4	78%	52%	27%	19%	10%
40	9	16	25	26	31	36,2	75%	56%	28%	23%	12%
50	7	11	19	18	23	27,4	74%	60%	31%	27%	16%

Femmine

Età	Speranza di vita (val. assoluti)						Differenziale di minore speranza di vita rispetto alla popolazione generale (%)				
	Disabili da trauma al cervello					Pop. gen.	PVS	Non deambulanti		Capacità di mov. parziale	Capacità di cammin.
	PVS	Non deambulanti		Capacità di mov. parziale	Capacità di cammin.			Alim. da altri	Autoal.		
10	12	27	46			57	62	70,0	83%	61%	34%
20	11	26	40	48	53	60,2	82%	57%	34%	20%	10%
30	10	22	33	41	45	50,5	80%	56%	35%	19%	9%
40	9	16	26	31	36	41,0	78%	61%	37%	24%	12%
50	7	11	20	23	27	31,7	78%	65%	40%	27%	15%

Fonte: Shavelle RM, Delaney CS (2010). Evidence-based life expectancy and the physician. *International Journal of Child Health and Human Development*



Persone con disabilità da paralisi cerebrale

Paralisi cerebrale è un termine utilizzato per descrivere una certa gamma di anomalie nello sviluppo motorio derivanti da lesioni o da altre anomalie cerebrali. Il relativo danno cerebrale è caratterizzato da paralisi, spasticità o un controllo anomalo del movimento o della postura. La paralisi cerebrale è la causa più comune dei casi di grave disabilità fisica insorti per lesioni al cervello nel periodo prenatale o nei neonati, la sua incidenza è in aumento a seguito dell'incremento dei tassi di sopravvivenza dei bambini nati prematuri con un peso molto basso. I fattori principali da analizzare nella speranza di vita dei soggetti affetti da paralisi cerebrale sono le funzioni motorie e l'alimentazione. I bambini che hanno piena capacità di movimento e di auto-alimentazione, ad esempio, hanno speranze di vita inferiori ma non in maniera rilevante rispetto alla popolazione generale. Nella tabella A7 sono indicate le speranze di vita di soggetti colpiti da paralisi cerebrale in funzione degli effetti della disabilità (in grado o meno di muovere la testa, soggetti su sedia a rotelle). I valori assoluti di speranza di vita alle varie età non sembrano dipendere in modo rilevante dal sesso: le femmine mostrano valori leggermente superiori, in proporzione con quanto osservato nella popolazione generale. Le persone con paralisi grave che impedisce di muovere la testa hanno aspettative di vita limitate (inferiori a 20 anni per tutte le età da 15 a 45 anni). La speranza di vita aumenta sensibilmente per le persone che, pur essendo sulla sedia a rotelle, possono alimentarsi da sole e ancora di più per quelle che risultano autonome, per le quali la riduzione nelle aspettative di vita va, a seconda dell'età, da circa un terzo a circa un quarto in meno rispetto alla popolazione generale. Le persone con paralisi cerebrale capaci di camminare, infine, mostrano aspettative di vita ridotte ancora meno, pari a circa il 16-20% di quelle della popolazione generale.



APPENDICE 3 – LA SPERANZA DI VITA: UNA RASSEGNA

Tabella A7 – Speranza di vita delle persone con disabilità da paralisi cerebrale

Maschi

Età	Speranza di vita (val. assoluti)									Differenziale di minore speranza di vita rispetto alla popolazione generale (%)							
	Disabili con paralisi cerebrale								Pop. gen.								
	Non muovono la testa		Muovono la testa		Su sedia a rotelle			Cap cam		Non muovono la testa		Muovono la testa		Su sedia a rotelle			Cap cam
	AdS	AdA	AdS	AdA	AdS	AdA	Aut.			AdS	AdA	AdS	AdA	AdS	AdA	Aut.	
15	13	16	16	20	19	32	45	51	60,6	79%	74%	74%	67%	69%	47%	26%	16%
30	14	19	15	24	16	31	35	39	46,5	70%	59%	68%	48%	66%	33%	25%	16%
45	12	14	13	15	14	20	23	27	32,8	63%	57%	60%	54%	57%	39%	30%	18%
60	ND	ND	ND	ND	ND	ND	13	16	20,4	ND	ND	ND	ND	ND	ND	36%	22%

Femmine

Età	Speranza di vita (val. assoluti)									Differenziale di minore speranza di vita rispetto alla popolazione generale (%)							
	Disabili con paralisi cerebrale								Pop. gen.								
	Non muovono la testa		Muovono la testa		Su sedia a rotelle			Cap cam		Non muovono la testa		Muovono la testa		Su sedia a rotelle			Cap cam
	AdS	AdA	AdS	AdA	AdS	AdA	Aut.			AdS	AdA	AdS	AdA	AdS	AdA	Aut.	
15	13	16	16	21	21	35	49	55	65,8	80%	76%	76%	68%	68%	47%	26%	16%
30	14	19	15	26	16	34	39	43	51,2	73%	63%	71%	49%	69%	34%	24%	16%
45	12	14	13	16	14	22	27	31	37,0	68%	62%	65%	57%	62%	41%	27%	16%
60	ND	ND	ND	ND	ND	ND	16	20	23,8	ND	ND	ND	ND	ND	ND	33%	16%

Fonte: Shavelle et al, 2007. – Legenda: AdS=Alimentati da sondino ; AdA=Alimentati da altri; Aut. = Alimentazione autonoma; Cap cam=Capacità di camminare autonomamente.

Persone con disabilità da lesioni alla spina dorsale

La letteratura disponibile mostra che l'aspettativa di vita delle persone con disabilità a seguito di lesioni alla spina dorsale è significativamente ridotta rispetto al normale. Il livello della riduzione dipende dal grado della lesione e la speranza di vita è maggiore se la lesione ha terminato i suoi effetti e il livello neurologico del soggetto colpito è elevato. Nei risultati illustrati nella tabella A8, riferiti a un soggetto di 25 anni, nei casi più gravi (lesione di gradi da C1 a C3) la speranza di vita è circa il 50% del normale. Per le lesioni di grado D ("deficit neurologico minimo"), la speranza di vita è l'88% del normale (riduzione del 12%). Per le donne o per le persone con età maggiore di 25, il ratio con le aspettative di vita della popolazione generale è simile, sebbene tenda ad essere inferiore all'aumentare dell'età.



Tabella A8 – Speranza di vita delle persone con disabilità da lesioni alla spina dorsale

Età: 25 anni, dopo 3 anni dalla lesione	Grado di disabilità									Tutti i Gr. D
	C1-3 Gr. A	C1-3 Gr. B e C	C4 Gr. A	C4 Gr. B e C	C5 Gr. A	C5 Gr. B e C	C6-8 Gr. A	C6-8 Gr. B e C	T1- S5 Gr. A, B e C	
Speranza di vita disabili	25	32	26	35	30	36	38	45	38	45
Speranza di vita pop.g.	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Diff. %	51%	37%	49%	31%	41%	29%	25%	12%	25%	12%

Fonte: Strauss DJ, DeVivo MJ, Paculdo DR, Shavelle RM. *Trends in life expectancy after spinal cord injury*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 2006.

Persone con sindrome di down

La maggior parte degli individui con sindrome di Down (SD) ha una disabilità contenuta nell'apprendimento, mentre una quota residuale ha gravi disabilità mentali. Le aspettative di vita dipendono molto da tali condizioni e sono ridotte in caso di disabilità più marcate. Più in generale, la speranza di vita nelle persone con SD dipende dall'intensità dell'impatto della SD sulle condizioni fisiche e cognitive e dalla presenza di malattia cardiache congenite o di leucemia, entrambe più frequenti nelle persone con SD rispetto alla popolazione generale.

Tabella A9 – Speranza di vita delle persone con sindrome di down

Età	Speranza di vita		
	Persone con sindrome di Down (maschi e femmine)	Pop. gen. (media tra maschi e femmine)	Diff. (%)
2	53,5	75,5	29%
5	51,0	72,6	30%
10	46,4	67,6	31%
20	37,3	57,9	36%
30	28,4	48,4	41%
40	19,9	39,0	49%
50	12,4	30,0	59%
60	6,7	21,6	69%
70	3,7	14,3	74%
80	1,8	8,4	79%

Fonte: "Mortality and causes of death in persons with Down syndrome in California" di Steven M Day* PhD; David J Strauss PhD FASA; Robert M Shavelle PhD MBA; Robert J Reynolds MPH.

APPENDICE 3 – LA SPERANZA DI VITA: UNA RASSEGNA

Nella tabella A9 la differenza, in termini di speranza di vita, tra popolazione generale e persone affette da SD cresce in modo costante all'aumentare dell'età – iniziando da differenziali intorno al 30% per le età infantili – fino ai 40 anni, poi accelera ulteriormente. Non è stata, invece, riscontrata una significativa differenza in funzione del sesso.

In Italia, studi sulle probabilità di sopravvivenza delle persone affette da SD sono stati effettuati da Rosano e Marchetti (2003) e da Viola e Rosano (2005). Nel primo caso lo studio, costruito su un campione di 518 maschi e 516 femmine, ha rilevato una speranza media di vita alla nascita di 41,6 anni e non sono state registrate differenze significative tra i maschi e le femmine (41,5 per i primi, 41,7 per le seconde). Profonde sono risultate invece le differenze, in termini di speranza di vita, riscontrate a seconda dell'area geografica di appartenenza (nel Nord Est e nel Centro 47,7 anni, valore prossimo ai 50 anni circa dei paesi più evoluti, nel Nord Ovest di 5,3 anni inferiore, nelle regioni del Sud addirittura di 13,4 anni inferiore).





RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

AUTISMO

- Pickett J.A., Paculdo D.R., Shavelle R.M., Strauss D.J. (2006), *1998–2002 Update on Causes of Death in Autism [Letter]*, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. n. 36, pp. 287–288.
- Shavelle R.M., Strauss D.J., Pickett J. (2001), *Causes of Death in Autism*, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. n. 31, pp. 569–576.
- Shavelle RM, Strauss DJ (1998), *Comparative Mortality of Persons with Autism in California, 1980–1996*, *Journal Of Insurance Medicine*, vol. n.30, pp. 220–225.

EPILESSIA

- Day S.M., Wu Y.W., Strauss D.J., Shavelle R.M., Reynolds R.J. (2005), *Causes of Death in Remote Symptomatic Epilepsy*, *Neurology*, vol. n. 65, pp. 216–222.
- Day S.M., Strauss D.J., Shavelle R.M., Wu Y.W. (2003), *Excess Mortality in Remote Symptomatic Epilepsy*, *Journal of Insurance Medicine*, vol. n. 35, pp.15–20.
- Strauss D.J., Day S.M., Shavelle R.M., Wu Y.W. (2003), *Remote Symptomatic Epilepsy: Does Seizure Severity Increase Mortality?*, *Neurology*, vol. n. 60, pp. 395–399.

GRAVI RITARDI MENTALI

- Balakrishnan T.R., Wolf L.C. (1976), *Life Expectancy of Mentally Retarded Persons in Canadian Institutions*, *Am J Ment Def*, vol. n. 80, pp. 650–62.
- Blacher J. (1998), *Much Ado About Mortality: Debating the Wrong Question*, *Ment Retard*, vol. n. 36, pp. 412–415.
- Cohen et al. (2008), *Predictive Factors of Early Mortality in Children With Developmental Disabilities: A Case-Comparison Analysis*, *J Child Neurol*, vol n. 23, pp. 536–542.
- Dayton N.A., Doering C.R., Hilferty M.M., Maher H.C., Dolan H.H. (1932), *Mortality and Expectation of Life in Mental Deficiency in Massachusetts: Analysis of the Fourteen-Year Period 1917–1930*, *N Engl J Med*, vol. n. 206, pp. 555–70.
- Eyman R.K., Grossman H.J., Chaney R.H., Call T.L. (1993), *Survival of Profoundly Handicapped People with Severe Mental Retardation*, *American Journal of Diseases of Children*, vol. n.147, pp.329–336.
- Eyman R.K., Grossman H.J., Chaney R.H., Call T.L. (1990), *The Life Expectancy of Profoundly Handicapped People with Mental Retardation*, *New England Journal of Medicine*, vol. n. 323, pp. 584–589.
- Shavelle R.M., Strauss D.J., Day S.D. (2003), *Comparative Mortality of Persons with Mental Retardation in California 1980–1999*, *Journal of Insurance Medicine*, vol. n. 35, pp. 5–8.
- Strauss D.J., Kastner T., Ashwal S., White J. (1997), *Tube Feeding and Mortality in Children with Severe Disabilities and Mental Retardation*, *Pediatrics*, vol. n. 99, pp. 358–362.



- Witt et al. (2003), *Childhood Functional Status, Family Stressors, and Psychosocial Adjustment Among School-Aged Children with Disabilities in the United States*, Arch Pediatr Adolesc Med vol. n.157, pp. 687–695.

LESIONI ALLA SPINA DORSALE

- Coll J.R., Frankel H.L., Charlifue S.W., Whiteneck G.G. (1998), *Evaluating Neurological Group Homogeneity in Assessing the Mortality Risk For People with Spinal Cord Injuries*, Spinal Cord, vol. n. 36, pp. 275–279.
- DeVivo M.J. (2007), *Trends in Spinal Cord Injury Rehabilitation Outcomes from Model Systems in the United States: 1973–2006*, Spinal Cord, vol. n. 45, pp. 713–721.
- DeVivo M.J., Krause J.S., Lammertse D.P. (1999), *Recent Trends in Mortality and Causes of Death Among Persons with Spinal Cord Injury*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, vol. n. 80, pp. 1411–1419.
- DeVivo M.J., Ivie S.C. (1995), *Life Expectancy of Ventilator-Dependent Persons with Spinal Cord Injuries*, Chest, vol. n. 108, pp. 226–232
- Frankel H.L. et al. (1998), *Long-Term Survival in Spinal Cord Injury: a Fifty Year Investigation*, Spinal Cord, vol. n. 36, pp. 266–274.
- McColl M.A., Walker J., Stirling P., Wilkins R., Corey P. (1997), *Expectations of Life and Health Among Spinal Cord Injured Patients*, Spinal Cord, vol. n. 35, pp. 818–828.
- O'Connor P.J. (2005), *Survival After Spinal Cord Injury in Australia*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, vol. n. 86, pp. 37–47.
- Shavelle R.M., DeVivo M.J., Paculdo D.R., Vogel L.C., Strauss D.J. (2007), *Long-Term Survival After Childhood Spinal Cord Injury*, Journal of Spinal Cord Medicine, vol. n. 30, pp. S48–S54.
- Shavelle R.M., DeVivo M.J., Strauss D.J., Paculdo D.R., Lammertse D.P., Day S.M. (2006), *Long-Term Survival of Persons Ventilator Dependent After Spinal Cord Injury*, Journal of Spinal Cord Medicine, vol. n. 29, pp. 511–519.
- Strauss D.J., DeVivo M.J., Paculdo D.R., Shavelle R.M. (2006), *Trends in Life Expectancy After Spinal Cord Injury*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, vol. n. 87, pp. 1079–1085.
- Strauss D.J., DeVivo M.J., Shavelle R.M., Brooks J., Paculdo D. R. (2008), *Economic Factors and Longevity in Spinal Cord Injury: A Reappraisal*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, vol. n. 89, pp. 572–574.
- Strauss D.J., DeVivo M., Shavelle R.M. (2000), *Long-Term Mortality Risk After Spinal Cord Injury*, Journal of Insurance Medicine, vol. n. 32, pp. 11–16.
- Yeo J.D., Walsh J., Rutkowski S., Soden R., Craven M., Middleton J. (1998), *Mortality Following Spinal Cord Injury*, Spinal Cord, vol. n. 36 pp. 329–336.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

LESIONI DA TRAUMA AL CERVELLO

- Baguley I., Slewa-Younan S., Lazarus R., Green A. (2000), *Long-Term Mortality Trends in Patients With Traumatic Brain Injury*, *Brain Injury*, vol. n. 14, pp. 505–512.
- Brown A.W., Leibson C.L., Malec J.F., Perkins P.K., Diehl N.N., Larson D.R. (2004), *Long-Term Survival After Traumatic Brain Injury: A Population-Based Analysis*, *NeuroRehabilitation*, vol. n. 19, pp. 37–43.
- Cameron C.M., Purdie D.M., Kliewer E.V., McClure R.J. (2008), *Ten-Year Outcomes Following Traumatic Brain Injury: a Population-Based Cohort*, *Brain Injury*, vol. n. 22, pp. 437–449.
- Harrison-Felix C., Whiteneck G., DeVivo M., Hammond F.M., Jha A. (2004), *Mortality Following Rehabilitation in the Traumatic Brain Injury Model Systems of Care*, *NeuroRehabilitation*, vol. n. 19, pp. 45–54.
- Hukkelhoven C.W., Steyerberg E.W., Rampen A.J., Farace E., Habbema J.D., Marshall L.F., Murray G.D., Maas AL (2003), *Patient Age and Outcome Following Severe Traumatic Brain Injury: an Analysis of 5600 Patients*, *J Neurosurg*, vol. n. 99, pp. 666–673.
- Hutton J.L., Cooke T., Pharoah P.O.D. (1994), *Life Expectancy in Children with Cerebral Palsy*, *BMJ*, vol. n. 309, pp. 431–435
- Lewin W., Marshall T.F.D., Roberts A.H. (1979), *Long-Term Outcome After Severe Head Injury*, *British Medical Journal* vol. n. 2, pp. 1533–8.
- Ratcliff G., Colantonio A., Escobar M., Chase S., Vernich L. (2005), *Long-Term Survival Following Traumatic Brain Injury*, *Disability and Rehabilitation*, vol. n. 27, pp. 305–314.
- Shavelle R.M., Strauss D.J., Day S.M., Ojdana K.A. (2007), *Life Expectancy*, in: ND Zasler, DI Katz & RD Zafonte (Eds.), *Brain Injury Medicine: Principles and Practice*, Demos Medical Publishing, New York.
- Shavelle R., Strauss D. (2000), *Comparative Mortality of Adults with Traumatic Brain Injury in California, 1988–97*, *Journal of Insurance Medicine*, vol. n. 32, pp. 163–166.
- Shavelle RM, Strauss DJ, Whyte, J, Day SM, Yu YL (2001), *Long-Term Causes of Death After Traumatic Brain Injury*, *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80:510–516.
- Strauss D., Cable W., Shavelle R. (1999), *Causes of Excess Mortality in Cerebral Palsy*, *Dev Med Child Neurol*, vol. n. 41, pp. 580–585.
- Strauss D, Shavelle R. (1998), *Life Expectancy of Adults with Cerebral Palsy*, *Dev Med Child Neurol*, vol. n. 40, pp. 369–375.
- Strauss D.J., Shavelle R.M., DeVivo M.J., Harrison-Felix C., Whiteneck G.G. (2004), *Life Expectancy After Traumatic Brain Injury* [letter], *NeuroRehabilitation*, vol. n. 19, pp. 257–258.
- Strauss D., Shavelle R., Anderson T.W. (1998), *Long-Term Survival of Children and Adolescents After Traumatic Brain Injury*, *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. n.79, pp. 1095–1100.
- Strauss D., Shavelle R., DeVivo M.J. (1999), *Life Tables for People with Traumatic Brain Injury* [letter], *Journal of Insurance Medicine*, vol. n. 31, pp. 104–105.
- UCP Research Foundation (1995), *Causes of Death of Persons with Disabilities Due to Cerebral Palsy*, UCPnet www.ucp.org .



- Weiss G.H., Caveness W.F., Einseidel–Lechtape H., McNeel M.L. (1982), *Life Expectancy and Causes of Death in a Group of Head–Injured Veterans of World War I*, *Archive of Neurology*, vol. n. 39, pp. 741–743.
- Zafonte R.D., Mann N.R., Millis S.R., Wood D.L., Lee C.Y., Black K.L. (1997), *Functional Outcome After Violence Related Traumatic Brain Injury*, *Brain Injury*, vol. n. 11, pp. 403–407.

PARALISI CEREBRALE

- Blair E., Watson L., Badawi N., Stanley F.J. (2001), *Life Expectancy Among People with Cerebral Palsy in Western Australia*, *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. n. 43, pp. 508–515.
- Cohen A., Asor E., Tirosh E. (2008), *Predictive Factors of Early Mortality in Children With Developmental Disabilities: a Case–Comparison Analysis*, *Journal of Child Neurology*, vol. n. 23, pp. 536–542.
- Cox D.R., Oakes D. (1984), *Analysis of Survival Data*, London: Chapman and Hall, vol. n. 53–56, pp. 64–65, 80–86.
- Crichton J.U. (1995), *The Life Expectancy of Persons with Cerebral Palsy*, *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. n. 37, pp. 1031–1033.
- Crichton J.U., Mackinnon M., White C.P. (1995), *The Life Expectancy of Persons With Cerebral Palsy*, *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. n. 37, pp. 567–576.
- Day S.M., Brooks J., Strauss D., Shumway S., Shavelle R.M., Kush S., Sasco A.J. (2008), *Cancer Mortality in Cerebral Palsy in California, 1988–2002*, *International Journal on Disability and Human Development*, vol. n. 7, pp. 427–434.
- Decoufle, P., Boyle, C. A., Paulozzi, L. J., Lary, J. M. (2001), *Increased Risk for Developmental Disabilities in Children Who Have Major Birth Defects: A Population–Based Study*, *Pediatrics*, vol. n. 108 pp. 728–734.
- Dowding V.M., Barry C. (1988), *Cerebral Palsy: Changing Patterns of Birth-weight and Gestational Age (1976/81)*, *Ir Med J*, vol. n. 81, pp. 25–9.
- Evans P.M., Evans S.J.W., Alberman E. (1990), *Cerebral Palsy: Why we Must Plan for Survival*, *Archives of Diseases in Childhood*, vol. n. 65, pp. 1329–1333.
- Eyman, R. K, Grossman, H. J, Call, T. L, Chaney, R. H (1995), *Life Expectancy in Children With Cerebral Palsy*, *BMJ* vol. n. 310, pp. 665a–665.
- Hagberg B., Hagberg G., Olow I., Von Wendt L. (1989), *The Changing Panorama of Cerebral Palsy in Sweden. IV: Epidemiological trends 1959–78*, *Acta Paediatr Scand*, vol. n. 73, pp. 433–40.
- Hagberg B., Hagberg G., Olow I., Von Wendt L. (1989), *The Changing Panorama of Cerebral Palsy in Sweden. V. The birth years period 1979–1982*, *Acta Paediatr Scand*, vol. n. 17, pp. 283–90.
- Hall D.M.B. (1995), *The Life Expectancy of Persons with Cerebral Palsy*, *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. n. 37, pp. 1031–1033.
- Hemming K., Hutton J.L., Pharoah P.O. (2006), *Long–Term Survival for a Cohort of Adults with Cerebral Palsy*, *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. n. 48, pp. 90–95.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Hemming K., Hutton J., Colver A., Platt M.J. (2005), *Regional Variation in Survival of People with Cerebral Palsy in the United Kingdom*, Pediatrics, vol. n. 116, pp. 1383–1390.
- Hemming, K., Hutton, J.L., Bonellie S., Kurinczuk J.J. (2008), *Intrauterine Growth and Survival in Cerebral Palsy*, Arch. Dis. Child, Fetal Neonatal Ed. Vol. n. 93, pp. F121–F126.
- Hutton J.L., Pharoah P.O.D. (2006), *Life Expectancy in Severe Cerebral Palsy*, Archives of Disease in Childhood, vol. n. 91, pp.254–258.
- Hutton J.L., Pharoah P.O.D. (2002), *Effects of Cognitive, Motor, and Sensory Disabilities on Survival in Cerebral Palsy*, Archives of Disease in Childhood, vol. n. 86, pp. 84–89.
- Hutton J.L., Colver A.F., Mackie P.C. (2000), *Effect of Severity of Disability on Survival in North East England Cerebral Palsy Cohort*, Archives of Disease in Childhood, vol. n. 83, pp. 468–474.
- Hutton J.L., Cooke T., Pharoah P.O.D. (1994), *Life Expectancy in Children with Cerebral Palsy*, British Medical Journal, vol. n.309, pp. 431–435.
- Maudsley, G., Hutton, J. L, Pharoah, P. O. D. (1999), *Cause of Death in Cerebral Palsy: a Descriptive Study*, Arch. Dis. Child, vol. n. 81, pp. 390–394.
- Miles, R. (2008), *Life Expectancy Estimation in Cerebral Palsy – A Paediatrician’s Approach*, Clin Risk, vol. n. 14, pp. 130–132.
- Morris C., Kurinczuk J. J., Fitzpatrick R., Rosenbaum P. L. (2006), *Who Best to Make the Assessment? Professionals’ and Families’ Classifications of Gross Motor Function in Cerebral Palsy Are Highly Consistent*, Arch. Dis. Child, vol. n. 91, pp.675–679 .
- Katz R.T. (2003), *Life Expectancy for Children with Cerebral Palsy and Mental Retardation: Implications for Life Care Planning*, NeuroRehabilitation, vol. n. 18, pp. 261–270.
- Kudrjavcec T., Schoenberg B.S., Kurland L.T., Groover R.V. (1985), *Cerebral Palsy: Survival Rates, Associated Handicaps and Distribution by Clinical Subtype*, Neurology, vol. n. 35, pp. 900–3.
- Nielsen J.D., Uldall P.V., Rasmussen S., Topp M.W. (2002), *Survival of Children Born with Cerebral Palsy. Children Born 1971–1986*, Ugeskr Laeger, vol. n. 164, pp. 5640–5643.
- Pharoah P.O.D., Cooke T., Rosenbloom L., Cooke R.W.I. (1987), *Trends in the Birth Prevalence of Cerebral Palsy*, Arch Dis Child, vol. n. 62, pp. 379–84.
- Pharoah P.O.D., Cooke T., Cooke R.W.I., Rosenbloom L. (1990), *Birthweight Specific Trends in Cerebral Palsy*, Arch Dis Child, vol. n. 65, pp. 602–6.
- Plioplys A.V., Kasnicka I., Lewis S., Moller D. (1998), *Survival Rates Among Children with Severe Neurologic Disabilities*, Southern Medical Journal, vol. n.91, p.p. 161–172.
- Riikonen R., Raumavirta S., Sinivuori E., Seppala T. (1989), *Changing Pattern of Cerebral Palsy in the Southwest Region of Finland*, Acta Paediatr Scand vol. n. 78, pp. 581–7.
- Rosenbloom, L.(2004), *Estimating Life Expectancy in Children with Neurological Disabilities*, Clinical Risk, vol. n.10, pp. 12–13.
- Shavelle R.M., Strauss D.J., Day S.M. (2001), *Comparison of Survival in Cerebral Palsy Between Countries*, Developmental Medicine & Child Neurology, vol. n. 43, pp. 574.



- Singer R.B., Strauss D.J., Shavelle R.M. (1998), *Comparative Mortality in Cerebral Palsy Patients in California, 1980–1996*, Journal Of Insurance Medicine, vol. n. 30, pp. 240–246.
- Smith S.W., Camfield C., Camfield P. (1999), *Living With Cerebral Palsy and Tube Feeding: a Population-Based Follow-Up Study*, Journal of Pediatrics, vol. n. 135, pp. 307–310.
- Stanley F.J., Watson L. (1992), *Trends in Perinatal Mortality and Cerebral Palsy in Western Australia, 1967 to 1985*, BMJ, vol. n. 304, pp. 1658–63.
- Strauss D.J., Shavelle R.M., Rosenbloom L., Brooks J.C. (2008), *Life Expectancy in Cerebral Palsy: an Update*, Developmental Medicine & Child Neurology, vol. n. 50, pp. 487–493.
- Strauss D.J., Shavelle R.M., Reynolds R.J., Rosenbloom L., Day S.M. (2007), *Survival in Cerebral Palsy in the Last 20 Years: Signs of Improvement?*, Developmental Medicine & Child Neurology, vol n. 49, pp. 86–92.
- Strauss D.J., Ojdana K.A., Shavelle R.M., Rosenbloom L. (2004), *Decline in Function and Life Expectancy of Older Persons with Cerebral Palsy*, NeuroRehabilitation, vol n. 19, pp. 69–78.
- Strauss D.J., Shavelle R.M. (2001), *Life Expectancy in Cerebral Palsy*, Archives of Disease in Childhood, vol. n. 85, pp. 442.
- Strauss D.J., Shavelle R.M., Anderson T.W. (1998), *Life Expectancy of Children with Cerebral Palsy*, Pediatric Neurology, vol. n. 18, pp. 143–149.
- Strauss D.J., Shavelle R.M. (1998), *Life Expectancy of Adults with Cerebral Palsy*, Developmental Medicine & Child Neurology, vol. n. 40 pp. 369–375.
- Strauss D.J., Shavelle R.M. (2000), *Causes of Excess Mortality in Cerebral Palsy*, Developmental Medicine and Child Neurology, vol. n. 42, pp. 287–288.
- Tsirikos AI, Change W.N., Dabney K.W., Miller R., Glutting J. (2003), *Life Expectancy in Pediatric Patients with Cerebral Palsy and Neuromuscular Scoliosis Who Underwent Spinal Fusion*, Developmental Medicine & Child Neurology, vol. n. 45, pp. 677–682.
- Von Wendt L., Rantakallio P., Saukkonen A-L., Tuisku M., Makinen H. (1985), *Cerebral Palsy and Additional Handicaps in a 1-Year Birth Cohort From Northern Finland – A Prospective Follow-Up Study to the Age of 14 Years*, Ann Clin Res, vol. n. 17, pp. 156–61.
- Wong, V., Chung, B., Hui, S., Fong, A., Lau, C., Law, B., Lo, K., Shum, T., Wong, R. (2004), *Cerebral Palsy: Correlation of Risk Factors and Functional Performance Using the Functional Independence Measure for Children (WeeFIM)*, J Child Neurol, vol. n. 19, pp. 887–893.

SINDROME DI DOWN

- Baird P.A., Sadovnick, A.D. (1989), *Life Tables for Down Syndrome*, Human Genetics, vol. n. 82, pp. 291–292.
- Baird P.A., Sadovnick A.D. (1988), *Causes of Death to Age 30 in Down Syndrome*, American Journal of Human Genetics, vol. n. 43, pp. 239–48.
- Baird P.A., Sadovnick A.D. (1987), *Life Expectancy in Down Syndrome*, J Pediatr, vol. n. 110, pp. 849–54.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Cooley W.C., Graham J.M. Jr. (1991), *Down Syndrome an Update and Review for the Primary Pediatrician*, Clinical pediatrics, vol. n. 30, pp. 233–53.
- Collmann R.D., Stoller A. (1963), *Data on Mongolism in Victoria, Australia: Prevalence and Life Expectation*, Journal of Mental Deficiency Research; vol. n. 7, pp. 60–68.
- Cox D.R., Oakes, D. (1984), *Analysis of Survival Data*, Chapman and Hall, London.
- Day S.M., Strauss D.J., Shavelle R.M., Reynolds R.J. (2005), *Mortality and Causes of Death in Persons with Down Syndrome in California*, Developmental Medicine & Child Neurology, vol.n. 47, pp. 171–176.
- Federici N. (1979), *Lezioni di Demografia*, De Santis, Roma.
- Frid C., Drott P., Lundell B., Rasmussen F., Anneren G. (1999), *Mortality in Down's Syndrome in Relation to Congenital Malformations*, Journal of Intellectual Disability Research, vol. n. 43, pp. 234–41.
- Glasson E.J., Sullivan S.G., Hussain R., Patterson B.A., (2002), *Montgomery PD & Bittles AH, The Changing Survival Profile of People with Down Syndrome: Implications for Genetic Counselling*, Clinical Genetics, vol. n. 62, pp. 390–393.
- Glenn D. (1999), *Description of the National Center for Health Statistics Software Systems and Demonstration, in: Proceedings of the International Collaborative Effort on Automating Mortality Statistics*, Volume I, Hyattsville, Maryland: DHHS Publication n.(PHS)99–1252, pp 6.1–6.10.
- WHO (1977), *International Classification of Disease, IX revision*, Ginevra.
- Hasle H., Clemmensen I.H., Mikkelsen M., (2000), *Risks of Leukaemia and Solid Tumours in Individuals with Down's Syndrome*, Lancet, vol. n. 355, pp. 165–69.
- International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems (ICBDMS), (2003), *Annual report 2001*, International Centre for Birth Defects, Rome.
- ISTAT, (1997), *Classificazione delle malattie, traumatismi e cause di morte, IX revisione*, Roma.
- ISTAT (1999), *La Mortalità in Italia nel Periodo 1970–1992: Evoluzione e Geografia*, Roma.
- ISTAT (2001), *La Nuova Indagine sulle Cause di Morte, Metodi e Norme*, Roma.
- ISTAT, *Applying ACS to Causes of Death Statistics in Italy*, Essays, (in corso di pubblicazione).
- Kalbfleisch J.D., Prentice R.L. (1980), *The Statistical Analysis of Failure Time Data*, John Wiley & Sons, New York.
- Kaplan E.L., Meier P. (1958), *Non Parametric Estimation from Incomplete Observations*, Journal of the American Statistical Association, vol. n. 53, pp. 457–481.
- Leonard S., Bower C., Petterson B., Leonard H. (2000), *Survival of Infants Born with Down's Syndrome:1980–96*, Paediatric and Perinatal Epidemiology, vol. n. 14, pp. 163–71.
- Masaki M., Higurashi M., Iijima K. et al. (1981), *Mortality and Survival for Down Syndrome in Japan*, American Journal of Human Genetics, vol. n. 33 pp. 629–39.



- Mastroiacovo P., Rosano A., Grimaldi V., Contardi A. (1997), *Epidemiologia e qualità della vita, alcuni dati in Italia, in: La persona Down verso il 2000*, Il pensiero scientifico, 1997; pp. 19–31.
- Mastroiacovo P., Bertollini R., Corchia C. (1992), *Survival of Children with Down Syndrome in Italy*, American Journal of Medical Genetics, vol. n. 42, pp. 572–5.
- Mulcahy M.T. (1979), *Down's Syndrome in Western Australia: Mortality and Survival*, Clinical Genetics, vol. n. 16, pp. 103–08.
- Rosano A., Marchetti S. (2003), *Sopravvivenza delle persone con sindrome di down in Italia*, Difesa sociale, vol. LXXXII, n. 6, pp. 13–22.
- Sadetzki S., Chetrit A., Akstein E., Luxenburg O., Keinan L., Litvak I., Modan B. (1999), *Risk Factors for Infant Mortality in Down's Syndrome: a Nationwide Study*, Paediatric and Perinatal Epidemiology, vol. n. 13, pp. 442–51.
- Sasco A.J., Day S.M., Voirin N., Strauss D.J., Shavelle R.M., Satgé D. (2008), *Cancer Mortality in Down Syndrome in California*, International Journal on Disability and Human Development, vol. n. 7, pp. 415–422.
- Satgé D., Sasco A.J., Day S.M., Culine S. (2009), *A Lower Risk of Dying from Urological Cancer in Down Syndrome: Clue for Cancer Protecting Genes on Chromosome 21*, Urol Int, vol. n. 82, pp.296–300.
- Scholl T., Stein Z., Hansen H. (1982), *Leukemia and Other Cancers, Anomalies and Infections as Causes of Death in Down's Syndrome in the United States During 1976*, Developmental Medicine and Child Neurology, vol. n. 24, pp. 817–29.
- Singer R.B., Strauss D.J. (1997), *Comparative Mortality in Mentally Retarded Patients in California, with and Without Down's Syndrome, 1986–1991*, J Insur Med, vol. n. 29, pp.172–184.
- Strauss D.J., Eyman R.K. (1996), *Mortality of People with Mental Retardation in California with and without Down Syndrome, 1986–1991*, American Journal of Mental Retardation, vol. n. 100, pp. 643–653.
- Strauss D.J., Zigman W.B. (1996), *Behavioral Capabilities and Mortality Risk in Adults with and without Down Syndrome*, American Journal of Mental Retardation, vol. n. 101, pp. 269–281.
- Strauss D. and Eyman R.K. (1996), *Mortality of People with Mental Retardation in California with and without Down Syndrome, 1986–1991*, American Journal on Mental Retardation, vol. n. 100, pp. 643–653.
- Strauss D. and Shavelle R. (1998), *Life Expectancy of Persons with Chronic Disabilities*, Journal of Insurance Medicine, vol. n. 30, pp. 96–108.
- Thase M.E. (1982), *Longevity and Mortality in Down's Syndrome*, Journal of Mental Deficiency Research, vol. n. 26, pp. 177–192.
- Yang Q., Rasmussen S.A., Friedman J.M. (2002), *Mortality Associated with Down's Syndrome in The Usa from 1983 to 1997: A Population-Based Study*, Lancet, vol. n. 359, pp. 1019–25.

STATO VEGETATIVO, MINIMO STATO DI COSCIENZA E LOCKED-IN SINDROME

- Ashwal S. (2005), *Recovery of Consciousness and Life Expectancy of Children in a Vegetative State*, Neuropsychological Rehabilitation, vol. n. 15, pp.190–197.
- Ashwal S. (2004), *Pediatric Vegetative State: Epidemiological and Clinical Issues*, NeuroRehabilitation, vol. n. 19, pp. 349–360.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Doble J.E., Haig A.J., Anderson C., Katz R. (2003), *Impairment, Activity, Participation, Life Satisfaction, and Survival in Persons with Locked-In Syndrome for over a Decade: Follow-Up on a Previously Reported Cohort*, Journal of Head Trauma Rehabilitation, vol. n.18, pp. 435-444.
- Multi-Society Task Force on the Persistent Vegetative State (1995), *Medical Aspects of the Persistent Vegetative State*, New England Journal of Medicine, pp. 130:333.
- Multi-Society Task Force on the Persistent Vegetative State (1994), *Medical Aspects of the Persistent Vegetative State*, New England Journal of Medicine. Part I: 330, pp. 1499-1508.
- Multi-Society Task Force on the Persistent Vegetative State (1994), *Medical Aspects of the Persistent Vegetative State*, New England Journal of Medicine, Part II: 330, pp. 1572-1579.
- Shavelle R.M., Strauss D.J., Katz R.T. (2008), *Survival of Persons with Locked-In Syndrome: a Correction*, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, vol. n. 89, pp. 1005.
- Strauss D.J., Ashwal S., Day S., Shavelle R.M. (2000), *Life Expectancy of Children in Vegetative and Minimally Conscious States*, Pediatric Neurology, vol. n. 23, pp. 312-319.
- Strauss D.J., Shavelle R.M., Ashwal S. (1999), *Life Expectancy and Median Survival Time in the Permanent Vegetative State*, Pediatric Neurology, vol. n. 21, pp. 626-631.

PATOLOGIE VARIE

- Oakeshott P., Hunt G.M., Kerry S., Strauss D.J., Shavelle R.M., Reynolds R.J. (2008), *Survival and Mobility in Open Spina Bifida: Comparison of Results from the United States and the United Kingdom*, International Journal on Disability and Human Development, vol. n. 7, pp. 101-106.
- Rice L.F., Strauss D.J., Shavelle R.M. (2000), *Life Expectancy and the Birth-Injured Plaintiff*, November Issue, pages 6-9.
- Strauss D.J. and Shavelle R.M. (1998), *Life Expectancy of Persons with Chronic Disabilities*, Journal of Insurance Medicine, vol. n. 30, pp. 96-108.
- Strauss D.J., Ashwal S., Shavelle R.M., and Eyman R.K. (1997), *Prognosis for Survival and Improvement of Children with Developmental Disabilities*, Pediatrics, vol. n. 131, pp. 712-717.



Assicurazioni per persone con disabilità e loro famiglie. Analisi dei bisogni, soluzioni e proposte is licensed under a Creative Commons Attribution - Condividi allo stesso modo 3.0 Unported License.

doi: 10.4460/2012quaderno8



fondazione
cariplo



ANIA

Associazione Nazionale
fra le Imprese Assicuratrici