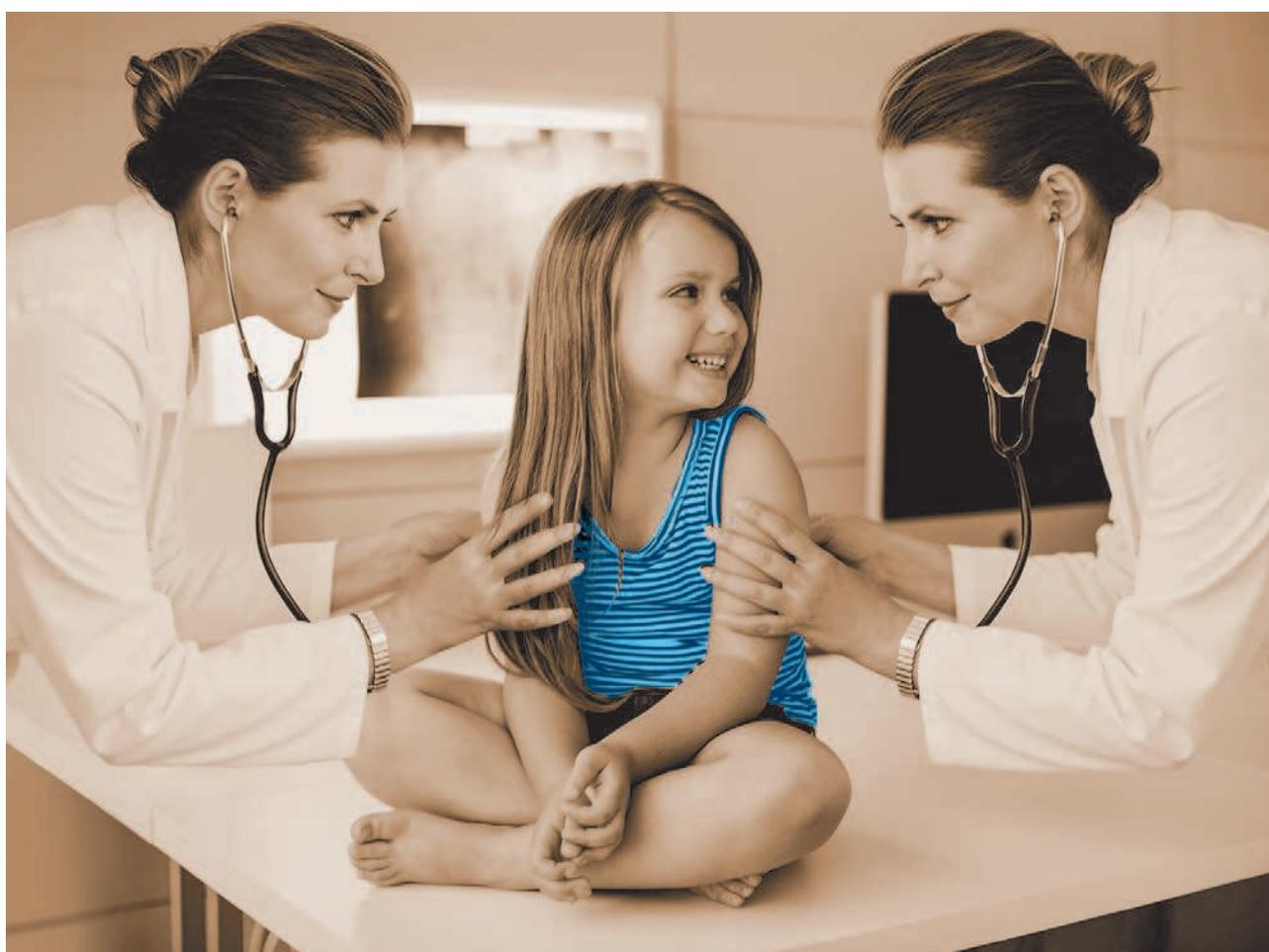


VII Rapporto RBM - Censis
sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata
*Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo,
nuovi bisogni di cura e sostenibilità*



La sicurezza sociale deve essere realizzata attraverso la cooperazione tra lo Stato e gli individui. Lo Stato deve offrire sicurezza sia in termini di servizi sia di protezione economica per tutti i cittadini. Lo Stato nell'organizzare la sicurezza sociale non deve sfruttare incentivi, opportunità e responsabilità individuali nello stabilire i livelli minimi di assistenza a livello nazionale deve lasciare lo spazio ed incoraggiare l'iniziativa volontaria di ogni individuo di procurare per sé e per la propria famiglia più elevati livelli di protezione.

William Henry Beveridge



VII Rapporto RBM - Censis
sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata

*Il futuro del Sistema Sanitario in Italia tra universalismo,
nuovi bisogni di cura e sostenibilità*

*Con il patrocinio del
Ministero della Salute*

Prima edizione: Luglio 2017

Il presente Rapporto è stato **realizzato grazie al supporto incondizionato** di **RBM Assicurazione Salute S.p.A.**

Copyright W RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Tutti i diritti sono riservati a norma di legge e a norma delle convenzioni internazionali

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% del volume.

Le riproduzioni, anche parziali, effettuate per finalità di carattere professionale, economico, didattico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da RBM Assicurazione Salute S.p.A. che ne detiene tutti i diritti. L'utilizzo dei grafici e dei dati presenti nel volume potrà essere effettuato portando evidenza della fonte "RBM Assicurazione Salute".

ISBN: 978-88-941528-9-0

■ Sezione 1 - Sostenibilità, Prevenzione e Stili di Vita - Un Secondo Pilastro Sanitario per la Buona Salute di Tutti **13**

Sostenibilità, Prevenzione e Stili di Vita - Un Secondo Pilastro Sanitario per la Buona Salute di Tutti

Dott. Marco Vecchietti

Consigliere Delegato RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Amministratore Delegato Previmedical S.p.A.

15

Premessa **15**

A) Il Sistema Sanitario in Italia **16**

1. *Trend* della Spesa Sanitaria in Italia **16**

2. Qualità ed accessibilità dei Sistemi Sanitari Regionali **20**

3. La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva multipilastro **22**

3.1. Scenario 1: Spesa Sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative costante **24**

3.2. Scenario 2: Spesa Sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative crescente **26**

3.3. Scenario 3: mantenimento della situazione economico-sanitaria **28**

4. I bisogni di cura: un universo in espansione **30**

4.1. La speranza di vita **30**

4.2. La speranza di vita a 65 anni **31**

4.3. Sviluppo della multi cronicità **33**

B) Sistemi Sanitari a confronto **34**

1. La composizione della Spesa Sanitaria nei Paesi OCSE **34**

2. Assicurati da Forme Sanitarie Integrative nei Paesi OCSE **35**

3. Qualità e finanziamento dei Sistemi Sanitari europei **38**

C) Identikit della Spesa Sanitaria Privata **39**

1. La Spesa Sanitaria Privata in Italia: caratteristiche e composizione **39**

2. Quote di universalismo perdute dal Servizio Sanitario Nazionale **43**

3. Quote di uguaglianza perdute dal Servizio Sanitario Nazionale **45**

D) Sanità e Territorio **46**

1. Composizione della Spesa Sanitaria nelle Regioni italiane **46**

2. La compartecipazione alla spesa per l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale (c.d. "ticket") **51**

3. Le liste di attesa	54
4. Sanità negata: il fenomeno della rinuncia alle cure	59
5. La mobilità sanitaria: i migranti della salute	61
6. Speranza di vita alla nascita: il rischio di traslare gli effetti della disuguaglianza di oggi sulle generazioni future	63
7. Gli indicatori della disparità territoriale	65
E) Identikit della Spesa Sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative	67
1. Caratteristiche della Spesa Sanitaria Privata gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative	67
2. Analisi sul ruolo e la funzione delle Forme Sanitarie Integrative. Finalità dell'indagine e descrizione del campione utilizzato.	70
3. Contributi e prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative	73
4. Analisi della Sanità Integrativa	75
4.1 Dati anagrafici	75
4.1.1. Assicurati per genere	75
4.1.2. Assicurati per relazioni familiari	75
4.1.3. Assicurati per fascia di età	77
4.1.4. Assicurati per macro area geografica	78
4.2 Dati di spesa	79
4.2.1. Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per macrogaranzia	79
4.2.2. Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per regime di erogazione	82
4.2.3. Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative	83
5. L'Indice di Effettività Sanitaria (IES) delle Forme Sanitarie Integrative	90
5.1 Descrizione dell'Indice IES	90
5.2 Valutazione dell'Effettività Sanitaria delle Forme Sanitarie Integrative	91
5.3 Valutazione conclusiva sulle misurazioni effettuate (Indice IES 2016)	92
F) Prevenzione e promozione della salute	93
1. Malattie Croniche Non Trasmissibili, Diagnosi Precoce e Stili di Vita	93
2. Analisi dei principali fattori di rischio	94
2.1. Abitudine al fumo	94
2.2. Obesità	95
2.3. Consumo di alcol	96
2.4. Sedentarietà	98
3. Esposizione ai fattori di rischio e familiarità	100
4. L'importanza della prevenzione	101
4.1. L'importanza della prevenzione per la vita	101
4.2. L'importanza della prevenzione per la salute	104
4.3. L'importanza della prevenzione per la sostenibilità	106

5. La spesa sanitaria in prevenzione in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea	108
6. Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: investire nella salute	111
7. I protocolli delle Forme Sanitarie Integrative nel campo della prevenzione	113
7.1 <i>Screening</i> di base	114
7.1.1. <i>Screening</i> oncologico	114
7.1.2. <i>Screening</i> cardiovascolare	115
7.1.3. Prevenzione odontoiatrica	115
7.2. Altre tipologie di <i>Screening</i>	117
G) Il multipillar in Sanità: dai problemi alle soluzioni. Il percorso dei principali Paesi europei tra S.S.N. e Forme Sanitarie integrative?	118
1. L'evoluzione dei Sistemi multipilastro in Europa	118
1.1. Il percorso della Francia	118
1.2. Il percorso del Regno Unito	119
1.3. Il percorso della Germania	120
2. <i>Identikit</i> dei principali Secondi Pilastri Sanitari in Europa	122
2.1. Il Secondo Pilastro Francese	123
2.2. Il Secondo Pilastro Britannico	123
2.3. Il Secondo Pilastro Tedesco	124
2.4. Italia: A.A.A. Secondo Pilastro Sanitario cercasi...	124
H) La Sanità Integrativa che vogliamo	126
1. Sanità Integrativa: le policy possibili	126
1.1 Forme Sanitarie Integrative e sostenibilità del S.S.N.	127
1.2 Forme Sanitarie Integrative e gestione (intermediazione della spesa sanitaria privata)	128
1.3 Forme Sanitarie Integrative e perequazione della capacità assistenziale territoriale	129
2. Le proposte del VII Rapporto RBM-Censis per una Sanità più sostenibile e più inclusiva	130
2.1. Un Secondo Pilastro Complementare, anche in Sanità (modello francese)	129
2.2. L'esternalizzazione di alcune assistenze. Dall'Opting Out all'Opting In (modello tedesco)	134
2.3. Altri scenari possibili	138
2.4. Linee Guida comuni per una possibile Riforma della Sanità Integrativa	138
2.5. Servizio Sanitario Nazionale, cosa ne pensano gli Italiani?	139
2.6. Un Secondo Pilastro anche in Sanità, cosa ne pensano gli Italiani?	139
Conclusioni	141
Appendice 1 Indice grafici e tabelle SEZIONE 1	143
Bibliografia	147

■ Per tanti... non più per tutti – la sanità italiana al tempo dell'universalismo selettivo	151
Per tanti... non più per tutti – la sanità italiana al tempo dell'universalismo selettivo Fondazione Censis	153
A) L'universalismo diseguale	153
B) Spendere di tasca propria per la salute: la nuova normalità	155
C) I fabbisogni sanitari reali dei cittadini e l'inadeguata copertura del Servizio Sanitario: gli Italiani e la sanità negata	156
D) L'appropriatezza della Spesa Sanitaria Privata	158
E) La lunghezza delle liste di attesa, il vero collo di bottiglia	159
F) Il micidiale gorgo della Spesa Sanitaria Privata, potente fonte di disagio e disuguaglianze	161
1. Gli intrappolati nel gorgo	161
2. Aspetti del profilo degli intrappolati	161
2.1. Le persone in difficoltà	163
2.2. Le persone che hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o si sono indebitate	163
2.3. I salute impoveriti	164
G) La copertura del Servizio Sanitario per i farmaci non è così completa	165
H) Dimmi dove vivi e ti dirò su quale sanità puoi contare	166
I) I fuggiaschi delle sanità regionali che meno funzionano	168
■ Chi siamo	170

Sezione 1

Sostenibilità, Prevenzione e Stili di Vita -
Un Secondo Pilastro Sanitario
per la Buona Salute di Tutti

Sostenibilità, Prevenzione e Stili di Vita - Un Secondo Pilastro Sanitario per la Buona Salute di Tutti

Dott. Marco Vecchietti

Consigliere Delegato RBM Assicurazione Salute S.p.A.
Amministratore Delegato Previmedical S.p.A.

Premessa

Il presente Rapporto nasce, oramai diversi anni fa, dalla convinzione che sia necessario avviare nel nostro Paese una riflessione organica sul futuro del Sistema Sanitario e più in generale del Sistema di Sicurezza Sociale che per anni hanno garantito a tutti i cittadini delle tutele fondamentali in relazione ai bisogni degli individui e della collettività.

Gli attuali studi demografici e le proiezioni economiche in ambito sanitario mostrano come le dinamiche evolutive della popolazione italiana (invecchiamento, aumento medio della speranza di vita, incremento delle patologie cronicodegenerative), l'adeguamento alle innovazioni scientifiche e tecnologiche, le aspettative dei cittadini in termini di qualità del servizio e tempi di erogazione, determinino un costante e generale innalzamento dei costi sanitari rischiando, conseguentemente, di incidere sulla capacità assistenziale e sulla stessa stabilità del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.).

In quest'ottica abbiamo deciso di chiedere alla **Fondazione Censis**, che vanta un'esperienza pluriennale nel campo della ricerca sociale indipendente, di sviluppare un progetto finalizzato a garantire un monitoraggio ricorrente delle dinamiche e dei *trend* che caratterizzano un settore complesso ed eterogeneo come quello sanitario articolato tra sanità pubblica, sanità privata e sanità intermediata (ovvero di quella gestita attraverso le Compagnie di Assicurazione ed i Fondi Sanitari).

Da sempre, l'obiettivo di questo lavoro è mettere a disposizione delle Istituzioni, delle forze politiche, delle parti sociali e di tutti gli *stakeholder* una base di analisi sufficientemente solida per lo sviluppo di *policy* evolutive in grado di fornire risposte efficaci ai nuovi bisogni di cura e protezione della popolazione.

Uno dei nodi cruciali da sciogliere nei prossimi anni sarà indubbiamente quello del

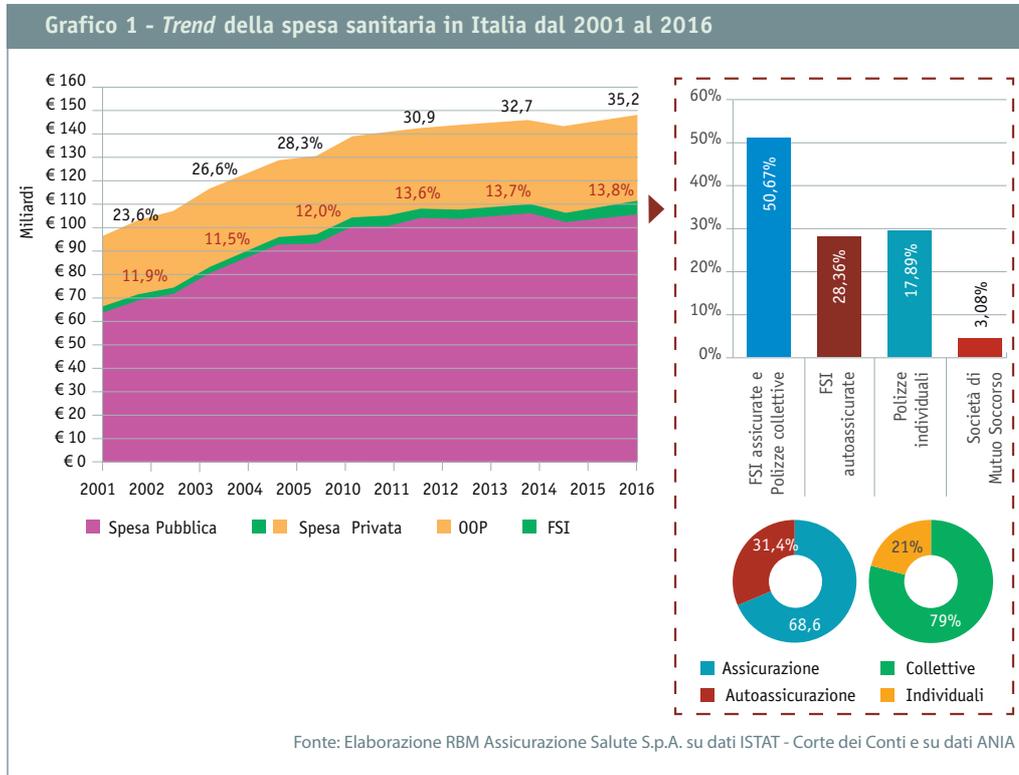
finanziamento del sistema sanitario e del mantenimento di qualità adeguata delle cure per tutti i cittadini, coniugando sostenibilità, equità e promozione della salute.

L'adozione di una nuova strategia che sappia traguardare il nostro Sistema Sanitario, al di là delle visioni stereotipate e preconcepite sulla sanità privata e le assicurazioni sanitarie, in una dimensione più europea basata su di un modello di finanziamento multipilastro (*multipillar*) appare pertanto sempre più necessaria non solo in un'ottica prospettica ma anche, e soprattutto, per preservare l'integrità ed il valore sociale del modello di protezione che abbiamo tutti contribuito a costruire fino ad oggi.

A) Il Sistema Sanitario in Italia

1. Trend della Spesa Sanitaria in Italia

Analizzando il *trend* della spesa sanitaria del nostro Paese, cfr. **Garfico 1** si osserva come la spesa sanitaria pubblica, dopo la brusca contrazione tra il 2013 ed il 2014, sia rimasta sostanzialmente stabile tornando a riallinearsi a valori prossimi a quota 110 miliardi di Euro che ne hanno caratterizzato il livello nell'ultimo decennio. Nel contempo la spesa sanitaria privata si è consolidata ormai da più di 7 anni oltre quota 30 miliardi di Euro confermandosi come una componente strutturale del modello di accesso alle cure degli Italiani. Tale componente, peraltro, si caratterizza sin dai primi anni del 2000 anche per una dinamica crescente che ha saputo resistere anche al contesto macroeconomico sfavorevole che ha colpiti negli anni recenti l'area Euro. Nell'ultimo triennio (2013-2016), infatti, la spesa sanitaria privata registra un tasso di crescita del 4,2%, maggiore peraltro anche al tasso di crescita dei consumi privati delle famiglie (che si è attestato al +3,2%). In altri termini, ciascun Italiano, aggiunge di fatto, al finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale attuato, come noto, attraverso la fiscalità generale (per un ammontare *pro capite* di 1.867,83 Euro) un contributo aggiuntivo a proprio carico pari mediamente a 580 Euro *pro capite* ovvero a poco meno di 2.000 Euro (1.966,91 Euro) per ciascun nucleo familiare. In questo contesto la spesa sanitaria privata rimborsata (intermediata) dalle Forme di Sanità Integrativa nel 2016 ha raggiunto i 5 miliardi di Euro (+ 7,6% rispetto al 2015), con un livello di copertura della spesa sanitaria privata di poco meno del 14%. Poco meno del 70% di tale contributo, cfr. **Grafico 1**, è stato garantito da Compagnie Assicuratrici (oltre il 50% attraverso Polizze Sanitarie Collettive rivolte alle Aziende ed ai Fondi Sanitari e circa il 18% attraverso Polizze Sanitarie Individuali), il 30% circa attraverso Enti operanti in regime di autoassicurazione (un 28% da Fondi Sanitari auto-assicurati, prevalentemente di risalente istituzione e rivolti alla categoria dei Dirigenti di Aziende Private, il 3% da Società di Mutuo Soccorso). Si tratta mediamente di un contributo di 77 Euro per ciascun cittadino. Tuttavia, se si considera che attualmente



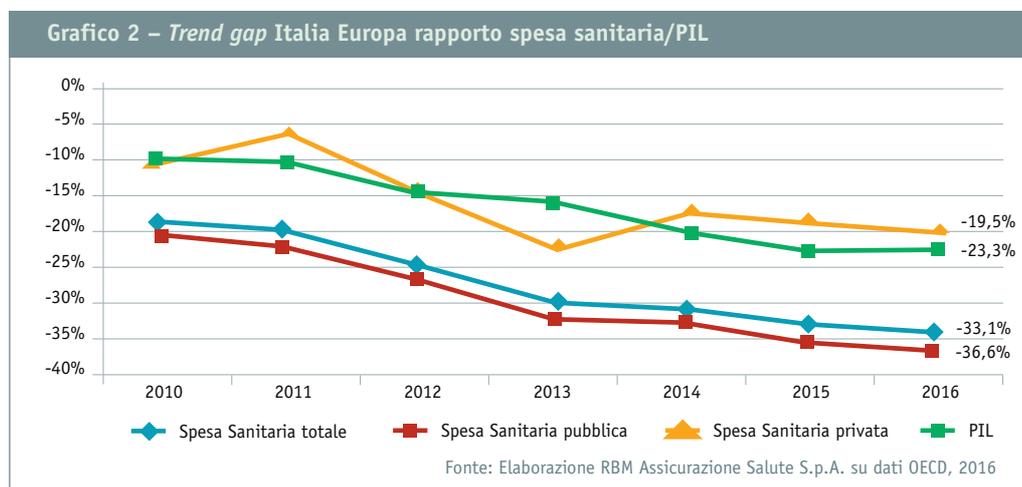
beneficia di una Forma di Sanità Integrativa poco meno del 20% della popolazione (peraltro, in modo disomogeneo e differenziato per tipologia reddituale e classe di età di appartenenza), e si restringe l'analisi ai soli cittadini che attualmente sono assicurati, si rileva come il livello medio di copertura della spesa privata da parte di tali Forme si attesti a 324 Euro *pro capite*. In una prospettiva di valutazione dell'efficacia della Sanità Integrativa, pertanto, bisogna rilevare che tali strumenti già oggi sono in grado di garantire un rimborso al cittadino superiore alla metà (il 56%) della sua spesa sanitaria privata. Tuttavia se, da un lato, le Forme Sanitarie Integrative sono in grado di garantire un buon supporto economico per la spesa sanitaria delle famiglie, rimane aperto il problema della loro diffusione a tutti i cittadini e della loro integrazione all'interno del nostro sistema sanitario. Sempre il **Grafico 1**, infatti, mostra come quasi l'80% (il 79%) delle Forme Sanitarie Integrative siano accessibili solo attraverso meccanismi di adesione collettiva e quindi non possano garantire, per via dei vincoli regolamentari previsti dalla legislazione vigente in campo fiscale, l'adesione diretta da parte dei cittadini. Il residuo 21% invece, quasi totalmente ascrivibile – come già anticipato – a Polizze Sanitarie Individuali, opera mediante modelli di sottoscrizione individuale che offrono la possibilità di dotarsi di una Forma Sanitaria Integrativa al di fuori di qualsiasi agevolazione fiscale. Alla luce del quadro appena descritto appare

necessario favorire un percorso evolutivo per le Forme Sanitarie Integrative dalla loro dimensione prevalente di istituto contrattuale e/o di *benefit* aziendale a presidio aggiuntivo del nostro Sistema di Sicurezza Sociale. E' evidente che un percorso così complesso, considerata anche la particolare rilevanza strategica che può avere rispetto al finanziamento del Sistema Sanitario complessivo del nostro Paese, andrebbe favorito attraverso un nuovo impianto normativo che sappia assegnare una funzione precisa alla Sanità Integrativa valorizzandone il potenziale apporto sia di natura economica che sociale.

Estendendo la nostra analisi in una prospettiva comparativa con gli altri Paesi Europei, il nostro Paese appalesa un significativo sottofinanziamento della propria spesa sanitaria strutturalmente collegato alla dinamica della spesa sanitaria pubblica. Nell'ultimo decennio, infatti, la spesa sanitaria pubblica in Italia è cresciuta in media dell'1% annuo contro un +3,8% degli altri Paesi dell'Europa a 14.

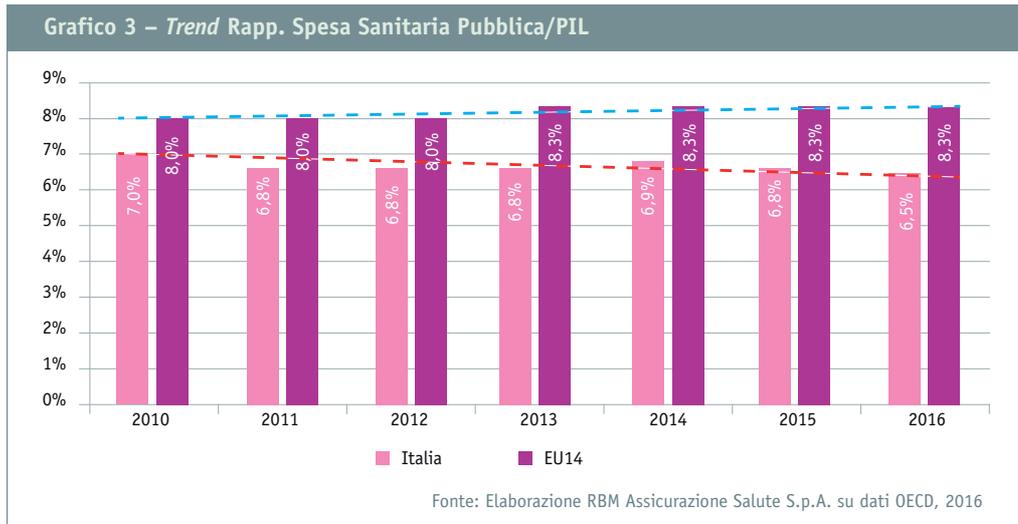
Nel 2016 la spesa sanitaria pubblica in Italia (Grafico 2) è risultata inferiore del 37% rispetto alla media dei Paesi dell'Europa a 14, la spesa sanitaria privata del 19,5% e quella totale del 33%. Importante sottolineare, peraltro, come questo *gap* sia frutto di una progressione inarrestabile che ha investito la nostra spesa sanitaria negli ultimi 7 anni scavando una profonda linea di demarcazione rispetto alla media europea. La spesa sanitaria pubblica italiana nel 2010 era inferiore del 18% rispetto a quella dei Paesi dell'Europa a 14, la spesa sanitaria privata del 10% e la spesa sanitaria totale del 21%.

18

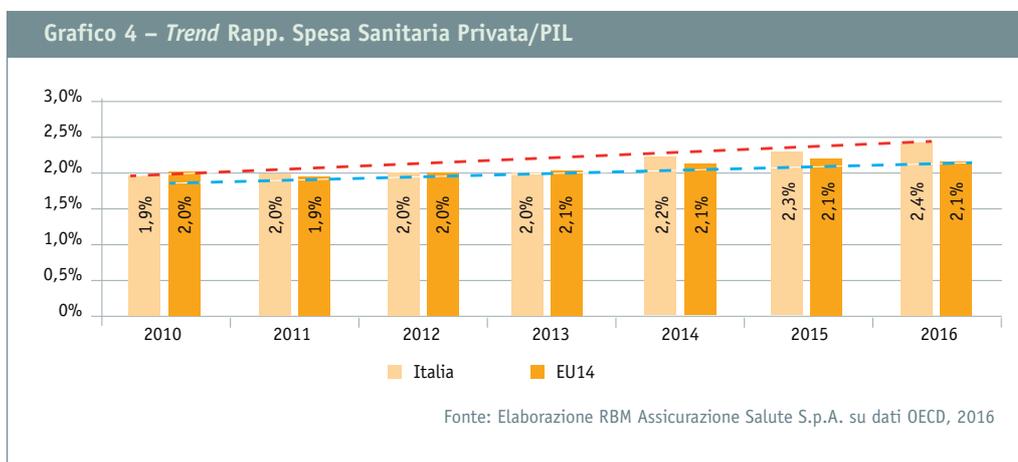


Sempre in quest'ottica risultano di particolare interesse le evidenze che emergono dal Grafico 3 e dal Grafico 4. Il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL dell'Italia, infatti, è sceso dal 7% del 2010 al 6,5% del 2016 a fronte di un *trend* assolutamente inverso registrato negli altri Paesi dell'Europa a 14 dove il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL nel medesimo periodo è cresciuto dall'8% all'8,3%.

Cresce invece, nell'intervallo temporale osservato, in misura superiore alla media dei Paesi Europei considerati il rapporto tra spesa sanitaria privata e PIL che passa dall'1,9% (rispetto al 2% negli altri Paesi dell'UE a 14) del 2010 al 2,4% (rispetto al 2,2% negli altri Paesi dell'UE a 14) del 2016.



19



In sintesi nel nostro Paese, diversamente da quanto osservato negli altri Paesi Europei che in massima parte hanno già da tempo reimpostato il proprio sistema sanitario in una logica “multipilastro”, nell'ultimo decennio si è registrato un progressivo arretramento del finanziamento pubblico in sanità che ha richiesto nei fatti ai cittadini ed alle loro famiglie di sopportare direttamente una quota crescente delle proprie spese per accedere alle cure.

2. Qualità ed accessibilità dei Sistemi Sanitari Regionali

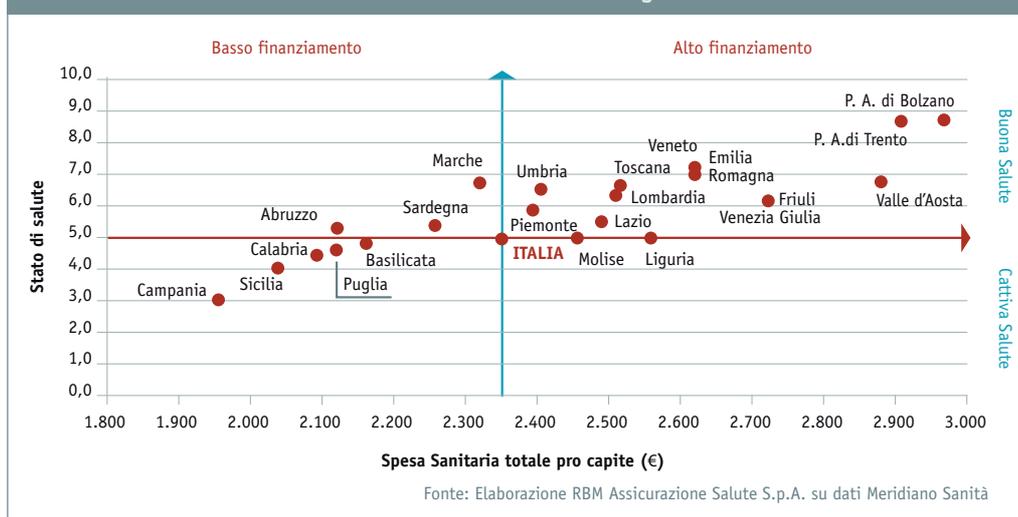
L'analisi del *trend* e dell'ammontare della spesa sanitaria, tuttavia, non può essere limitato ai soli aspetti finanziari. Le evidenze emerse in questi anni in tutti i precedenti Rapporti RBM – Censis hanno confermato chiaramente come esista una stretta correlazione tra qualità ed accessibilità delle cure e livello di finanziamento garantito al sistema sanitario.

In quest'ottica abbiamo sviluppato un'analisi delle relazioni esistenti tra entità della spesa sanitaria totale *pro capite* registrata in ciascuna Regione, qualità dei sistemi sanitari (Grafico 5) e livello di accessibilità delle cure (Grafico 5 bis).

In particolare, con riferimento al Grafico 5, che misura il rapporto tra lo stato di salute della popolazione e spesa sanitaria per cittadino, la migliore *performance* (*best performer*) risulta essere quella della Provincia Autonoma di Bolzano che registra un indice di buona salute del 8,7/10 a fronte di una spesa *pro capite* di 2.996,05 Euro. Si posizionano come *top performer* le Regioni Marche (indice di buona salute 6,8/10 e spesa sanitaria *pro capite* di 2.325,93 Euro), Veneto (indice di buona salute 6,8/10 e spesa sanitaria *pro capite* di 2.537,87 Euro) ed Emilia Romagna (indice di buona salute 6,80/10 e spesa sanitaria *pro capite* di 2.556,21 Euro). Nell'area dei *lower performer* troviamo, invece, le Regioni Liguria (indice di buona salute 5,1/10 e spesa sanitaria *pro capite* di 2.599,88 Euro) e Lazio (indice di buona salute 5,60/10 e spesa sanitaria *pro capite* di 2.461,31 Euro). *Worst performer*, infine, la Campania (indice di buona salute 3/10 e spesa sanitaria *pro capite* di 1.949,26 Euro) e tutte le altre Regioni del Sud, con la sola esclusione del Molise.

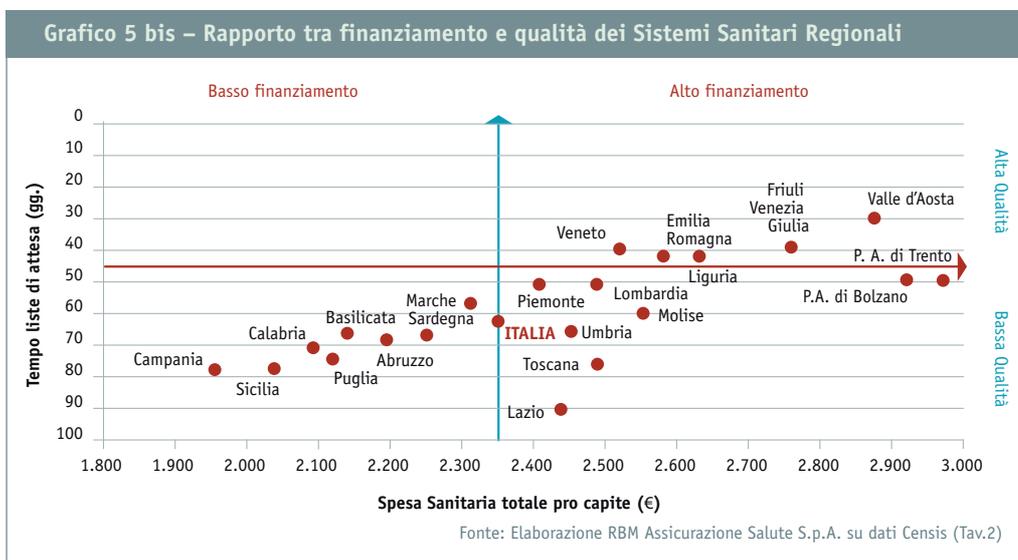
20

Grafico 5 – Indice di buona salute dei Sistemi Sanitari Regionali



In relazione, invece, al rapporto tra tempi medi di attesa per prestazione e spesa sanitaria per cittadino, il Grafico 5 bis identifica come *best performer* la Regione Valle d'Aosta (tempo

medio di attesa 21,20 giorni e spesa sanitaria *pro capite* di 2.906,02 Euro). Si posizionano come *top performer* le Regioni Veneto (tempo medio di attesa 33,69 giorni e spesa sanitaria *pro capite* di 2.537,87 Euro) ed Emilia Romagna (tempo medio di attesa 35,63 giorni e spesa sanitaria *pro capite* di 2.556,21 Euro) e tra i *lower performer* la Campania (tempo medio di attesa 70,04 giorni e spesa sanitaria *pro capite* di 1.949,26 Euro) e tutte le altre Regioni del Sud, con la sola esclusione del Molise. *Worst performer*, infine, il Lazio (tempo medio di attesa 82,54 giorni e spesa sanitaria *pro capite* di 2.461,31 Euro) dove il livello di accessibilità alle cure presenta una criticità assolutamente significativa.



diversificano i propri percorsi di cura tra strutture sanitarie pubbliche e strutture sanitarie private. Paradossalmente questo assetto emerge più nettamente nelle Regioni con maggior presidio garantito dal Servizio Sanitario Nazionale, come quelle della macro area Nord Est, dove a fronte di una gestione quasi totalitaria dei bisogni ospedalieri e di alta specializzazione dei cittadini da parte del Servizio Sanitario Nazionale, gli erogatori privati tendono ad occuparsi prevalentemente dell'erogazione di prestazioni sanitarie nell'area della diagnostica di base e dell'odontoiatria.

La terza ed ultima indicazione, che comunque approfondiremo più nel dettaglio nel successivo capitolo D) Sanità e Territorio, attiene invece alle notevoli differenze in termini di livello di finanziamento e di *performance* registrate tra i diversi Servizi Sanitari Regionali. Dalle evidenze emerse dai precedenti **Grafici 5 e 5 bis**, infatti, emerge che non solo ci troviamo di fronte attualmente ad una capacità assistenziale disomogenea tra Regione e Regione ma che tali differenze, anche in ragione della capacità di investimento di ciascun Sistema Sanitario Regionale, sono destinate a crescere polarizzando sempre più gli insieme dei Sistemi Sanitari Regionali efficaci e dei Sistemi Sanitari Regionali inadeguati.

3. La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva multipilastro

22

Le attuali difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale sono ascrivibili, come abbiamo accennato, sostanzialmente a due ordini di problemi. Il primo, di natura finanziaria, che riguarda l'inadeguatezza del finanziamento della spesa sanitaria del nostro Paese; il secondo, di natura demografica e scientifica, attiene all'allungamento della vita media degli Italiani, alla cronicizzazione delle principali patologie "mortalità" ed alla velocità dell'innovazione in sanità. Per entrambi i problemi, bisogna riconoscerlo, il Servizio Sanitario Nazionale non è adeguatamente attrezzato perché è stato avviato in un periodo storico caratterizzato da tratti distintivi assolutamente differenti.

Non abbiamo mai vissuto un'era così esaltante dal punto di vista delle possibilità di cura e trattamento di un numero amplissimo di patologie un tempo non trattabili. Dall'oncologia, all'ematologia, alla cardiologia e all'infettivologia, alla chirurgia, la ricerca medica e farmacologica ha contribuito ad innalzare l'età media della popolazione, a cronicizzare un gran numero di malattie come l'AIDS, l'epatite C e molte malattie infiammatorie garantendo ai pazienti *standard* di cura elevatissimi.

Queste notizie positive, tuttavia, si scontrano con la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di reperire risorse e di gestirle in modo tale da garantire questi benefici a quanti ne hanno realmente bisogno. Oggi è necessario finanziare la ricerca, la prevenzione, i nuovi farmaci e misurarsi con la sfida della longevità. L'attuale difficoltà di assorbimento delle istanze assistenziali dei cittadini, che finisce per debordare in spesa sanitaria privata, non deve pertanto metterci a disagio ma semplicemente richiamarci alla necessità di programmare un "robusto tagliando" al nostro sistema sanitario che consenta di gestire adeguatamente i nuovi bisogni dei cittadini.

E tali bisogni, per certo, non possono essere gestiti con la logica del day by day ricercando ogni anno dei pertugi nelle leggi di programmazione finanziaria perché richiedono finanziamenti strutturali aggiuntivi agli attuali. La scelta di non intervenire in questo senso, è bene sottolinearlo, non può essere considerata a costo zero. Non intervenire, infatti, significa accettare il silente ed implicito arretramento del Servizio Sanitario Nazionale e l'ampliamento progressivo ed inarrestabile delle inefficienze redistributive che, almeno a parole, tutti vorrebbero contrastare.

La sanità del futuro sarà più costosa (e questo non solo in Italia) perché garantirà una sopravvivenza maggiore e perché dovrà assistere classi di età più anziane. In questa prospettiva non si può né illudersi di poter finanziare più elevati livelli assistenziali in un contesto isorisorso (l'approccio adottato, per intenderci, in occasione dell'emanazione dei "nuovi" Livelli Essenziali di Assistenza), né pensare di poter continuare ad iniettare ulteriori risorse pubbliche nel Servizio Sanitario Nazionale, trascurando i vincoli di bilancio che il nostro Paese deve rispettare a livello europeo. Non a caso, già nel 2011 il CERM dell'Università di Torino proiettava la spesa sanitaria pubblica necessaria nel 2013 a €186 miliardi, con una crescita del +75% in 20 anni. Tali analisi hanno trovato più recentemente conferma anche nelle valutazioni della Ragioneria Generale dello Stato che ha previsto un rischio di insostenibilità finanziaria del Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva a 10 anni (2025-2030). Al riguardo le nostre ultime analisi hanno identificato un fabbisogno compreso tra 20 e 30 miliardi di Euro aggiuntivi da qui al 2025 per poter garantire la sostenibilità del sistema sanitario del nostro Paese.

Del resto, negli ultimi 12 anni si sono susseguite inutilmente numerose manovre di contenimento della spesa pubblica e di ottimizzazione dei costi in sanità senza riuscire ad ottenere una definitiva stabilizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Il punto cruciale, al di là di qualsiasi retorica organizzativa, è che, non è possibile arrestare il processo di invecchiamento della popolazione, come anche la cronicizzazione stessa delle malattie, portato entrambi dalla ricerca e della scienza.

In questa prospettiva la scelta imposta dai fatti è tra il ridurre i Livelli Essenziali di Assistenza del Servizio Sanitario Nazionale, incrementare ulteriormente la compartecipazione della spesa a carico dei cittadini o diversificare, come abbiamo già ricordato in più occasioni nel presente Rapporto, le fonti di finanziamento del sistema sanitario attraverso un modello multipilastro. Nel fare queste valutazioni, peraltro, non possiamo trascurare che già oggi i cittadini contribuiscono direttamente ad un quarto (come già accennato, oltre €35 miliardi nel 2015) della spesa sanitaria del nostro Paese, garantendo il raggiungimento di una spesa annua di €148 miliardi complessivi.

A fronte quindi di una difficoltà oggettiva a mantenere gli attuali livelli di finanziamento pubblico e a chiedere un ulteriore contributo ai cittadini, bisogna anzitutto "ottimizzare" le risorse esistenti, restituendo una dimensione collettiva alla spesa sanitaria privata e recuperando una *governance* della spesa sanitaria individuale da parte del Servizio Sanitario Nazionale, anche al fine di finalizzare tali risorse a sostegno di una programmazione complessiva.

L'avvio di un Secondo Pilastro anche in Sanità ha proprio questo obiettivo. Questa soluzione, del resto, accomuna già a livello internazionale i principali sistemi sanitari di ispirazione *beveridgiana* (Regno Unito, Spagna e Portogallo), nonché quelli di alcuni grandi Paesi Europei (come la Francia e la Germania) comunque caratterizzati da fondamentali sociali piuttosto solidi.

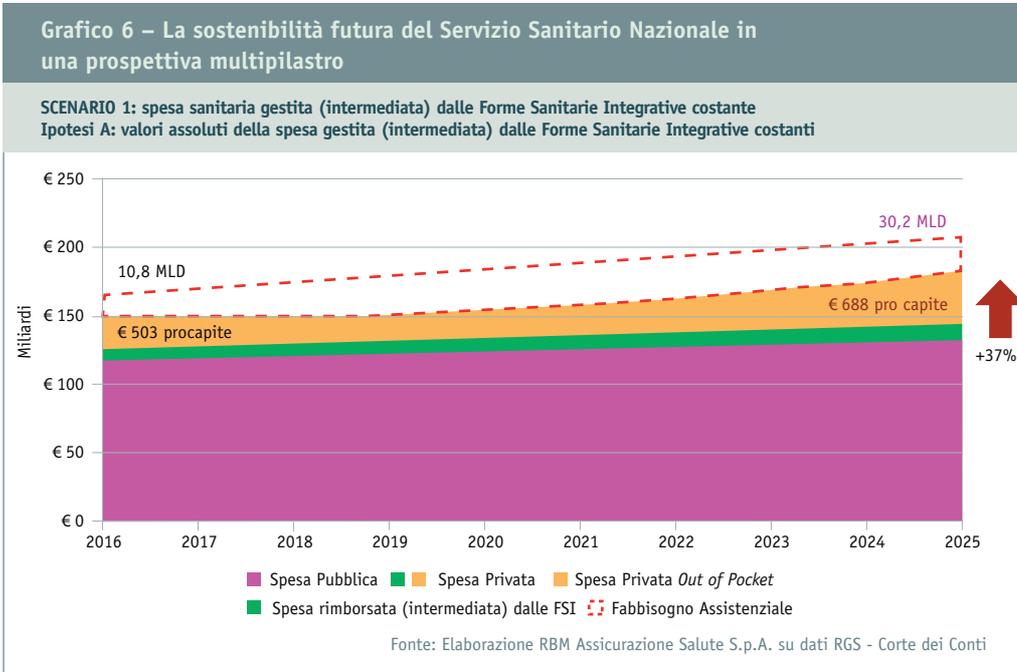
Al fine di poter valutare compiutamente la tenuta prospettica del Servizio Sanitario Nazionale, le dinamiche della spesa sanitaria privata ed il ruolo che potrebbe essere assolto in campo economico e sociale da un Secondo Pilastro Sanitario, è stato sviluppato un modello predittivo dal quale sono stati elaborati tre diversi scenari relativi all'evoluzione della spesa sanitaria nel prossimo decennio (dal 2016 al 2025).

3.1. Scenario 1: Spesa Sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative costante

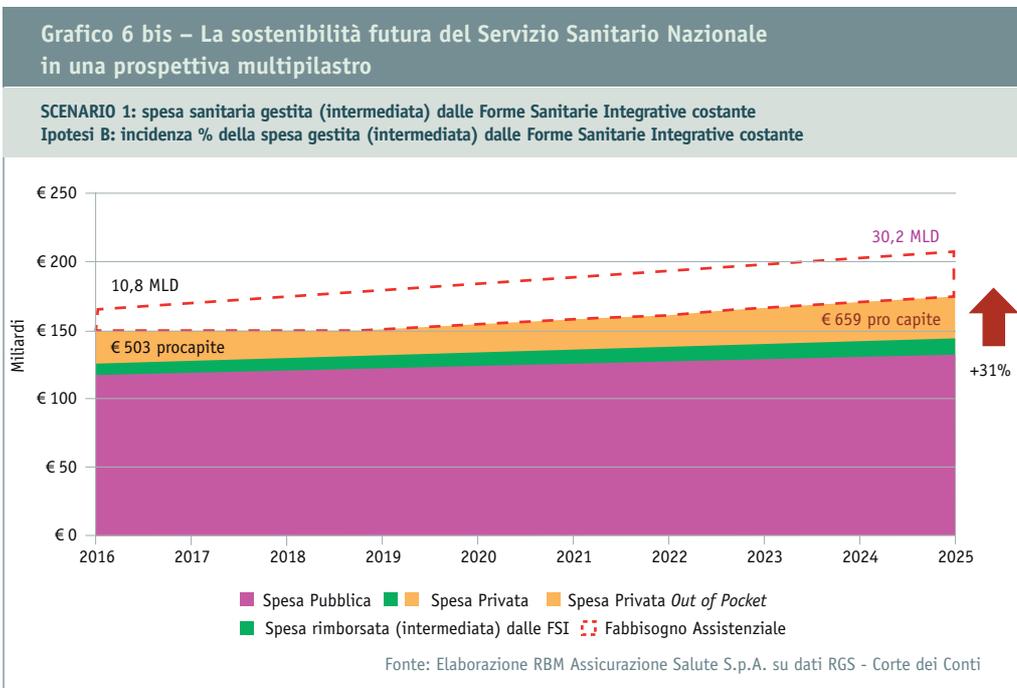
Il primo scenario ha l'obiettivo in particolare di valutare gli assetti possibile per contenere la crescita della spesa sanitaria privata di tasca propria (c.d. "*Out of Pocket*") a fronte di un crescente fabbisogno assistenziale da parte della popolazione. Se si considera infatti, in linea con quelle che sono le stime effettuate anche dalla Ragioneria Generale dello Stato, che – come già accennato – nel prossimo decennio il fabbisogno assistenziale dei cittadini italiani è destinato a crescere,, a fronte del mantenimento degli attuali livelli di spesa sanitaria pubblica i cittadini si troveranno a dover fronteggiare un incremento della spesa sanitaria privata, dagli attuali 580 Euro *pro capite* a 765 Euro *pro capite*.

In questa prospettiva sono state analizzate due ipotesi: l'ipotesi A (**Grafico 6**) considera il nostro sistema sanitario in un contesto di gestione da parte delle Forme Sanitarie Integrative di una spesa sanitaria costante in termini di valori assoluti; l'ipotesi B (**Grafico 6 bis**), invece, si basa su di una gestione da parte delle Forme Sanitarie Integrative di una spesa sanitaria privata costante in termini di incidenza percentuale sulla spesa sanitaria privata.

Le proiezioni effettuate nelle due ipotesi appena rappresentate mostrano come, qualora le Forme Sanitarie Integrative continuino a garantire ai cittadini l'intermediazione di un ammontare complessivo di spesa sanitaria privata pari a circa 5 miliardi di Euro (**Ipotesi A, Grafico 6**), la spesa sanitaria di tasca propria (c.d. "*Out of Pocket*") finirebbe per attestarsi ad 688 Euro *pro capite* (a fronte degli attuali 503 Euro *pro capite*) con un incremento percentuale del 37%; ove invece le Forme Sanitarie Integrative riescano a mantenere, pur a fronte di una significativa crescita della spesa sanitaria privata come quella proiettata dal modello di analisi, la gestione di una quota percentuale di spesa sanitaria privata analoga a quella attuale (**Ipotesi B, Grafico 6 bis**), ovvero di almeno il 14%, la spesa sanitaria "*Out of Pocket*" si posizionerebbe a 659 Euro *pro capite* (a fronte degli attuali 503 Euro per persona) con una crescita percentuale appena al di sotto del 31%.



25



Nel contempo le simulazioni effettuate mostrano come, in ogni caso, l'attuale impianto normativo della Sanità Integrativa incentrato prevalentemente sulla Contrattazione Collettiva Nazionale e sul *Welfare Aziendale* limiti significativamente il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative in termini di intermediazione effettiva della spesa sanitaria privata dei cittadini.

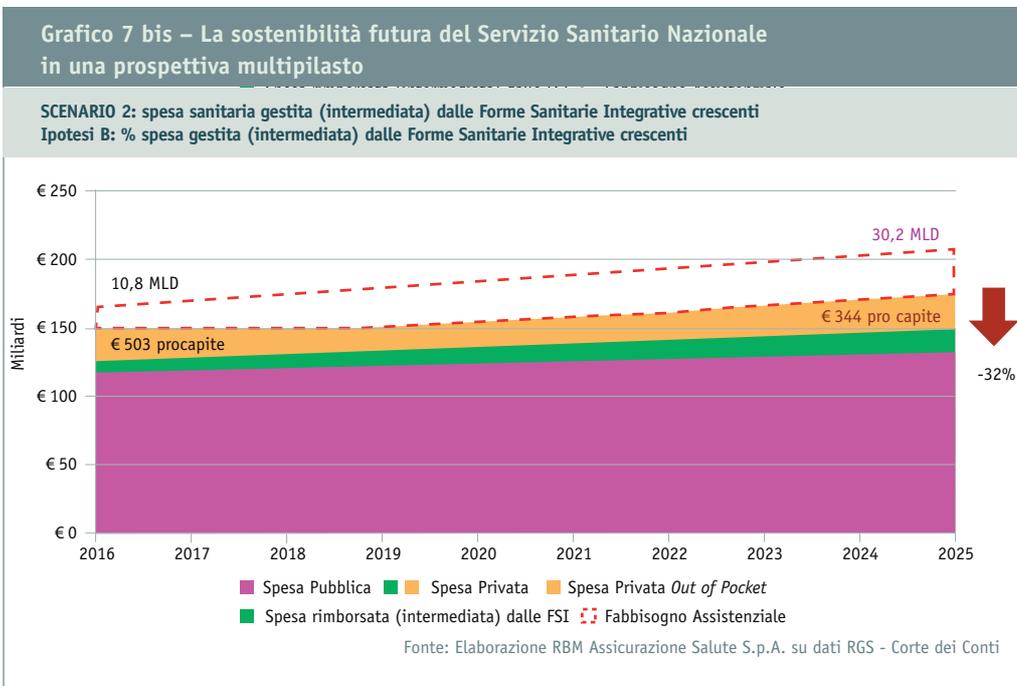
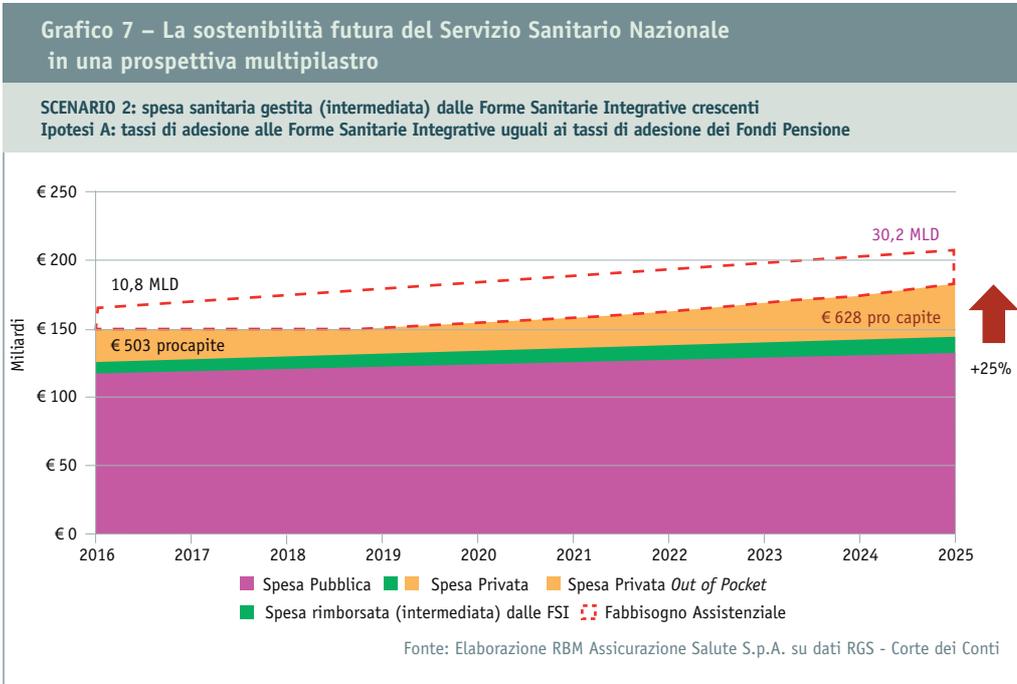
3.2. Scenario 2: Spesa Sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative crescente

A fronte delle considerazioni conclusive effettuate in relazione allo Scenario 1, è stato sviluppato lo Scenario 2 per misurare gli impatti in termini di incidenza della spesa sanitaria privata *pro capite* in un contesto di maggiore diffusione nel nostro Paese di Polizze e Fondi Sanitari, valutando sia un'ipotesi (l'ipotesi A) che potremmo definire di Secondo Sanitario Pilastro Integrativo (ovvero in linea con il modello attuale, incentrato sulla diffusione prioritaria di queste tutele al mondo del lavoro dipendente), sia un'ipotesi (l'ipotesi B) di Secondo Pilastro Sanitario Complementare (ovvero aperto, potenzialmente, a tutti i cittadini).

In particolare con riferimento all'ipotesi A (**Grafico 7**) è stato considerato il raggiungimento di un livello di adesione alle Forme di Sanità Integrativa sostanzialmente in linea con quello attualmente raggiunto dai Fondi Pensione (ovvero, circa il 33% dei potenziali aventi diritto); relativamente all'ipotesi B (**Grafico 7 bis**), probabilmente di maggior interesse per i futuri assetti del nostro Sistema Sanitario, invece si è contemplata una crescita della quota di spesa sanitaria privata gestita (intermediata) da parte delle Forme di Sanità Integrativa con un progressivo riallineamento ai livelli registrati già oggi come media dei Paesi OCSE (oltre il 40% della spesa sanitaria privata).

Le proiezioni effettuate nell'ipotesi A (**Grafico 7**) mostrano come qualora la percentuale di cittadini assicurati da Forme Sanitarie Integrative passi dall'attuale 20% (19,6% della popolazione (pari a 11,9 milioni di persone) al 33% (pari, nel 2025, a circa 20,7 milioni di persone), la spesa sanitaria rimborsata (intermediata) dalle Forme di Sanità Integrativa crescerebbe a 8,6 miliardi di Euro nel 2025 (il 17,8% della spesa privata), bloccando l'incremento della crescita della spesa sanitaria al + 25% del valore attuale pari a circa 628 Euro *pro capite* (a fronte degli attuali 503,00 Euro per persona).

Le proiezioni effettuate nell'ipotesi B (**Grafico 7 bis**) mostrano, invece, come qualora la percentuale di spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative passasse progressivamente dall'attuale 14% a livelli compresi tra il 40% ed il 50% della spesa sanitaria privata, in linea sostanzialmente con i valori medi osservati nei Paesi OCSE, la spesa sanitaria di tasca propria (c.d. "*Out of Pocket*") – pur in un contesto di incremento del fabbisogno assistenziale complessivo dei cittadini italiani comune a tutti gli scenari qui sviluppati – scenderebbe dagli attuali 503 Euro a persona a 344 Euro *pro capite* con una contrazione di quasi il 32%, rendendo complessivamente il Sistema Sanitario decisamente più equo e sostenibile.



3.3. Scenario 3: mantenimento della situazione economico-sanitaria

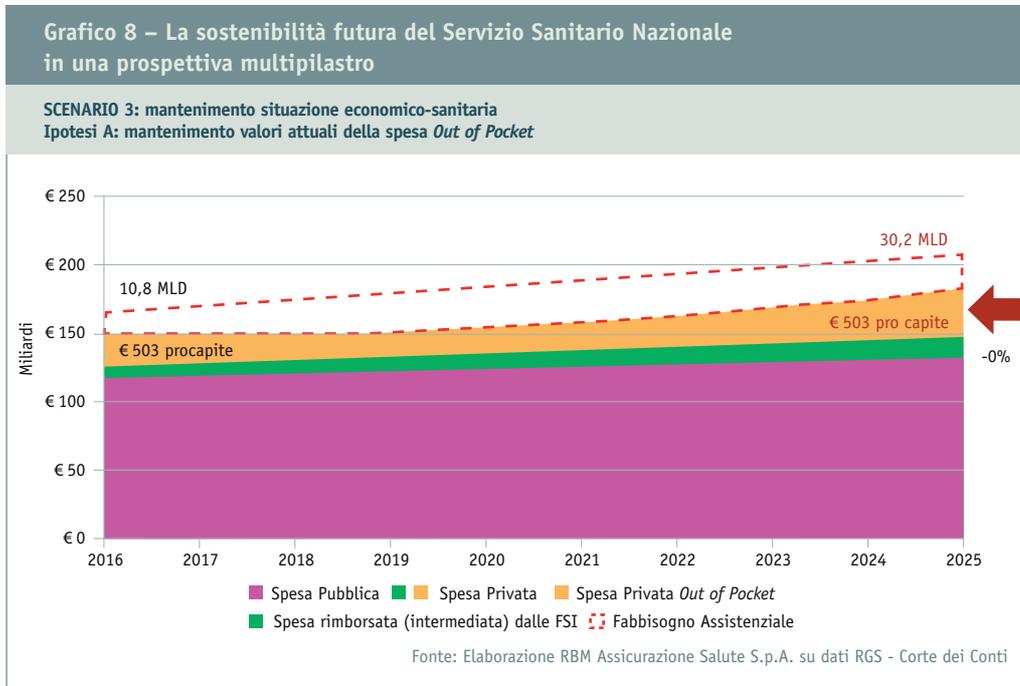
Il terzo ed ultimo scenario sviluppato nella nostra analisi intende, infine, misurare le condizioni necessarie, nel prossimo decennio (2016 – 2025), per mantenere inalterata la quota di spese sanitarie *Out of Pocket* dai cittadini (ipotesi A, Grafico 8) o, alternativamente, per mantenere inalterata l'attuale capacità assistenziale del Sistema Sanitario (ipotesi B, Grafico 8 bis).

Questo scenario pone, a nostro avviso, di fronte ad una scelta cruciale per il futuro del nostro Sistema Sanitario insistendo sul bilanciamento necessario tra sostenibilità e qualità delle cure. Infatti, a fronte del significativo incremento del fabbisogno assistenziale della popolazione, che come già ricordato richiederebbe un apporto di risorse aggiuntive compreso tra i 20 ed i 30 miliardi di Euro annui, le *policy* in materia sanitaria da adottare nei prossimi anni dovranno necessariamente identificare delle soluzioni in grado di sostenere economicamente il sistema attraverso un riposizionamento del perimetro del Servizio Sanitario Nazionale ovvero attraverso una maggiore compartecipazione dei singoli cittadini alla spesa. A quest'ultimo riguardo è bene sottolineare che il mantenimento dell'attuale capacità assistenziale da parte del Sistema Sanitario del nostro Paese, in assenza di interventi strutturali nel campo della Sanità Integrativa, richiederebbe un contributo medio per tutti i cittadini da pagare di tasca propria (c.d. "*Out of Pocket*") che passerebbe dagli attuali 580 Euro *pro capite* a 1.074 Euro a persona (+85%), con un impatto potenzialmente deflagrante sui redditi delle famiglie (e quindi, con un inevitabile incremento della spesa sanitaria privata).

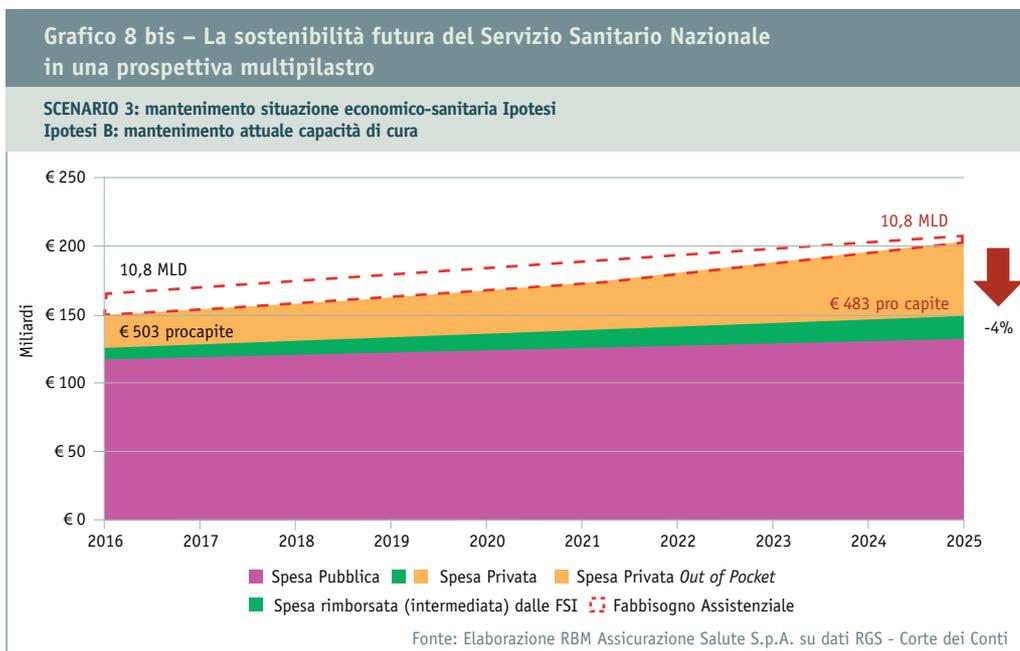
28

In questa prospettiva le proiezioni effettuate nell'ipotesi A mostrano come per mantenere inalterata la quota di spese sanitarie pagate *Out of Pocket* dai cittadini sarebbe necessario incrementare di quasi 7,5 volte l'ammontare della spesa sanitaria privata attualmente gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative, passando da una percentuale di intermediazione della spesa sanitaria privata di poco meno del 14% (su valori di spesa attuali) ad una percentuale di intermediazione di oltre il 20% (su valori di spesa proiettati al 2025). Alternativamente, sempre nell'ambito della medesima ipotesi (cfr. Grafico 8) si potrebbero attuare contestualmente delle *policy* di ridefinizione del campo di operatività del Servizio Sanitario Nazionale, decidendo di non intercettare quei nuovi fabbisogni assistenziali individuati dalla nostra proiezione (con una perdita di capacità assistenziale stimabile in oltre l'11% della operatività attuale) e di implementazione della quota di intermediazione della spesa sanitaria privata da parte di Compagnie Assicuratrici e Fondi Sanitari. In questo contesto sarebbe, infatti, possibile non avere incrementi sulla quota di spesa sanitaria di tasca propria (c.d. "*Out of Pocket*") attraverso un incremento di poco meno di 3,5 volte dell'ammontare della spesa sanitaria privata attualmente gestita (intermediata) da Forme Sanitarie Integrative.

Le proiezioni effettuate nell'ipotesi B (Grafico 8 bis) mostrano, invece, come per mantenere inalterata l'attuale capacità assistenziale del Sistema Sanitario evitando un



29



incremento della spesa sanitaria privata di ciascun cittadino al di sopra della quota di 1.000 Euro *pro capite* sarebbe necessario far crescere la percentuale dei cittadini assicurati attraverso Fondi Sanitari dall'attuale 19% alla quasi totalità della popolazione (97,5%).

Questa ipotesi finirebbe per configurare un paradigma di sistema sanitario molto vicino a quello francese che prevede ad integrazione del sistema di base un sistema di assicurazione sociale diffusa, finalizzato a ridurre l'incidenza delle spese sanitarie rimaste a carico dei cittadini. Si tratterebbe, in altre parole, di istituzionalizzare la Sanità Integrativa quale gamba ancillare ed organica del Servizio Sanitario Nazionale, con la *mission* di intercettare la spesa sanitaria privata redistribuendone i costi tra i cittadini mediante un'impostazione più equa e progressiva.

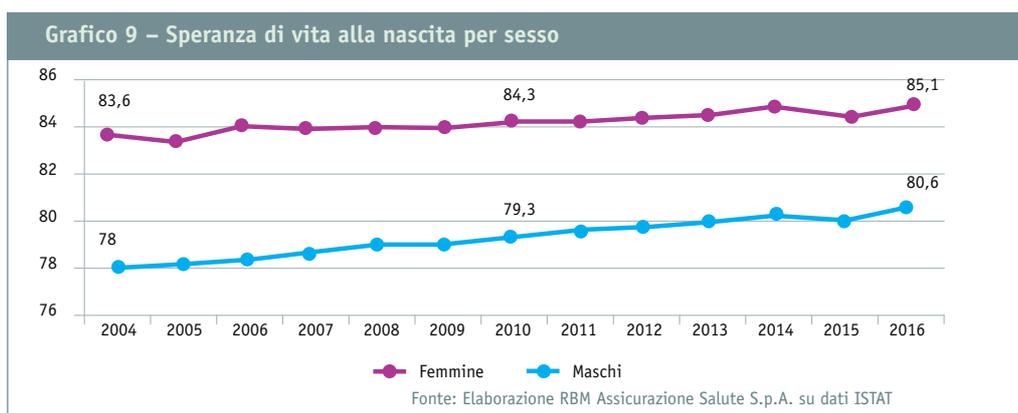
4. I bisogni di cura: un universo in espansione

Come già accennato precedentemente le dinamiche demografiche, da un lato, e l'incremento della capacità di cura, dall'altro, esercitano una pressione crescente sui sistemi sanitari pubblici di tutti i Paesi OCSE ed, in particolare, di quelli dell'Area Euro. L'Italia, con 82,5 anni di vita media, è uno dei Paesi più longevi al mondo e, in Europa, è seconda solo alla Germania. E' necessario pertanto prendere atto che lo scenario di riferimento delle politiche sanitarie ed assistenziali del nostro Paese è profondamente cambiato e richiede l'utilizzo di strumenti nuovi che siano in grado di cogliere questa sfida che di fatto ha esteso il perimetro di gioco dei bisogni di cura. In questa prospettiva si ritiene opportuno, prima di proseguire la nostra analisi sulle dinamiche della spesa sanitaria in Italia, effettuare una rapida ricognizione dei *trend* che vanno consolidandosi in campo demografico in relazione alla popolazione italiana.

30

4.1. La speranza di vita

Dopo una lieve flessione registrata nel 2015 imputabile a fattori demografici, epidemiologici ed ambientali, la speranza di vita nel 2016 è tornata a crescere (Grafico 9), con una stabilizzazione della riduzione del *gap* tra femmine e maschi a 4,5 anni in favore delle donne.



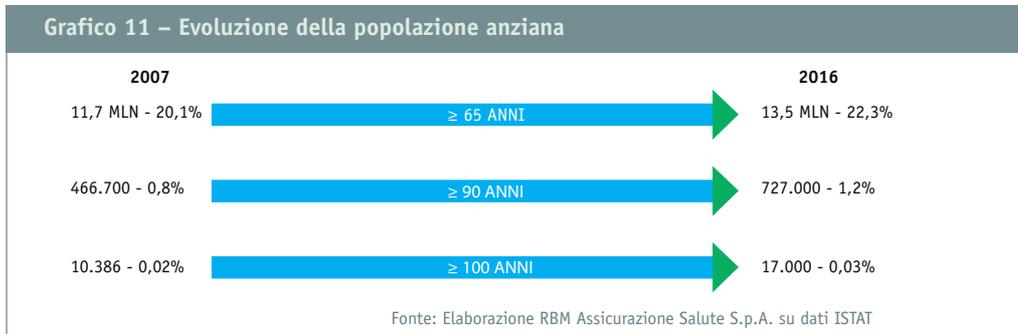
Permane invece il divario in termini di speranza di vita tra le quattro macro aree geografiche del nostro Paese, con valori leggermente superiori alla media nelle aree del



Nord e del Centro e più bassi al Sud, sia per le femmine che per i maschi (Grafico 10).

Da sottolineare, poi, anche l'incremento del numero degli anziani passati da poco meno di 12,2 milioni nel 2007 a quasi 15 milioni nel 2016. Si tratta di un dato di assoluto interesse anche perché all'incremento del numero di anziani si associa anche un aumento dell'incidenza degli anziani sulla popolazione complessiva che passa dal 21% nel 2007 al 25% nel 2016).

31



4.2. La speranza di vita a 65 anni

A fronte della dinamica demografica appena illustrata è importante valutare anche lo stato di salute degli *over 65*. In proposito bisogna considerare che nel nostro Paese la speranza di vita senza limitazioni a 65 anni è di circa un anno inferiore rispetto alla media europea (8,6 anni per entrambi i generi) ed è simile a quella di Grecia, Slovenia e Austria. Come mostra il Grafico 12, i maschi pur presentando una speranza di vita a 65 anni inferiore (ovvero un numero inferiore di anni vita residui) si caratterizzano per una minore incidenza di limitazioni di attività, diversamente le femmine, pur vivendo mediamente più a lungo, presentano condizioni di salute peggiori. Si consideri, infatti, che più della metà degli anni di vita residui per le femmine sono caratterizzati da limitazioni nelle attività.

Sempre il Grafico in commento, peraltro, conferma un'ulteriore evidenza anticipata nella nostra analisi rispetto al progressivo incremento della capacità di cura. In proposito, è interessante osservare, infatti, che per entrambi i generi l'incidenza si annui residui rispetto alla speranza di vita risulti comunque decrescente.

Grafico 12 – Speranza di vita a 65 anni per condizioni di salute



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ISTAT

Un'ultima riflessione deve, poi, essere fatta con riferimento al fattore territoriale. Il **tabella 1** infatti mostra, sia per i maschi che per le femmine, un evidente *gap* tra la speranza di vita a 65 anni delle macro aree Nore Ovest, Nord Est e Centro rispetto alla macro area Sud. In merito, peraltro, bisogna considerare che tale svantaggio va ad aggiungersi alla minore speranza di vita a 65 anni già rilevata in precedenza con riferimento alla macro area Sud plicando ulteriormente il *gap* con le altre macro aree del nostro Paese.

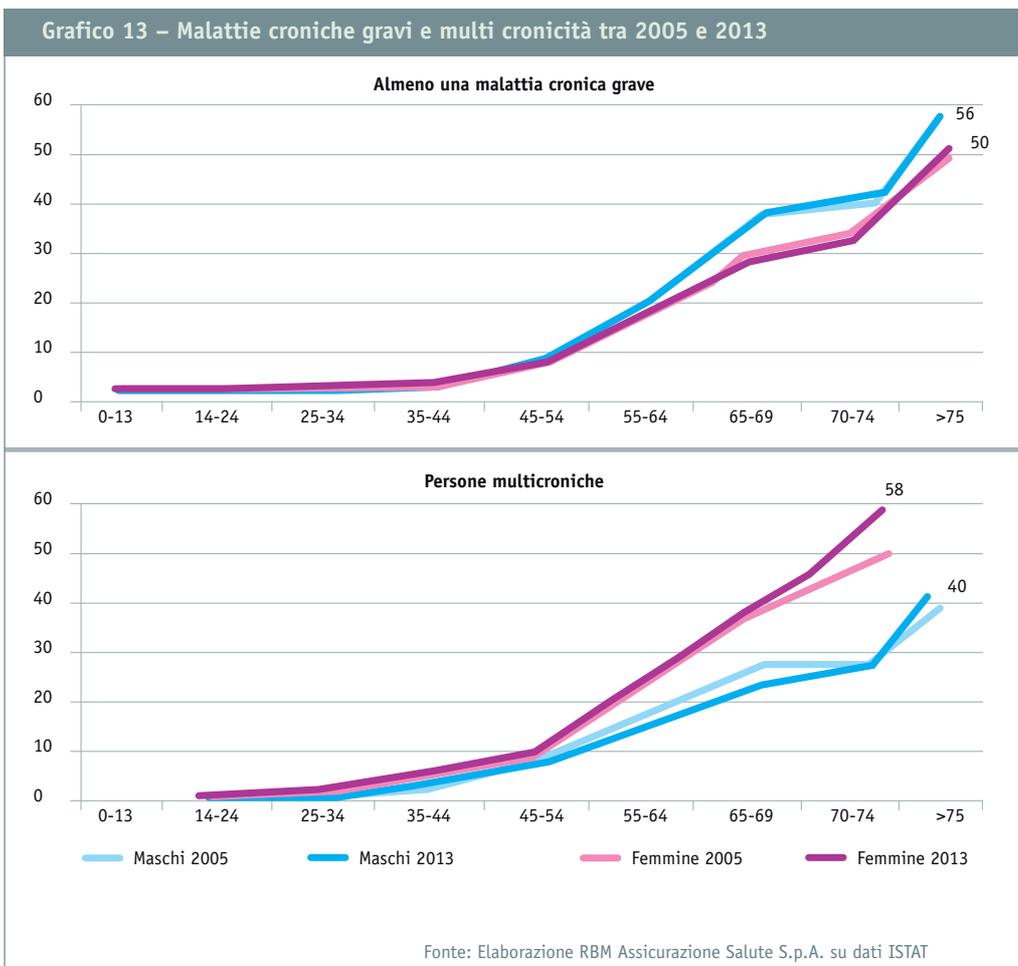
Tabella 1 – Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni per macro area		
2015	Maschi	Femmine
Nord	10,6	10,9
Centro	10,4	10,0
Sude Isole	8,5	7,5
Italia	9,9	9,6

Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ISTAT

4.3. Sviluppo di cronicità e multicronicità

Di assoluto interesse anche gli indicatori relativi ai temi della cronicità e della multicronicità (Grafico 13).

Il 14,8% della popolazione italiana (il 15,9% al Sud) presenta una malattia cronica grave. L'incidenza della cronicità risulta maggiore per i maschi (il 15,9%) e più contenuta per le femmine (il 13,7%). Il 13,6% della popolazione italiana presenta problemi di multicronicità



(il 15,7% nelle Isole), ovvero di contestuale compresenza di almeno 3 malattie croniche. Contrariamente a quanto rilevato riguardo alla cronicità, le femmine presentano un tasso di multicronicità più elevato. E' multicronico, infatti, il 16,9% delle femmine e il 10,2% dei maschi.

Importante considerare anche la concentrazione di cronicità e multicronicità sulle fasce di età più elevate: risultano infatti cronici il 44,6% (il 49% al Sud) degli *over 65* e multicronici il 42,2% degli *over 65* (il 47% al Sud).

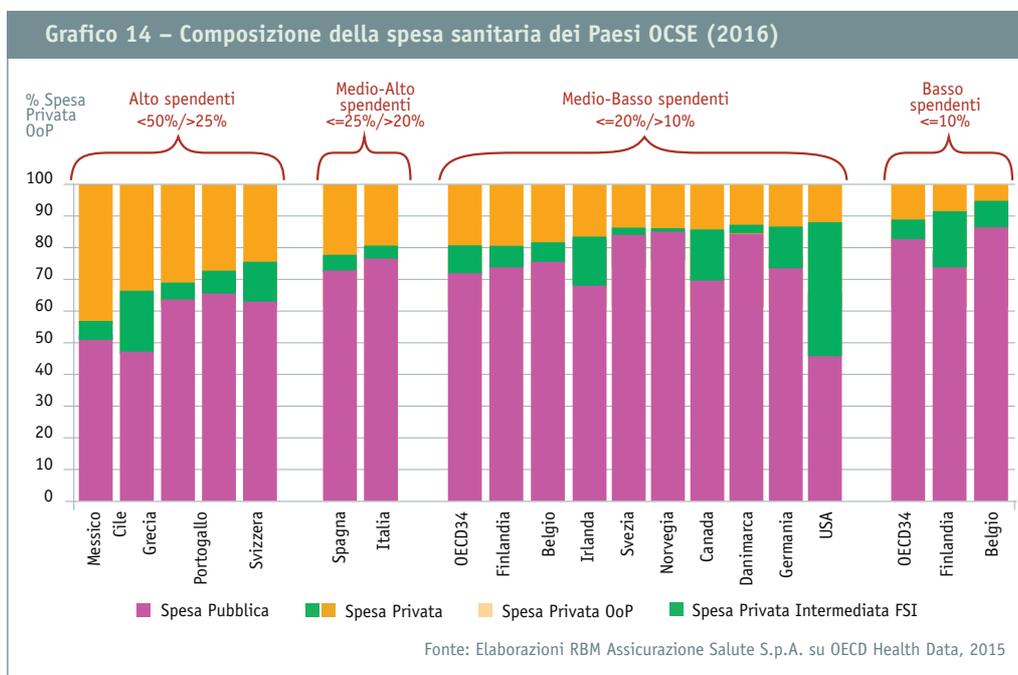
Da ultimo, analizzando i trend del fenomeno, bisogna rilevare che risulta sostanzialmente stabile la quota di popolazione con malattie croniche gravi, mentre è in aumento la quota dei multicronici, in particolare tra le donne anziane. Parimenti significativo il dato dell'esplosione della cronicità e della multicronicità al Sud che assume, di fatto, il carattere di una vera e propria emergenza sia in termini economici che sociali.

B) Sistemi Sanitari a confronto

1. La composizione della Spesa Sanitaria nei Paesi OCSE

L'Italia è tra i Paesi OCSE che presentano un'incidenza della spesa sanitaria privata di tasca propria (c.d. "Out of Pocket") più elevata (Paesi medio-alto spendenti). Come emerge con chiarezza dal **Grafico 14**, infatti, tra i Paesi dell'Europa a 14 quote più elevate di spesa sanitaria *Out of Pocket* si registrano esclusivamente in Grecia e in Portogallo. Nel nostro

Grafico 14 – Composizione della spesa sanitaria dei Paesi OCSE (2016)



Paese l'incidenza della spesa sanitaria privata pagata direttamente dalla famiglie, in aggiunta al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, ammonta a più di tre volte quella della Francia, a più di due volte quella del Regno Unito e a più di una volta e mezzo quella della Germania. Non a caso a livello OCSE l'Italia si colloca non lontano dal posizionamento di Paesi come Cile e Messico, noti in letteratura per le loro politiche ultra-liberiste in sanità e per un ruolo di controllo da parte dello Stato piuttosto marginale in questo settore.

La criticità principale del nostro Paese è che solo il 3,3% della spesa sanitaria totale è assicurata mediante Forme Sanitarie Integrative e questo grava inevitabilmente i redditi delle famiglie degli oneri economici per la cura e l'assistenza privata delle persone, senza alcuna *governance* e/o strumento perequativo da parte dello Stato. In altri termini, dal momento che l'attuale sistema sanitario del nostro Paese lascia che la soddisfazione di tali bisogni sanitari dipenda esclusivamente alla capacità reddituale di ciascun cittadino, inevitabilmente, unitamente alla crescita delle spesa sanitaria privata non possono che crescere anche le disuguaglianze sociali.

Se si vuole, pertanto, realmente preservare e ri-affermare i valori universalistici propri del nostro Sistema Sanitario, non ci si può limitare a difendere l'impostazione di fondo del Servizio Sanitario Nazionale ma bisogna, anzitutto, valutare strumenti che siano in grado di garantire una gestione completa delle istanze di salute dei cittadini e delle relative modalità di finanziamento.

È per questo motivo che per fronteggiare con efficacia questa situazione non basta una mera diffusione della Sanità Integrativa a categorie sempre più ampie di lavoratori ma occorre risolvere strutturalmente il problema atavico della sotto-assicurazione della spesa sanitaria privata dei cittadini attraverso l'istituzione di un Secondo Pilastro anche in sanità diffuso ed accessibile a tutti i cittadini.

2. Assicurati da Forme Sanitarie Integrative nei Paesi OCSE

Una evoluzione *multipillar* del sistema sanitario è già realtà in molti Paesi Europei (si pensi alla Gran Bretagna, alla Francia, alla Germania e all'Olanda) e ha coinvolto, in ambito OCSE, anche Paesi con sistemi di Welfare, come il nostro, ovvero tradizionalmente incentrati sul principio fondante dell'universalismo (quali la Gran Bretagna, il Canada e l'Australia).

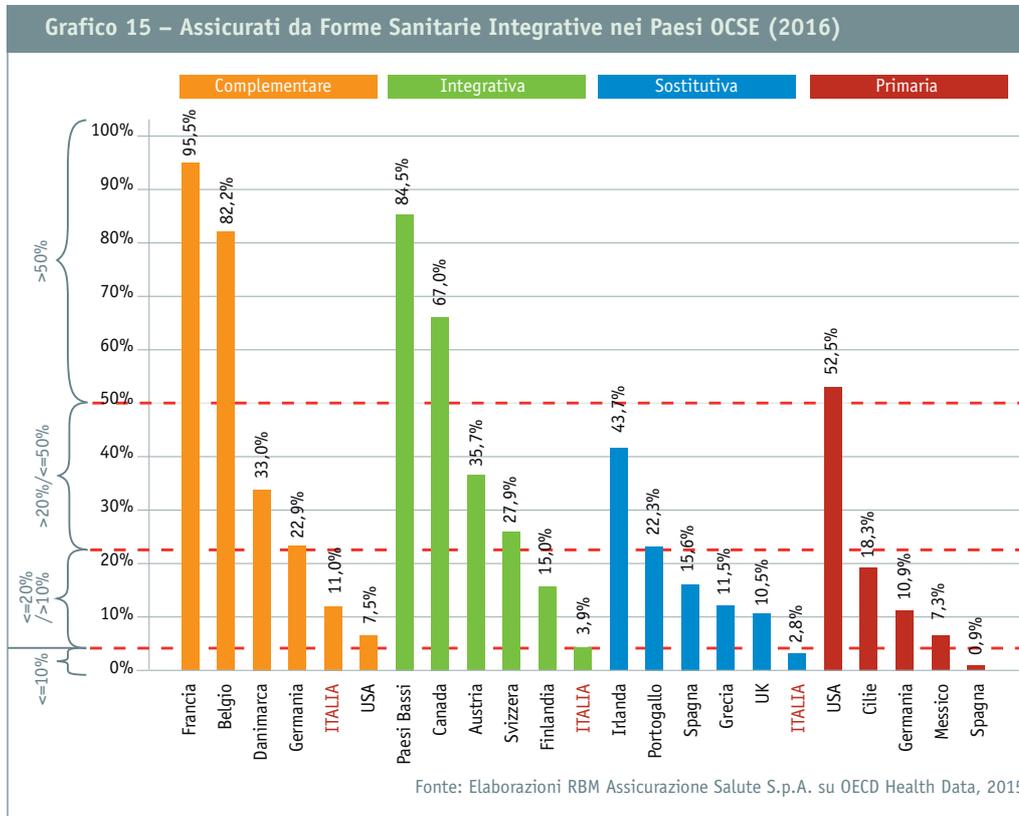
In generale, infatti, la copertura di base garantita ai cittadini attraverso il Primo Pilastro (*primary*, forme sanitarie di base), attuata attraverso sistemi pubblici o sistemi assicurativi privati, copre una serie predefinita ("*basket*") di cure ed assistenze con la previsione – nella quasi totalità dei casi – di quote di compartecipazione a carico dei cittadini. Nella maggior parte dei Paesi OCSE (cfr. **Grafico 15**), al sistema di tutela sanitaria di base si affianca, su base "istituzionale" o "volontaria", un Secondo Pilastro Sanitario aggiuntivo che ha l'obiettivo – a seconda delle policy di ciascun Paese, di rimborsare i costi sanitari rimasti a carico del cittadino (*complementary private health insurance*, forme sanitarie complementari), di integrare il basket di prestazioni sanitarie garantite dal Primo Pilastro (integrative private

health insurance, forme sanitarie integrative) o di garantire un accesso più rapido alle cure e/o una più ampia scelta tra strutture sanitarie e medici (*duplicate private health insurance*, forme sanitarie sostitutive).

In Francia, in Belgio ed in Germania il Primo Pilastro Sanitario è affiancato da un diffuso sistema di forme sanitarie complementari finalizzate a neutralizzare gli effetti delle spese sanitarie che incidono direttamente sui redditi delle famiglie. In Olanda, invece, il sistema di tutele di base è integrato attraverso un Secondo Pilastro Sanitario, a gestione assicurativa, che si occupa di garantire la copertura per le spese relative alle spese odontoiatriche ed ai farmaci, nonché ad una serie predefinita di ulteriori prestazioni sanitarie non ricomprese nel perimetro assistenziale primario. In Irlanda, Spagna, Portogallo e Regno Unito, invece, il sistema sanitario pubblico è affiancato da forme sanitarie assicurative che hanno la finalità di garantire ai cittadini un più rapido accesso alle cure, rispetto alle liste di attesa gestite nel sistema pubblico, la possibilità di scelta della struttura sanitaria e dei medici di propria fiducia e il rimborso economico di alcune prestazioni sanitarie esplicitamente non ricomprese nei livelli assistenziali di base.

Fermo restando un *trend* consolidato nei Paesi OCSE di *shifting* verso una ri-articolazione dei propri sistemi sanitari secondo un impianto multi-pilastro, il livello di diffusione alla popolazione di tali strumenti risulta assolutamente diversificato e peculiarmente connesso alla *mission* in termini di *policy* sanitaria affidatagli (complementare, integrativa o sostitutiva). Beneficiano, infatti, di un Secondo Pilastro Sanitario oltre la metà dei cittadini di Francia (in questo caso, il livello di diffusione riguarda la quasi totalità della popolazione con funzione complementare, in base al modello di istituzionalizzazione illustrato nel successivo capitolo G), Belgio (oltre l'80%), Olanda (l'85%), Canada e Stati Uniti; oltre il 20% dei cittadini di Germania (il 33%, di cui il 23% con funzione complementare e l'11% con funzione sostitutiva attraverso il modello del c.d. "opting out" per il quale si rinvia ai successivi capitoli G e H), Austria (il 35%), Irlanda (il 44%), Svizzera e Portogallo; ed oltre il 10% dei cittadini di Spagna (il 16%) e Regno Unito (l'11%).

L'Italia a differenza dei principali Paesi OCSE analizzati si caratterizza, innanzitutto per l'assenza di un progetto strutturato relativo ad un Secondo Pilastro in Sanità. Il nostro Paese, infatti, è l'unico a presentare nel grafico in commento (**Grafico 15**) la compresenza di tre funzioni svolte contemporaneamente dalle forme sanitarie "aggiuntive" con un range di copertura che va dalla mera "integrazione" del Servizio Sanitario Nazionale alla sostituzione (duplicazione), passando per la complementarità. Peraltro, la diversità di tali funzioni, lungi dall'essere frutto di un'organizzazione preordinata di diversi livelli assistenziali spettanti a categorie diverse di cittadini – come, invece, nel caso della Germania che associa ad un Secondo Pilastro Complementare di origine occupazionale ma accessibile a tutti i cittadini un sistema di c.d. "Opting Out" riservato ai redditi più elevati (per maggiori informazioni al riguardo, si rinvia al successivo capitolo G) –, deriva prevalentemente da scelte di *policy* assistenziale rimesse all'autonomia di ciascuna Forma Sanitaria che, nei fatti, autodetermina il proprio perimetro di azione.



Ne risulta, pertanto, un quadro assistenziale estremamente frammentario nel quale l'11% dei cittadini italiani risulta beneficiario di forme sanitarie complementari, il 3,9% di forme sanitarie integrative (in teoria quelle promosse e più incentivate dalla legislazione vigente) e il 2,8% da forme sanitarie sostitutive (duplicative) del Servizio Sanitario Nazionale.

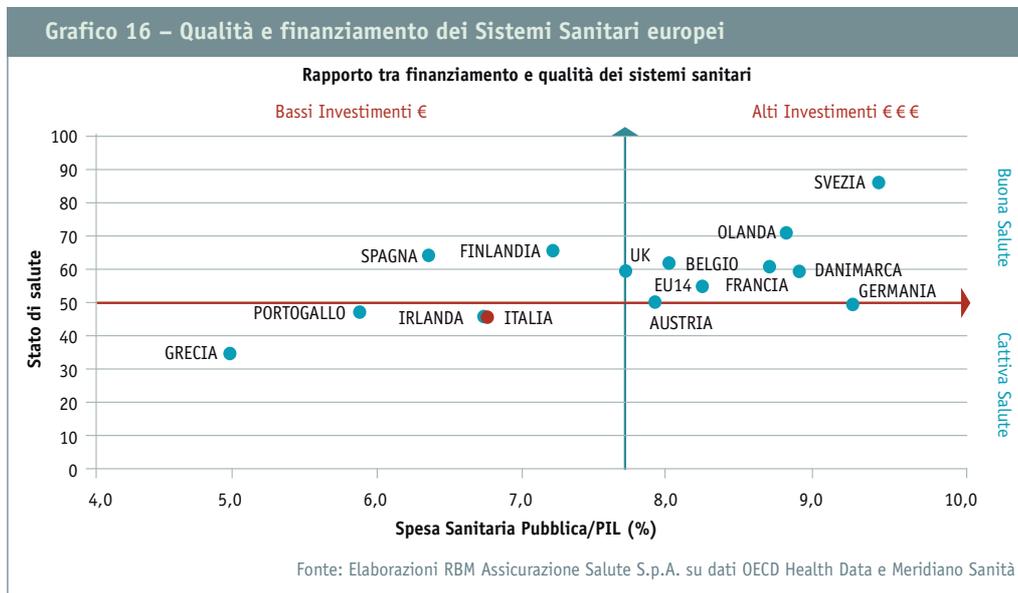
Ricomponendo i dati appena presentati, tutto considerato, il nostro Paese finisce pertanto per far registrare un discreto livello di diffusione della Sanità Integrativa che si attesta complessivamente al 19% della popolazione complessiva. Si tratta di un livello di estensione maggiore di quello registrato nel Regno Unito, che però garantisce, attraverso il proprio Secondo Pilastro Sanitario, un livello di intermediazione della Spesa Sanitaria Privata di quasi il 43% rispetto ad un 13% osservato nel nostro Paese, ma comunque inferiore a quello di Germania e Francia. Tuttavia, la mancanza di un disegno organico relativo ad un Secondo Pilastro in Sanità, così come l'assenza di qualsiasi collegamento tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Forme Sanitarie Integrative, non consentono lo sviluppo di quelle condizioni minime che sarebbero indispensabili per attuare un'adeguata intermediazione della spesa sanitaria privata, non consentendo nei fatti alle Forme Sanitarie Integrative di assumere un ruolo sociale ben definito.

3. Qualità e finanziamento dei Sistemi Sanitari europei

Come analizzato in precedenza (cfr. Capitolo A, §2) con riferimento alle *performance* dei diversi Sistemi Sanitari Regionali, anche a livello internazionale si conferma l'esistenza di un collegamento diretto tra qualità delle cure e livello di finanziamento dei Sistemi Sanitari di ciascun Paese.

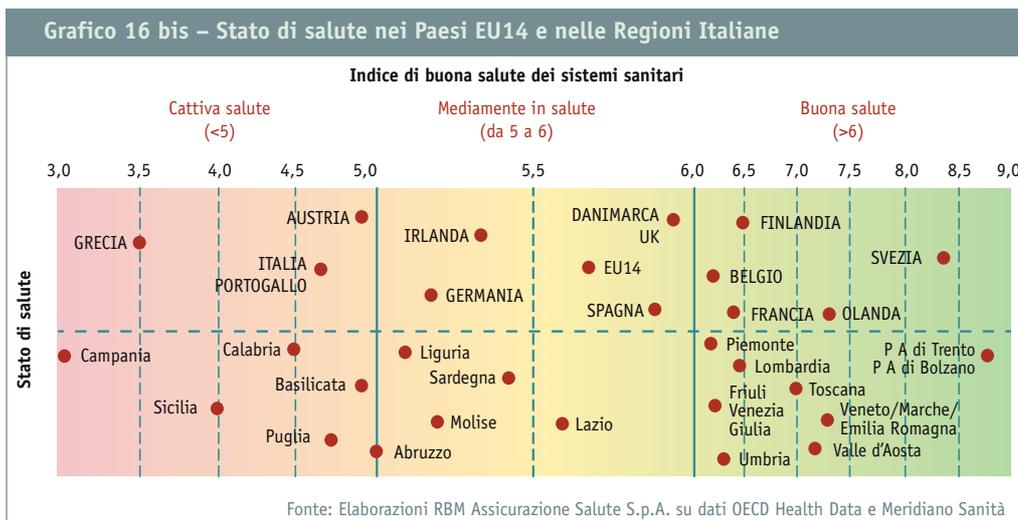
In quest'ottica abbiamo approfondito in primo luogo (Grafico 16) la relazione esistente tra stato di salute registrato nei diversi Paesi dell'Europa a 14 e rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL. Dalla ricognizione effettuata è emerso che la migliore *performance* (*best performer*) risulta essere quella della Svezia che registra un indice di buona salute del 8,4/10 a fronte di un rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL del 9,3%. Si posizionano come *top performer* la Finlandia (indice di buona salute 6,5/10 a fronte di un rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL del 7,3%), la Francia (indice di buona salute 6,2/10 a fronte di un rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL dell'8,6%) ed il Belgio (indice di buona salute 6,2/10 a fronte di un rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL dell'8%). Nell'area dei *lower performer* troviamo, invece, l'Italia (indice di buona salute 4,7/10 a fronte di un rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL del 6,5%), il Portogallo (indice di buona salute 4,7/10 a fronte di un rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL del 5,8%) e l'Austria. *Worst performer*, infine, la Grecia (indice di buona salute 3,5/10 a fronte di un rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL del 5%).

38



In secondo luogo (Grafico 16bis), anche al fine di sottolineare le disuguaglianze crescenti frutto dell'adozione del c.d. "federalismo sanitario", abbiamo ritenuto utile incrociare le evidenze relative allo stato di salute della popolazione nei diversi Paesi dell'Europa a 14 e

nelle Regioni italiane. Ne è emerso, in sintesi, un quadro estremamente interessante che posiziona le nostre Regioni, a seconda della qualità espressa dai rispettivi Sistemi Sanitari, all'area dell'Europa più sviluppata in termini di sistemi di sicurezza sociale (è il caso, ad esempio delle Province Autonome di Trento e Bolzano, del Veneto, del Piemonte e della Lombardia, i cui indicatori sono prossimi a quelli di Paesi *top performer* o a quelli di Svezia, Olanda e Francia), piuttosto che ai modelli assistenziali dei Paesi meno performanti (è il caso principalmente delle Regioni del Sud, che presentano risultati in linea con quelli dei Paesi *worst performer*, quali Grecia e Portogallo). Se da un lato la diversificazione delle ricette dei Sistemi Sanitari Regionali porta a delle eccellenze, dall'altro risulta evidente l'indispensabilità di una forma di perequazione, in grado di favorire una più efficiente redistribuzione della capacità assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale tra i cittadini anche in ragione della diversa disponibilità di finanziamento della spesa nelle diverse Regioni italiane.



39

C) Identikit della Spesa Sanitaria Privata

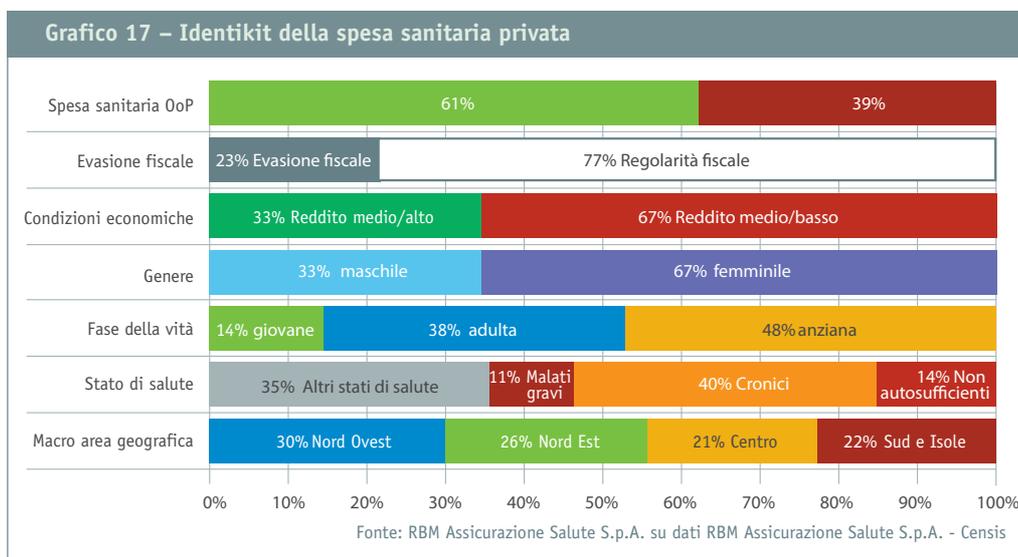
1. La Spesa Sanitaria Privata in Italia: caratteristiche e composizione

Nel 2015 più della metà degli italiani (36 milioni) ha dovuto affrontare spese sanitarie *Out of Pocket* per l'acquisto di servizi e prestazioni. La spesa sanitaria privata degli Italiani dal 2007 al 2016 ha continuato a crescere e nel 2016 ha raggiunto i 35,2 miliardi, come confermato anche dalle ultime indagini ISTAT². Il **Grafico 17**, che segue, sintetizza i tratti caratteristici della spesa sanitaria privata in Italia consentendo anche di superare una serie di percezioni inesatte spesso connotate da alcune venature ideologiche che poco hanno a

² Al momento della pubblicazione del presente lavoro (luglio 2016) l'ISTAT ha appena ufficializzato una nuova stima sull'ammontare della spesa sanitaria privata nel 2016 che proietta il dato qui riportato a 37,3 mld di Euro. .

che fare con la reale essenza di questo fenomeno. Un aspetto fondamentale da tener presente anche ai fini di una misurazione dell'uguaglianza complessiva del sistema sanitario del nostro Paese, è che la spesa sanitaria privata non è appannaggio esclusivamente di persone abbienti alla ricerca della sanità migliore o personalizzata, ma è ormai componente stabile dei *budget* familiari in modo sostanzialmente trasversale ai gruppi sociali: sono infatti quasi due terzi le persone a basso reddito che hanno dovuto affrontare spese sanitarie private di tasca propria (c.d. "Out of Pocket"). Tra chi ha dovuto affrontare spese sanitarie private vanno annoverati prevalentemente malati cronici (circa il 40%), non autosufficienti (il 14%), i malati gravi (l'11%), donne (il 67% dei cittadini che ha sostenuto di tasca propria una spesa sanitaria privatamente è, infatti, di genere femminile) e famiglie con figli minori. In generale, bisogna rilevare che la spesa sanitaria privata cresce all'aumentare dell'età e della gravità delle patologie.

40

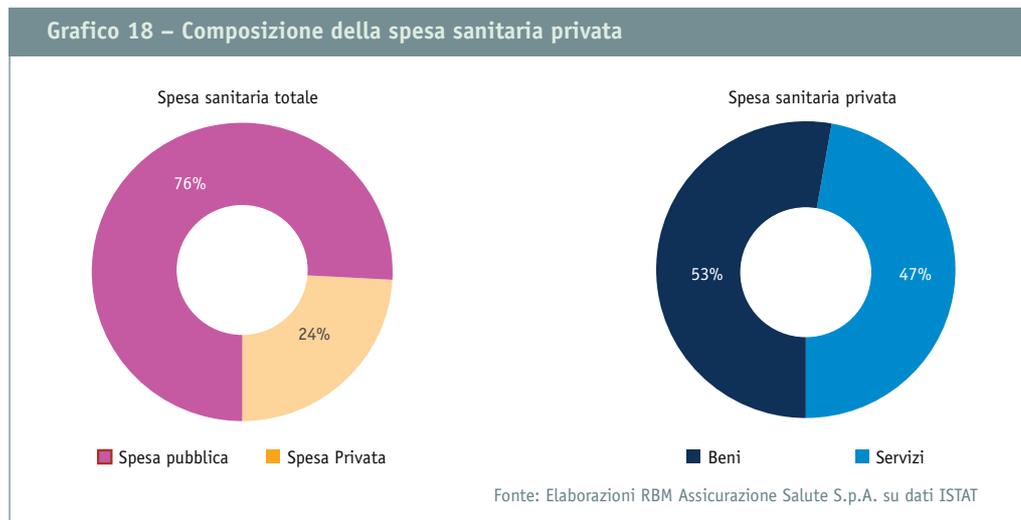


In questo contesto un numero crescente di Italiani ha avuto difficoltà nel pagare spese sanitarie "Out of Pocket"; fenomeno, peraltro, che si caratterizza per la sua marcata regressività (dal momento che la quota di persone a basso reddito è quadrupla rispetto a quella delle persone benestanti) e per la forte territorializzazione (le persone in difficoltà per le spese sanitarie private a Sud, infatti, sono più del doppio di quelle registrate al Nord).

In base all'ultimo Rapporto "Curiamo la corruzione 2016", promosso da Transparency International Italia in *partnership* con Censis, Ispe-Sanità e Rissc, peraltro, si stima che circa il 23% per cento della spesa sanitaria privata sarebbe esposta a rischio di elusione/evasione fiscale con l'effetto, tra gli altri, che la reale incidenza del fenomeno in

2 Il sistema francese, invece, prevede l'anticipo della spesa sanitaria da parte dei cittadini e poi il successivo rimborso - in tutto o in parte - da parte dello Stato.

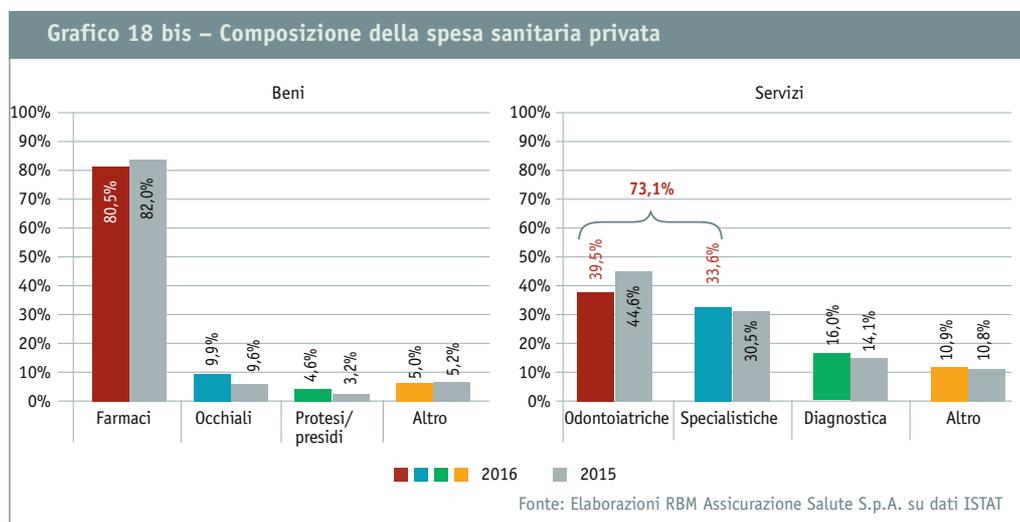
commento sui redditi delle famiglie italiane potrebbe essere ben più consistente (indicativamente le stime considerano una consistenza ulteriore compresa tra i 6 e gli 8 miliardi di Euro annui).



Per comprendere appieno il fenomeno della spesa sanitaria privata non si può non considerare il punto di vista dei bisogni ai quali risponde e le diverse componenti nelle quali si articola. La spesa sanitaria privata è composta per più della metà dall'acquisto di beni (Grafico 18) (di cui l'80,5% sono farmaci, molti dei quali erogati dal Servizio Sanitario Nazionale solo al verificarsi di determinate condizioni patologiche e/o reddituali); nella quota "servizio" l'odontoiatria e le visite specialistiche si attestano al 73,1%, seguite dalla diagnostica (che corrisponde ad una quota di consumo pari a poco meno del 50% della spesa sanitaria destinata alla specialistica) e dalle analisi di laboratorio (Grafico 18 bis).

La quota più rilevante di spesa sanitaria privata è concentrata in area extra-ospedaliera dove, non a caso, esiste un problema piuttosto significativo di accessibilità alle cure. Oltre alla specialistica, come appena rilevato, particolarmente rilevante risulta la spesa sostenuta di tasca propria dai cittadini per le cure odontoiatriche per le quali non esiste, salvo che per limitate fasce della popolazione, un'assistenza da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Oltre il 50% di coloro che ricorrono alla sanità privata lo fanno principalmente per via della scarsa accessibilità (liste di attesa, difficoltà logistiche legate alle strutture sanitarie pubbliche, problemi organizzativi di compatibilità tra i propri tempi di lavoro/vita e fruibilità delle prestazioni presso le strutture sanitarie pubbliche; inoltre una quota parte della spesa computata nella spesa "Out of Pocket" (circa €3,3 miliardi l'anno), è riconducibile ai *ticket* a carico dei cittadini.



Possiamo quindi concludere che la spesa sanitaria privata, lungi dal poter essere ricondotta esclusivamente al campo dell'inappropriatezza o del consumismo sanitario, c'è ed è destinata a restare e, nella maggior parte dei casi, si genera a seguito di bisogni oggettivi della popolazione che, anche alla luce dei cambiamenti demografici e delle evoluzioni tecnologiche che ci attendono, potranno solo acuirsi in futuro.

Anche alla luce di queste considerazioni è di fondamentale importanza per la tenuta complessiva del patto sociale sul quale affonda le sue radici il nostro Welfare State che l'incidenza della spesa sanitaria privata sui redditi dei cittadini venga costantemente monitorato anche al fine di attuare degli strumenti, quali ad esempio un Secondo Pilastro Sanitario, che possano favorirne il controllo ed una più adeguata redistribuzione.

Bisogna considerare, infatti, che la spesa sanitaria privata *pro capite* è passata da € 484 del 2012 a €580 di quest'anno, con un'incidenza sui nuclei familiari di quasi € 2.000 (un aumento di oltre €750 a nucleo) (Tabella 2). Non bisogna trascurare, peraltro, che al di là della media nazionale vi sono Regioni in cui la spesa sanitaria privata *pro capite* e pro nucleo è ancora maggiore. Come approfondito in maggior dettaglio nel successivo Capitolo D), infatti, la spesa sanitaria privata supera gli oltre 700 Euro *pro capite* nelle Regioni "alto-spendenti", è compresa tra 700 e 550 Euro per cittadino nelle Regioni medio-alto spendenti, e tra 550 e 400 nelle Regioni medio-basso spendenti e presenta un livello medio di circa 350 Euro per persona nelle Regioni basso spendenti.

Non sorprende quindi che si registri ormai da tempo, cfr. Capitolo H §2.3, un interesse crescente degli Italiani per la Sanità Integrativa come strumento in grado di garantire al contempo una maggiore accessibilità alle cure (superamento delle liste di attesa

Tabella 2 – Trend della spesa sanitaria privata

	2012	2013	2014	2015	2016*
Italia (totale)	32,7 mld	32,7 mld	33,7 mld	35 mld	35,2 mld
Pro capite	€484,77	€538,03	€555,01	€568,70	€579,93
Pro nucleo	€1.211,92	€1.352,41	€1.886,06	€1.924,86	€1.966,91

*2016: dato stimato

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ISTAT

e degli altri meccanismi di “razionamento implicito” attuati dal S.S.N.) e di “intermediare” i costi della spesa sanitaria privata a proprio carico.

2. Quote di universalismo perdute dal Servizio Sanitario Nazionale

Se venisse chiesto a chiunque di noi di valutare un sistema sociale nel quale la soddisfazione di uno o più diritti primari è subordinato alla propria capacità reddituale ovvero alla possibilità più o meno ampia di ciascuno di mettere mano al portafoglio, il coro di condanna sarebbe unanime. La nostra coscienza verrebbe immediatamente turbata dallo spregio di alcuni capisaldi della nostra Carta Costituzionale quali l’uguaglianza di tutti i cittadini, il diritto alla salute e la progressività dell’imposizione ai quali siamo stati educati e che abbiamo completamente interiorizzato.

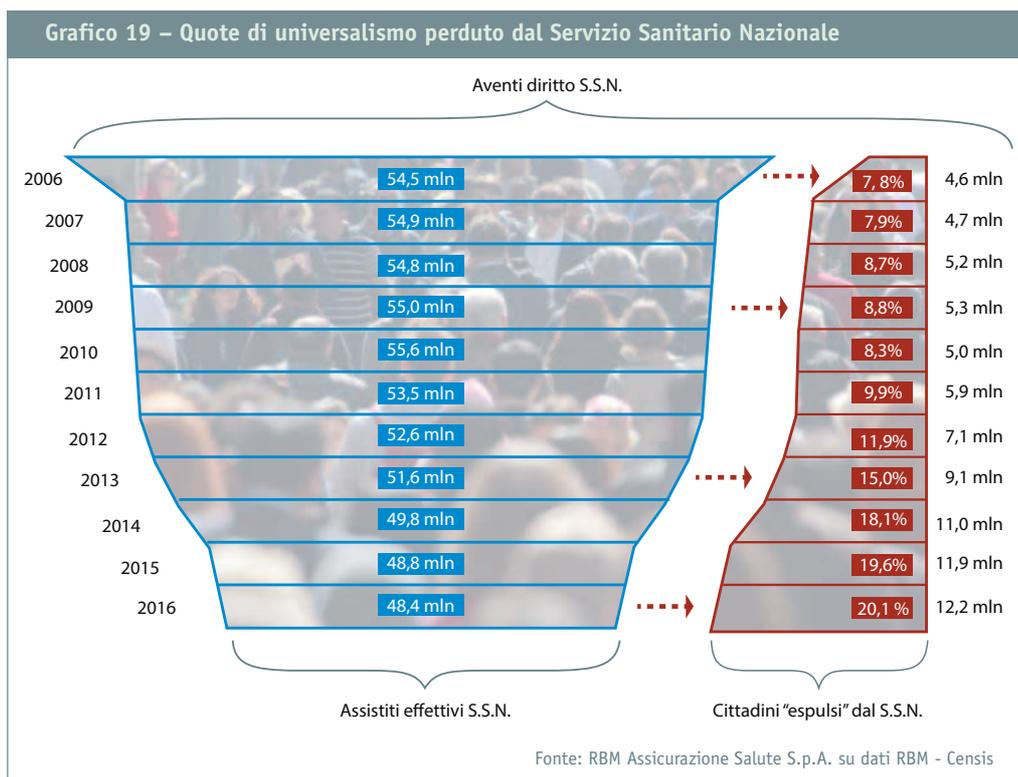
Nel contempo, tuttavia, siamo stati in grado di accettare che un sistema sanitario come quello italiano, incardinato sull’universalismo e sull’uguaglianza, gestisca in modo diverso cittadini di Regioni diverse, che sia necessario attendere in media più di 60 giorni (con picchi di oltre 190 giorni in area diagnostica) per poter accedere alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e che i cittadini debbano sostenere in proprio circa € 580 a testa per usufruire di prestazioni sanitarie che, seppur assolutamente necessarie nella maggior parte dei casi, non sono categorizzabili come “gravi” o “urgenti”.

Chi fa le spese di questa pervicace difesa dell’ortodossia di un sistema sanitario pubblico in definitiva sono i cittadini che, al di là di qualsiasi analisi valoriale, vedono quotidianamente ridursi la capacità assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale e si trovano, sempre più spesso, a dover mettere mano al proprio portafoglio per potersi curare in tempi e modi compatibili con le proprie esigenze di vita. In questo contesto, naturalmente, chi non può ricorrere alle proprie risorse, “semplicemente” differisce le cure o, ancor peggio, è costretto a rinunciarvi. È così che, giorno dopo giorno, il nostro Servizio Sanitario Nazionale ha perso di fatto quote importanti di universalismo, contraddicendo la sua funzione storica di strumento di coesione sociale e rimanendo esposto ad un contingentamento progressivo delle risorse che ha creato delle disuguaglianze territoriali socialmente inaccettabili.

Nel 2016 il Servizio Sanitario Nazionale ha di fatto «espulso» 12,2 milioni di cittadini, circa il 20% dei suoi assistiti, che hanno dovuto rinunciare alle cure³ (Grafico 19). Si tratta

di un dato assolutamente preoccupante sia per la sua entità sia per il suo *trend* di crescita che rischia di minare le basi stesse del sistema sanitario pubblico del nostro Paese. A livello comparativo si consideri che il fenomeno delle cure rinunciate, comunque presente anche in altri sistemi sanitari europei, in Paesi come Francia e Germania assume valori decisamente più contenuti, rispettivamente il 6,3% (Francia) ed il 5,4% (Germania), benchè il Servizio Sanitario Nazionale non preveda (diversamente da quanto accade in altri Paesi Europei, quale ad esempio la Francia) applicazione con riferimento alle prestazioni di natura ospedaliera e non comporti nessun anticipo di spesa, escluso il valore del *ticket* relativo alla prestazione richiesta, da parte dei cittadini⁴.

Negli ultimi 10 anni la capacità assistenziale del S.S.N. si è contratta dal 92% (nel 2006) al 78% (nel 2016) e a farne le spese sono stati prevalentemente i cittadini più fragili, i malati (in particolare, i cronici), quelli a redditi basso, le donne ed i non autosufficienti.



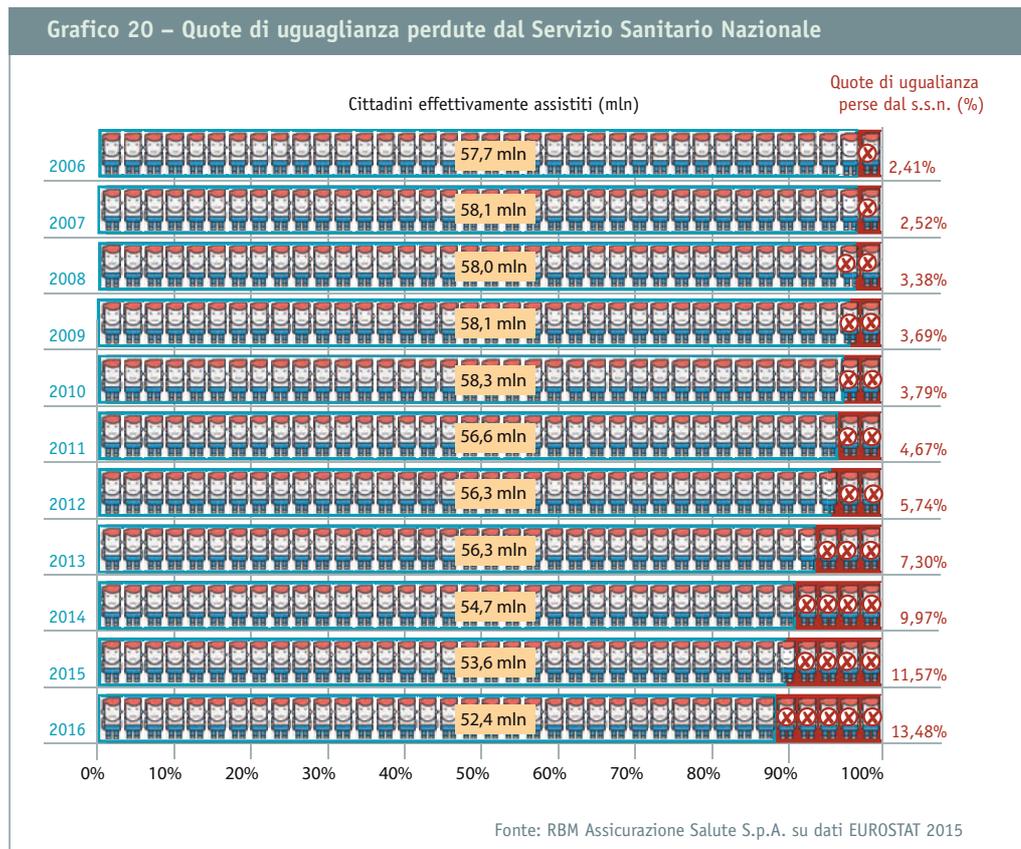
³ Il dato considera tutti quei cittadini che abbiano rinunciato nel corso dell'anno ad almeno una prestazione sanitaria e comprende anche le cure odontoiatriche, le prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali. Nel numero dei cittadini "espulsi" sono altresì ricompresi i cittadini che abbiano dovuto nell'anno rinunciare totalmente alle cure.

⁴ I sistemi Bismark, tipicamente, prevedono, invece, l'anticipo della spesa sanitaria da parte dei cittadini e poi il successivo rimborso - in tutto o in parte - da parte dello Stato.

L'assenza di un intervento strutturato sulla gestione della spesa sanitaria privata e la necessità di innalzare per ragioni di finanza pubblica il valore dei *ticket* ha finito per incrementare il numero delle cure rinunciate per motivi economici con impatti rilevanti anche nel campo dell'equità. È per questi motivi che l'avvio di un Secondo Pilastro anche in Sanità, così come già avvenuto in campo previdenziale, potrebbe rappresentare una grande risorsa non solo per contenere l'incidenza della spesa sanitaria di tasca propria (c.d. "*Out of Pocket*") sui redditi delle famiglie italiane, ma anche per restituire al Sistema Sanitario nel suo complesso quelle quote di universalismo perse nell'ultimo decennio.

3. Quote di uguaglianza perse dal Servizio Sanitario Nazionale

Negli ultimi 10 anni la capacità redistributiva del Servizio Sanitario Nazionale si è progressivamente ridotta dal 2,41% (nel 2006) al 13% (nel 2016) (Grafico 20). Attualmente sono quasi 8 milioni gli Italiani che non hanno possibilità di accedere alle cure per motivi economici. Il S.S.N. ha perso la sua funzione storica di strumento di coesione sociale per effetto del contingentamento progressivo delle risorse destinate a garantirne il funzionamento e nel contempo il federalismo sanitario ha favorito lo



sviluppo di disuguaglianze territoriali sempre più marcate. In questo contesto l'avvio di un Secondo Pilastro Sanitario, gestito in armonia con le policy che governano il Servizio Sanitario Nazionale, per favorire un percorso di omogeneizzazione della capacità assistenziale dei Sistemi Sanitari delle diverse Regioni e garantire il recupero, attraverso un modello di Assicurazioni Sociali basate sulla capacità reddituale dei cittadini, quelle quote di uguaglianza perdute nell'ultimo decennio.

D) Sanità e Territorio

1. Composizione della Spesa Sanitaria nelle Regioni italiane

La Sanità in Italia è sempre più diseguale ed uno dei *driver* principali di questa disparità è proprio il rapporto con il territorio. In pochi anni di “federalismo sanitario”, complice anche la crisi economica congiunturale che ha attraversato l'economia globale, le differenze tra le diverse Regioni italiane sono cresciute in modo significativo non solo sul piano economico (ammontare dei *ticket*, costi della spesa sanitaria privata), ma anche a livello sociale e sul piano dell'accessibilità alle cure. Ed ora, in una osservazione di medio termine, iniziano a rilevarsi anche i primi impatti negativi in termini di stato di salute e longevità dei cittadini.

46

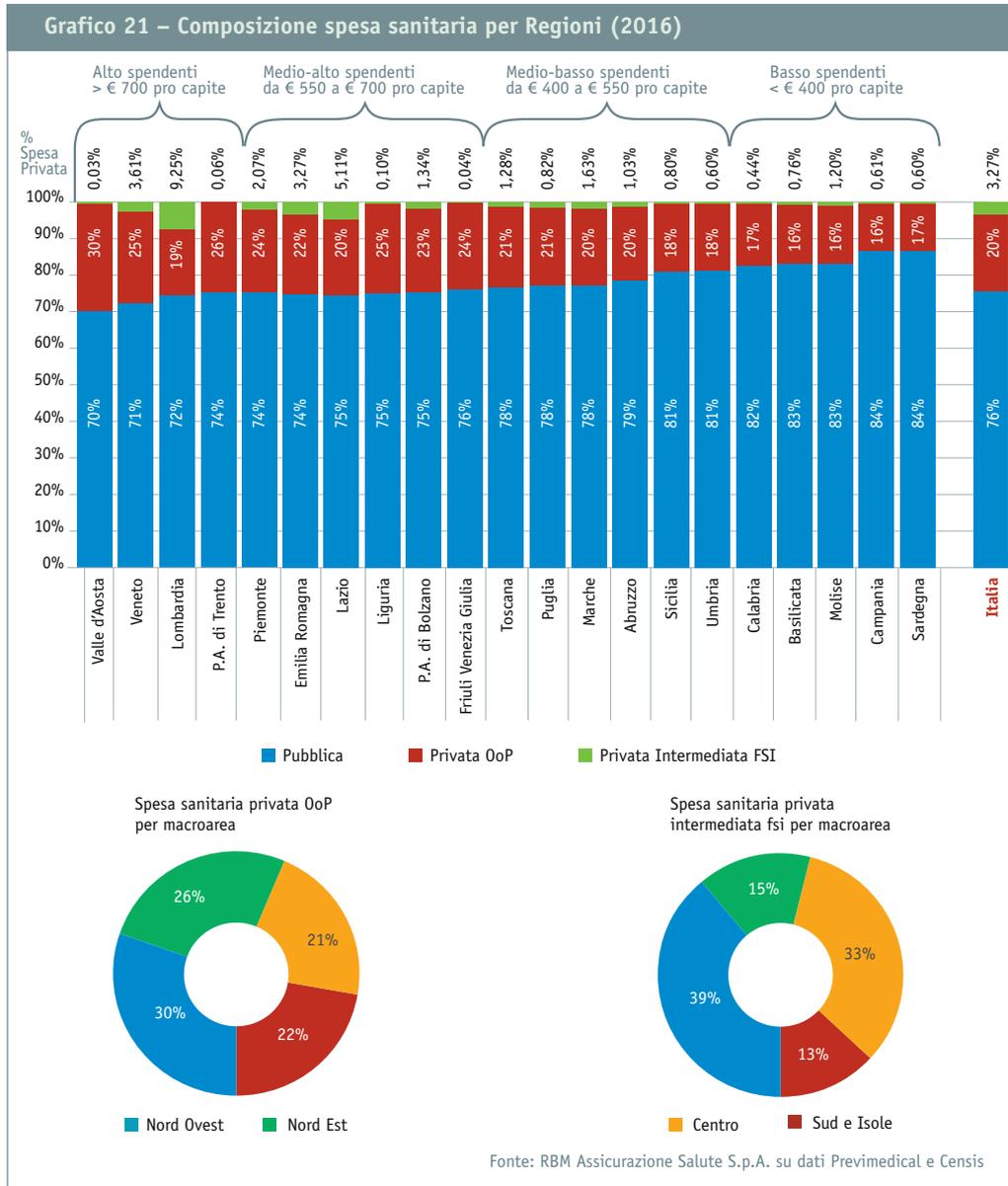
Un'ulteriore conseguenza di questa situazione è la ripresa del fenomeno delle migrazioni sanitarie (cfr. il seguente § 3 del presente Capitolo) che nel 2016 ha riguardato oltre 1,7 milioni di italiani costretti a spostarsi in un'altra Regione per ottenere le cure di cui avevano bisogno e che a livello economico vale quasi €4,3 miliardi.

a) spesa sanitaria totale *pro capite* (2016)

Nel 2016 la spesa sanitaria totale per cittadino in Italia è stata mediamente di 2.447,55 Euro *pro capite*. Le Regioni che presentano la spesa sanitaria complessiva più elevata sono la Provincia Autonoma di Bolzano con 3.188,94 per cittadino; la Provincia Autonoma di Trento con 2.958,81 Euro *pro capite*; la Valle d'Aosta con 2.957,14 Euro per cittadino; la Lombardia con 2.679,80 Euro *pro capite*, e l'Emilia Romagna con 2.675,30 Euro per cittadino.

L'incidenza *pro capite* di tale costo, in tutte le sue componenti, è tuttavia assolutamente diversificata in ragione della Regione di residenza di ciascun cittadino. Dal diverso ammontare del finanziamento per il Servizio Sanitario Nazionale e delle spese per le cure private (cfr. **Grafico 21**) sostenute da ciascun cittadino bisogna infatti scorporare la quota parte di spesa sanitaria privata rimborsata (intermediata) dalle Forme di Sanità Integrativa, anch'essa differenziata da Regione a Regione.

Al fine di valutare compiutamente tali fattori si provvede ad analizzarli brevemente qui di seguito.



b) spesa sanitaria privata *pro capite* (2016)

Nel 2016, come già anticipato, la spesa sanitaria privata per cittadino in Italia è stata mediamente di 580,00 Euro *pro capite*. Di tale importo un valore medio di 503,00 Euro *pro capite* è stato finanziato direttamente di tasca propria dai cittadini, mentre un ammontare medio di 77 Euro *pro capite* sono stati rimborsati (intermediati) da Forme Sanitarie Integrative.

Con riferimento alla spesa sanitaria privata *pro capite*, si registrano profonde differenze a livello territoriale. Nelle Regioni “alto-spendenti” la spesa sanitaria privata supera gli oltre 700 Euro *pro capite* (Lombardia 754,18 Euro *pro capite*, Veneto 737,59 Euro per cittadino e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano 783,14 Euro a testa); nelle Regioni “medio-alto spendenti”, è compresa tra 700 e 550 Euro per cittadino (Emilia Romagna 688,50 Euro *pro capite*, Piemonte 656,20 Euro per cittadino e nel Lazio 637,35 Euro a testa); nelle Regioni “medio-basso spendenti” è compresa tra 550 Euro e 400 Euro (Toscana 546,74 Euro *pro capite*, Puglia 500,20 Euro per cittadino e Sicilia 408,70 Euro a testa); nelle Regioni “basso-spendenti” la spesa sanitaria privata presenta, invece, un livello medio di circa 350 Euro per persona (Campania 337,43 Euro *pro capite*, Calabria 380,04 Euro per cittadino, Basilicata 375,03 Euro a testa e Sardegna 362,46 Euro *pro capite*).

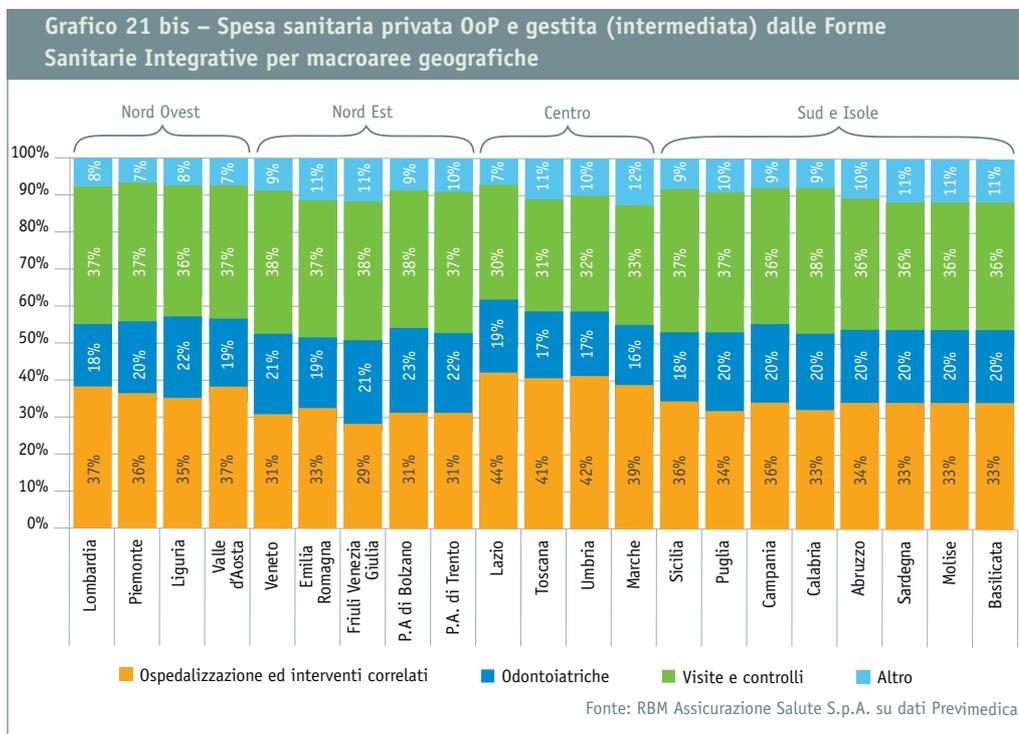
Le analisi condotte mostrano come l’entità della spesa sanitaria privata risulti sostanzialmente influenzata da due fattori strettamente correlati al territorio. Si tratta in particolare del PIL *pro capite*, che influenza in modo determinante la capacità di spesa di ciascun cittadino, e della tipologia di assistenza garantita da ciascun Sistema Sanitario Regionale. A quest’ultimo riguardo, si ritiene importante illustrare le evidenze che emergono dal successivo **Grafico 21 bis** che mostra le funzioni assolte dalla spesa sanitaria privata in ciascuna macro area geografica.

48

Nelle Regioni del Nord Est la spesa sanitaria privata assolve prevalentemente ad una funzione “integrativa” del Servizio Sanitario Nazionale. Infatti, in presenza di indicatori medi piuttosto elevati in termini di capacità assistenziale del Sistema Sanitario Nazionale, in questa area geografica il ricorso alle strutture sanitarie private ha la funzione prevalente di favorire una maggiore accessibilità alle visite ed alle prestazioni di alta diagnostica, anche in funzione di diagnosi precoce. Una quota molto rilevante di spesa sanitaria privata, poi, è assorbita dalle cure odontoiatriche.

Nelle Regioni del Centro Sud invece, Lazio e Campania in particolare, la spesa sanitaria privata copre prevalentemente l’area dell’ospedalizzazione, in quanto risponde a due bisogni fondamentali: la riduzione delle liste di attesa per i ricoveri, che in particolare nel Lazio raggiungono oltre 82 giorni (cfr. § 2 del presente Capitolo) e la gestione delle lungodegenze in assenza di un’adeguata organizzazione dell’assistenza a livello territoriale (si veda il fenomeno dei c.d. ricoveri “impropri”).

Peraltro è opportuno sottolineare che anche da questa prospettiva emerge con chiarezza la latitanza di una *governance* sulla spesa sanitaria privata e la strutturale “disintermediazione” che caratterizza l’accesso del cittadino alle cure che si trova a dover finanziare privatamente. In altri termini, la spesa privata risponde con modalità “flessibili” ai bisogni di cura dei cittadini, siano essi collegati alla nuova sfera dei bisogni (tipicamente è il caso delle Regioni con Servizi Sanitari Regionali più efficienti) o a criticità/disfunzioni nei meccanismi di accesso al Servizio Sanitario della propria



Regione. In entrambi i casi, tuttavia, assume un'importanza fondamentale la capacità reddituale del cittadino, visto che la possibilità di ricorrere a questa soluzione dipende, in assenza di un Secondo Pilastro Sanitario "a vocazione sociale", esclusivamente dalla capacità di ciascuno di autofinanziare queste esigenze.

c) spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative pro capite (2016)

Le Forme Sanitarie Integrative finanziano a livello nazionale 5 miliardi di Euro di spesa sanitaria privata (poco più del 14% della spesa sanitaria privata complessiva). Tuttavia attualmente l'operatività delle Forme Sanitarie Integrative trova effettiva applicazione solo in alcune Regioni nonostante la Contrattazione Collettiva Nazionale ne abbia esteso l'applicabilità a poco meno del 50% del comparto del lavoro dipendente.

Come abbiamo già anticipato, del resto, tali strumenti non operano ancora all'interno di un vero e proprio Secondo Pilastro del sistema sanitario, ma gravitano in una sorta di limbo tra una funzione meramente retributiva (in quanto strumenti dei contratti di lavoro) ed una funzione sociale più vasta ma tendenzialmente inespressa.

Questa ambiguità di fondo, alla quale dovrebbe porre fine il legislatore dopo quasi un ventennio (dalla Legge di Riforma n. 229 del 1999) di indecisioni e di inerzie, depotenzia fortemente il contributo alla collettività che potrebbe essere facilmente garantito da questi

strumenti se inseriti in un contesto strutturato, organizzato e –naturalmente – opportunamente vigilato. Accade così, paradossalmente, che le Regioni nelle quali si registra un'incidenza maggiore della spesa sanitaria privata (Lombardia, Veneto e P.A. di Trento e di Bolzano nella fascia delle Regioni “alto-spendenti”; Emilia Romagna, Piemonte e Lazio nella fascia delle Regioni “medio-alto spendenti”) non siano sempre quelle che garantiscono ai propri cittadini forme più estese di Sanità Integrativa. La prima Regione per spesa sanitaria privata gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative è la Lombardia. In particolare, in Lombardia la spesa sanitaria privata ammonta ad oltre 7,5 miliardi di Euro, pari a 754,18 Euro per cittadino. Di tale spesa sanitaria privata le Forme Sanitarie Integrative ne gestiscono (intermediano) una quota superiore al 9,25%, pari a 247,83 Euro per cittadino.

Subito a seguire, ma con una quota di spesa sanitaria privata inferiore del 50% si posiziona il Lazio. Nel Lazio, infatti, la spesa sanitaria privata è pari a 3,75 miliardi di Euro, pari a 637,35 Euro per cittadino. Di tale spesa sanitaria privata le Forme Sanitarie Integrative ne gestiscono (intermediano) una quota pari al 5,11%, pari a circa 128,50 Euro per cittadino.

50

La terza Regione per spesa sanitaria privata gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative è il Veneto. In questa Regione la spesa sanitaria privata è superiore ai 3,62 miliardi di Euro, con un'incidenza per cittadino ben superiore a quella registrata nel Lazio e corrispondente a 737,59 Euro a testa. Di tale spesa sanitaria privata le Forme Sanitarie Integrative ne intermediano una quota pari al 3,6%, pari a 92,56 Euro per cittadino. Al riguardo, tuttavia, è importante sottolineare che in Veneto l'insufficienza dell'intermediazione garantita dalle Forme Sanitarie Integrative risulta particolarmente significativa dal momento che la Regione si posiziona al secondo posto, subito a ridosso della Liguria, tra le Regioni a Statuto Ordinario in termini di ammontare *pro capite* (679,00 Euro) della spesa sanitaria privata pagata di tasca propria (*Out of Pocket*) dai cittadini.

Segue poi, sempre in termini di spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative, la Regione Emilia Romagna che ha una spesa sanitaria privata pari a oltre 3 miliardi di Euro, corrispondente ad 688,50 Euro per cittadino. Di tale spesa sanitaria privata, le Forme Sanitarie Integrative ne gestiscono (intermediano) il 3,27%, pari a circa 87,52 Euro per cittadino.

Peculiare, come già anticipato, il caso della Regione Liguria che si caratterizza tra le Regioni a Statuto Ordinario per il più elevato ammontare *pro capite* di spesa sanitaria privata pagata di tasca propria (*Out of Pocket*) dai cittadini. In questa Regione, infatti, i cittadini finanziano di tasca propria cure ed assistenze private per un valore medio di 652,88 Euro a testa. Tale dato, del resto, si inserisce coerentemente nelle determinanti della spesa sanitaria privata illustrate nel precedente Capitolo C). La Liguria, infatti, è la Regione italiana con la più elevata età media della popolazione (48,01) ed il più elevato indice di vecchiaia (246,5). Ad aggravare questi elementi di

contesto, il ruolo piuttosto contenuto della Sanità Integrativa in Liguria che lascia la grandissima parte della spesa sanitaria privata affidata alla capacità reddituale delle famiglie. In questo contesto, pertanto, si ritiene di fondamentale importanza che lo Stato, in coordinamento con le Istituzioni territoriali, possa favorire la costituzione di Forme di Sanità Integrativa, direttamente o indirettamente collegate con il Servizio Sanitario Nazionale, in un'ottica di integrazione a livello territoriale delle politiche assistenziali attuate.

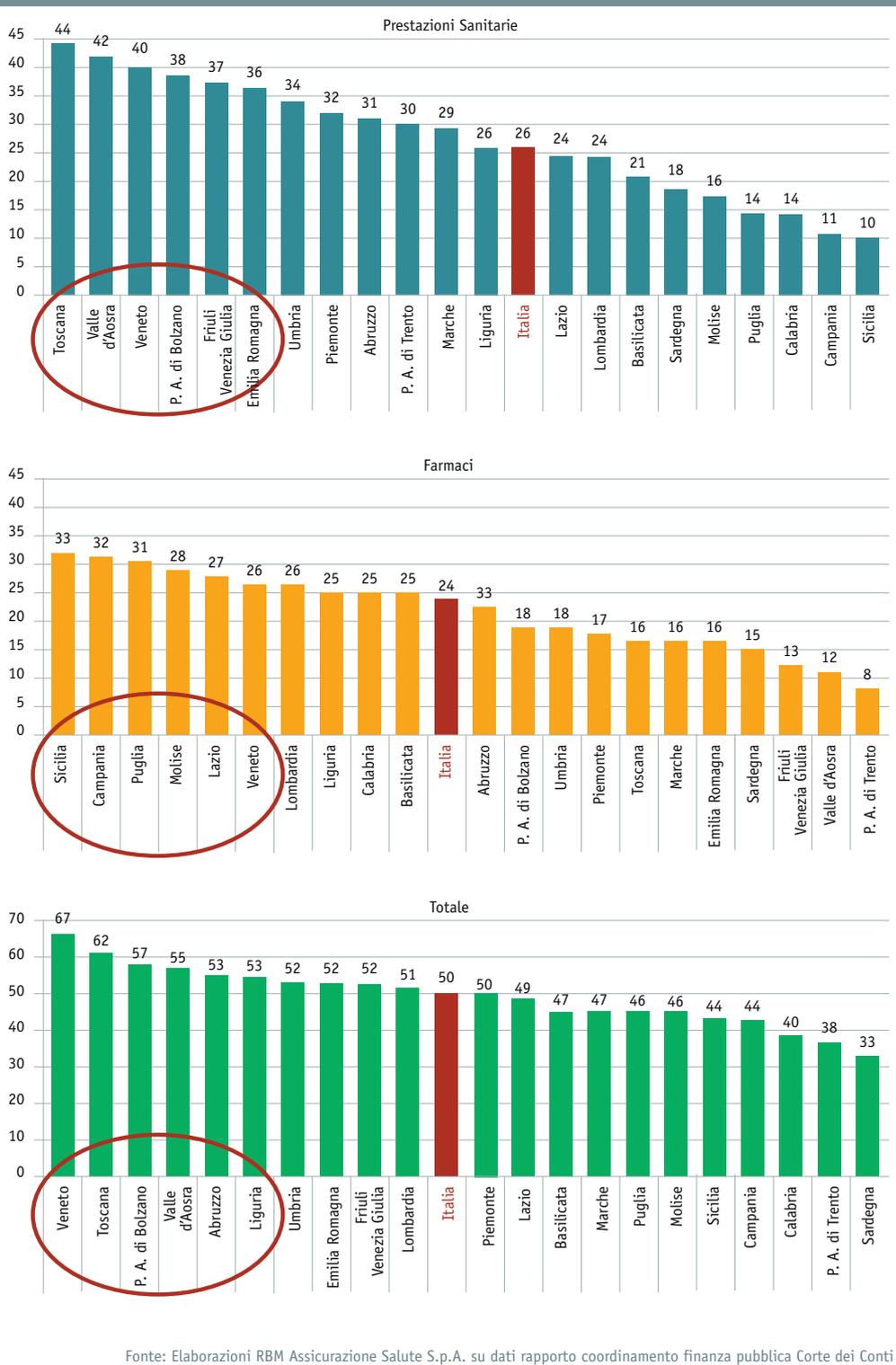
Un ultimo approfondimento, poi, va sicuramente riservato alle peculiarità della macro area Sud e Isole ed, in particolare, alla Regione Campania. In Campania, infatti, la spesa sanitaria privata è di 1,9 miliardi di Euro pari a 337,43 Euro per cittadino. Di tale spesa sanitaria privata, le Forme Sanitarie Integrative ne intermediano meno dell'1%, con un rimborso medio per cittadino di 12,86 Euro. Questo dato, a nostro avviso, è particolarmente grave perché, seppur il costo *pro capite* per spesa sanitaria privata sia inferiore se paragonato a quello delle Regioni del Centro-Nord, in presenza di uno dei PIL *pro capite* regionali più bassi d'Italia non può che alimentare una significativa crescita del fenomeno della c.d. "sanità negata" (cfr. successivo § 5 del presente Capitolo). Non bisogna dimenticare, infatti, che la Campania è per numerosità di abitanti la terza Regione italiana e che per far fronte al notevole disavanzo del proprio Sistema Sanitario Regionale ha dovuto negli ultimi anni approntare un Piano di Rientro particolarmente stringente, che ha indotto un inevitabile razionamento "implicito" delle prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza.

2. La compartecipazione alla spesa per l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale (c.d. "ticket")

Sempre nel campo dell'analisi tra sanità e territorio un altro ambito di indagine importante è quello relativo al costo dei *ticket* (Grafico 22), sia per la sua incidenza sul valore complessivo della spesa sanitaria privata (si tratta, infatti, di oltre il 18% della spesa sanitaria privata per servizi ovvero l'8,5% della spesa sanitaria privata totale) sia, e soprattutto, per le fortissime implicazioni sul piano dell'uguaglianza e dell'universalismo del Sistema Sanitario del nostro Paese.

Attualmente l'ammontare complessivo della spesa sanitaria per i *ticket* si attesta ad Euro 3 miliardi, con un costo medio a livello nazionale di circa 50 Euro per *ticket*. Le Regioni che presentano i valori più elevati in termini di ammontare complessivo dei *ticket* sono il Veneto, con un costo medio di 67 Euro per *ticket*, subito seguito dalla Toscana, con 62 Euro per *ticket*, e dalla Provincia Autonoma di Bolzano con 57 Euro per *ticket*. Tra le prime cinque Regioni per entità del costo della quota di accesso al Servizio Sanitario Nazionale, poi, si posizionano Valle d'Aosta e Abruzzo con un costo medio per *ticket* rispettivamente di 55 Euro e 54 Euro.

Grafico 22 – Quota compartecipazione (ticket) regionale pro capite per utilizzo del S.S.N.



Approfondendo l'analisi è interessante rilevare come a fronte di un valore medio del *ticket* per prestazioni sanitarie e del *ticket* per la dispensazione dei farmaci sostanzialmente allineati a livello nazionale, rispettivamente di 26 Euro e di 24 Euro per *ticket*, esistano delle significative diversità a livello regionale. In particolare mentre le Regioni del Nord si caratterizzano per un costo medio più elevato dei *ticket* per prestazioni sanitarie, le Regioni del Sud presentano un ammontare medio più significativo della quota di compartecipazione per la dispensazione dei farmaci.

Infatti, per quanto attiene alle prestazioni sanitarie, le Regioni che presentano i valori più elevati in termini di ammontare complessivo dei *ticket* sono la Toscana, con un costo medio di 44 Euro per *ticket*, subito seguito dalla Valle d'Aosta, con 42 Euro per *ticket*, e dal Veneto con 40 Euro per *ticket*. Tra le prime cinque Regioni per entità del costo della quota di accesso al Servizio Sanitario Nazionale, poi, si posizionano la Provincia Autonoma di Bolzano, il Friuli Venezia Giulia ed il Veneto (questi ultimi con un costo medio dei *ticket* analogo) con un costo medio per *ticket* rispettivamente di 38 Euro e 36 Euro.

Diversamente con riferimento alla dispensazione dei farmaci, le Regioni che presentano i valori più elevati in termini di ammontare complessivo dei *ticket* sono la Sicilia, con un costo medio di 33 Euro per *ticket*, subito seguito dalla Campania, con 32 Euro per *ticket*, e dalla Puglia con 31 Euro per *ticket*. Tra le prime cinque Regioni per entità del costo della quota di accesso ai farmaci dispensati dal Servizio Sanitario Nazionale, poi, si posizionano il Molise e il Lazio con un costo medio per *ticket* rispettivamente di 28 Euro e 57 Euro. Sostanzialmente appaiato anche il Veneto con un ammontare medio di 26 Euro.

Anche le evidenze emerse in questo specifico campo di analisi convergono su alcune delle considerazioni principali sviluppate nelle Premesse al presente lavoro. Le Regioni che presentano le *performance* migliori in termini di accessibilità e qualità delle cure (si veda, ad esempio, il caso del Veneto che essendo Regione a Statuto Ordinario può rappresentare un buon *benchmark*) presentano anche livelli di spesa sanitaria mediamente più elevati. In altre parole, si potrebbe dire che la buona sanità non può essere attuata solo intervenendo sul contenimento della spesa e sulla razionalizzazione organizzativa, ma richiede comunque di finanziare investimenti e qualità.

Le quote di accesso al Servizio Sanitario Nazionale, ovvero l'entità della compartecipazione alla spesa richiesta a ciascun cittadino, risultano notevolmente differenziate tra Regione e Regione (da un minimo di 33 Euro in Sardegna ad un massimo di 67 Euro in Veneto) con una significativa variabilità da ricondurre non solo alle *policy* peculiari adottate da ciascuna Regione nel campo dei farmaci e delle prestazioni sanitarie, ma anche all'incidenza dei c.d. "cittadini esenti" (dal pagamento del *ticket*, in tutto o in parte) che, come noto, risulta assolutamente prevalente nella macro Area Sud e Isole.

L'impianto "non progressivo" dei *ticket*, così per come è impostato attualmente, finisce per essere (tradendo la sua funzione originaria di deterrenza nei confronti dell'utilizzo frequente delle prestazioni) un ulteriore amplificatore delle disuguaglianze sociali e territoriali per i cittadini del nostro Paese. Peraltro, è ancora il caso di osservare, che l'elevato ammontare medio dei *ticket* è nel contempo una delle cause della stessa crescita della spesa sanitaria privata.

3. Le liste di attesa

Dall'indagine condotta, come ogni anno, su un campione diffuso e significativo di strutture sanitarie pubbliche, il Servizio Sanitario Nazionale continua a confermarsi sempre più saturo. Cresce l'incertezza degli Italiani sulla salute. Il 63,4% si dichiara insicuro rispetto alla copertura sanitaria futura (il 77,1% al Sud, il 74,3% delle famiglie monogenitoriali, il 67% delle coppie con figli). E il 54% degli Italiani indica come priorità del Servizio Sanitario Nazionale la riduzione delle liste di attesa (il 62,6% dei 29-44enni, il 59,1% dei residenti al Sud). Sono 31,6 milioni gli Italiani che hanno avuto urgente bisogno di almeno una prestazione sanitaria ed a causa di liste di attesa troppo lunghe nel pubblico si sono rivolti al privato.

Importante osservare, peraltro, che anche il fenomeno delle liste di attesa mostra un *trend* crescente consolidato. Infatti tra il 2014-2017 per la gran parte delle prestazioni sanitarie analizzate si registra un allungamento costante delle liste di attesa (Tabella 3).

54

Tabella 3 – Andamento della lunghezza in giorni delle liste di attesa per alcune prestazioni sanitarie nel periodo 2014-2017

	2014	2017	Diff. 2014-2017
Visite specialistiche			
Cardiologia	59	67	+8
Ginecologia	38	47	+8
Oculistica	70	87	+18
Ortopedica	48	66	+18
Prestazioni diagnostiche			
Colonscopia	87	93	+6
Mammografia	62	122	+60
Risonanza magnetica	74	80	+6

Fonte: Elaborazioni Censis su dati RBM - Censis

La lunghezza delle liste d'attesa è il paradigma delle difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale e il moltiplicatore della forza d'attrazione della sanità privata. A questo riguardo è interessante osservare come ogni giorno di attesa risparmiato in termini di lista di attesa presso il Servizio Sanitario Nazionale corrisponda ad un costo medio da pagare di tasca propria da parte del cittadino compreso mediamente tra 10 Euro e 45 Euro.

a) Liste di attesa per tipologia di prestazione

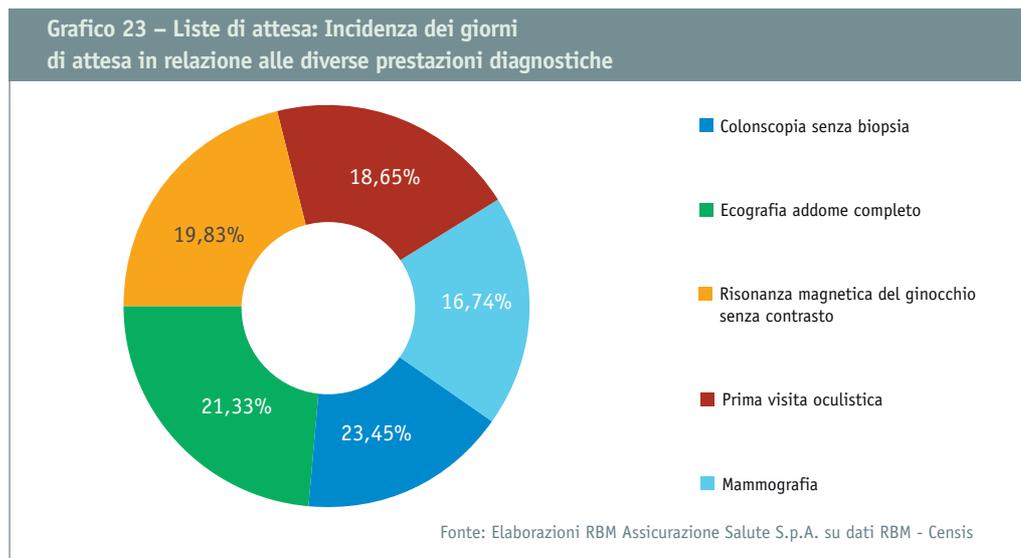
La maggiore incidenza delle criticità relative alle liste di attesa si concentra indubbiamente sulle prestazioni diagnostiche e sulle visite specialistiche. Scarsamente accessibili si confermano, poi, anche le prestazioni riabilitative.

Diagnostica: perché il privato diviene necessario

Sono 22 milioni gli Italiani che nell'ultimo anno hanno fatto almeno un accertamento di alta diagnostica (radiografia, ecografia, risonanza magnetica, Tac, elettrocardiogramma, pap-test, ecc.): 5,4 milioni hanno pagato per intero la prestazione (1,7 milioni di questi sono persone a basso reddito). E sono 4,5 milioni gli Italiani (di cui 2,8 milioni a basso reddito) che hanno dovuto rinunciare ad almeno una prestazione. Pagare diventa sempre più spesso, anche per le persone con redditi bassi, la condizione per accedere alla prestazione in tempi compatibili.

Si consideri (cfr. **Grafico 23**) che una colonscopia senza biopsia nel Servizio Sanitario Nazionale costa mediamente 56 Euro di *ticket* e richiede in media 93 giorni di attesa (fino a un massimo di 109 giorni in media nel Centro Italia). La stessa prestazione può essere pagata direttamente di tasca propria (*Out of Pocket*) dal cittadino con un costo medio 224 Euro e, in media, solo 7 giorni di attesa. In altri termini, il costo a carico del cittadino è di 28 euro per ogni giornata in meno di attesa. Una risonanza magnetica al ginocchio, invece, nel Servizio Sanitario Nazionale richiede un *ticket* di 63 euro e 80 giorni di attesa (fino a un massimo di 111 giorni in media nel Sud e Isole), 142 euro di costo nel privato con soli 5 giorni di attesa. Assolutamente critici, poi, i tempi di accesso al Servizio Sanitario Nazionale per la mammografia, che si attestano in media a 122 giorni, con punte massime di 144 giorni in media nel Centro. Meno

55



critici, ma comunque lunghi, i tempi di accesso al Servizio Sanitario Nazionale anche per le ecografie, che si attestano in media a 62 giorni, con un massimo di 81 giorni nel Centro.

Anche in termini di *trend*, peraltro, bisogna registrare che la situazione non è affatto positiva. Tra il 2014-2017, infatti, si registrano 6 giorni in più per una colonscopia, 60 giorni in più per una mammografia e 6 giorni in più per una risonanza magnetica.

Visite specialistiche: il costo sociale ed economico delle liste di attesa

Oltre 9 milioni di Italiani hanno effettuato visite specialistiche nell'ultimo anno *Out of Pocket* (2,7 milioni dei quali a basso reddito). Puglia e Campania sono le due Regioni in cui è più alto il ricorso agli specialisti privati. È questo uno degli effetti delle liste di attesa: 87 giorni in media per una visita oculistica (fino a un massimo di 104 giorni in media nel Nord Est) con un costo in *ticket* di 42 euro contro 6 giorni di attesa nel privato con pagamento di tasca propria (*Out of Pocket*) di 102 Euro; 67 giorni di attesa per una visita cardiologica (fino a un massimo di 79 giorni in media nel Centro) nel Servizio Sanitario Nazionale e 5 giorni nel privato (con un costo di 42 euro in *ticket* e di 108 Euro pagando *Out of Pocket*), 66 giorni per una visita ortopedica nel Servizio Sanitario Nazionale (fino a un massimo di 77 giorni in media nel Sud e Isole) e 5 giorni nel privato (con un costo in *ticket* di 32 Euro di *ticket* e più che triplo pagando di tasca propria), 47 giorni per una visita ginecologica nel Servizio Sanitario Nazionale (fino a un massimo di 72 giorni in media nel Centro) e 5 giorni nel privato (31 Euro di costo *ticket* rispetto a 103 Euro pagando *Out of Pocket*). Chi riesce ad andare dallo specialista, comunque, si dichiara soddisfatto: assegna un voto medio di 8,2 su 10 (e il 72,4% degli utenti dà una voto pari ad almeno 8).

Critico il *trend* anche in questo caso. Tra il 2014-2017, infatti, si registrano 8 giorni in più per una visita cardiologica, 8 giorni in più per una visita ginecologica, 18 giorni in più per una visita oculistica e 18 giorni in più per una visita ortopedica.

Riabilitazione in tempi rapidi: solo nel privato

Oltre 4 milioni di Italiani si sono sottoposti a trattamenti di riabilitazione nell'ultimo anno. Con riferimento all'ultimo ciclo terapeutico, il 54% ha pagato di tasca propria la spesa (*Out of Pocket*), il 16% ha pagato il *ticket* e il 30% era esente. Anche tra le persone a basso reddito il 27,3% ha pagato *Out of Pocket* la prestazione. Il costo medio è di 37 euro per una prestazione di riabilitazione motoria di tasca propria (con soli 4 giorni di attesa) e di 7 euro di *ticket* (ma con un mese di attesa). Stando così le cose, 1,5 milioni di Italiani hanno rinunciato a fare la riabilitazione (di questi, 934.000 perché costava troppo).

Analisi di laboratorio: dove le differenze tra pubblico e privato si stemperano

Per le analisi di laboratorio, invece, le differenze tra Servizio Sanitario Nazionale e strutture sanitarie private tendono a ridursi. Molto vicini i livelli di costo che

rimangono a carico del cittadino (Out of Pocket) come anche i tempi di attesa. Per l'analisi dell'emocromo completo, ad esempio, i tempi di accesso e i costi sono ormai quasi equivalenti: 7 euro di *ticket* e 10 euro di costo nel privato. Insomma, si paga sempre, ma l'accesso è molto rapido, come hanno constatato i 29,6 milioni di italiani che hanno fatto esami del sangue nell'ultimo anno.

E l'intramoenia non aiuta

In questo contesto l'ALPI (Attività Libero Professionale Intramuraria) non è in grado di generare effetti positivi dal momento che tende a caratterizzarsi per costi mediamente superiori al "privato puro" e registra, comunque, tempi di attesa più lunghi. Una visita cardiologica costa in media 113 euro con 7 giorni di attesa in *intramoenia*, 108 euro e 5 giorni di attesa nel "privato puro". Una risonanza magnetica del ginocchio senza contrasto costa in *intramoenia* 152 euro con 11 giorni di attesa, 142 euro con 5 giorni di attesa nel "privato puro". Una prima visita oculistica costa 105 euro con 12 giorni di attesa in *intramoenia*, 102 euro con 6 giorni di attesa nel "privato puro".

b) Liste di attesa per territorio

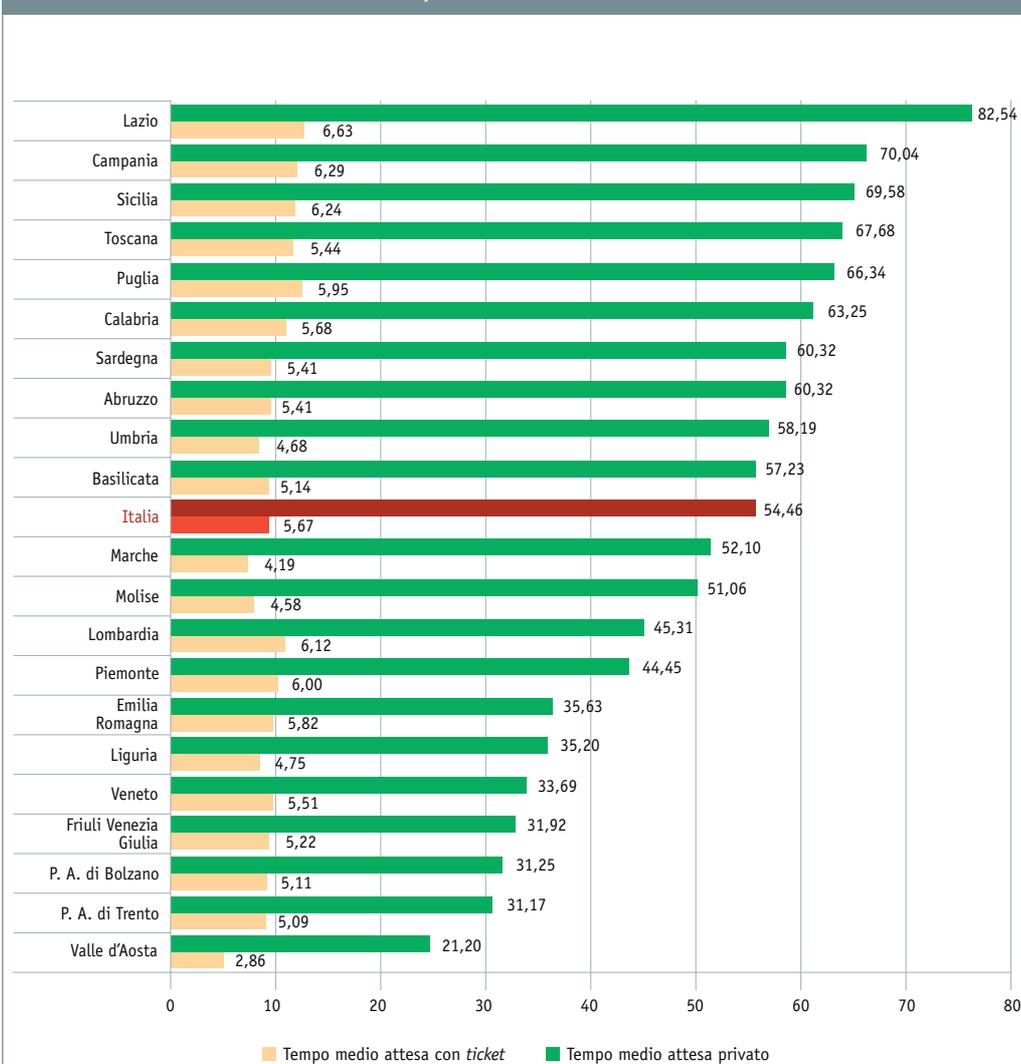
Il fenomeno delle liste di attesa si conferma fortemente influenzato dal gradiente territoriale. Tra coloro che hanno avuto urgente bisogno di almeno una prestazione sanitaria ed a causa di liste di attesa troppo lunghe nel pubblico, si è rivolto al privato il 72,9% dei residenti al Sud-Isole, il 68,9% al Centro, il 54,3% al Nord-Est ed il 50,8% al Nord-Ovest; il fenomeno, peraltro, ha colpito anche il 64,7% dei non autosufficienti ed il 72,6% delle famiglie con figli fino a 3 anni.

A fronte di un tempo medio di attesa per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte del Servizio Sanitario Nazionale di circa 55 giorni, risultano particolarmente significativi gli 83 giorni medi di attesa registrati nel Lazio, gli oltre 62 giorni medi riferibili alle Regioni del Sud e Isole, i 45 giorni medi della Lombardia (la Regione con il più elevato livello di assistiti) e la *performance* inferiore ai 33 giorni delle Regioni del Nord Est (incluse le Province Autonome di Trento e Bolzano). Questi dati, infatti, restituiscono sin da una prima lettura una palese evidenza delle diverse velocità alle quali opera a livello territoriale il nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Nel contempo, appare interessante rilevare che le medesime prestazioni se erogate in regime solvente/privato possono essere fruite, in tutte le Regioni, in un tempo medio di attesa di poco superiore ai 5 giorni **Grafico 24**.

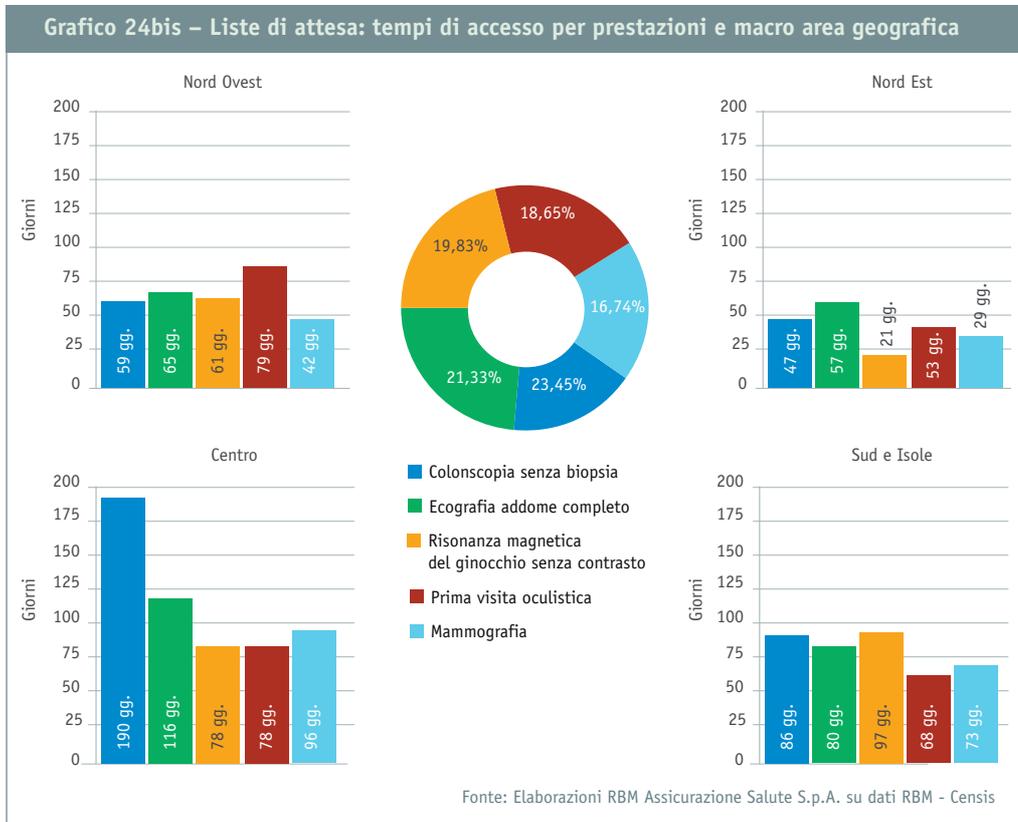
In conclusione, integrando l'analisi del presente sotto paragrafo con quella sviluppata in quello precedente, è interessante osservare (cfr. **Grafico 24 bis**), con particolare riferimento alle prestazioni diagnostiche che, come già accennato, sono la tipologia di assistenza più esposta a questo fenomeno, le *performance* registrabili per ciascuna macro area geografica.

Grafico 24 – Liste di attesa: tutte le prestazioni escluse le analisi di laboratorio



Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati RBM - Censis

	Tempo di attesa Minimo	Tempo di attesa Massimo
<i>Ticket</i>	9,4 gg. per laserterapia antalgica in Veneto 190,1 gg. per colonscopia senza biopsia in Lazio	190,1 gg. per colonscopia senza biopsia in Lazio
Privato	3,5 gg. per riabilitazione motoria in Veneto	9,3 gg. per colonscopia senza biopsia in Lazio



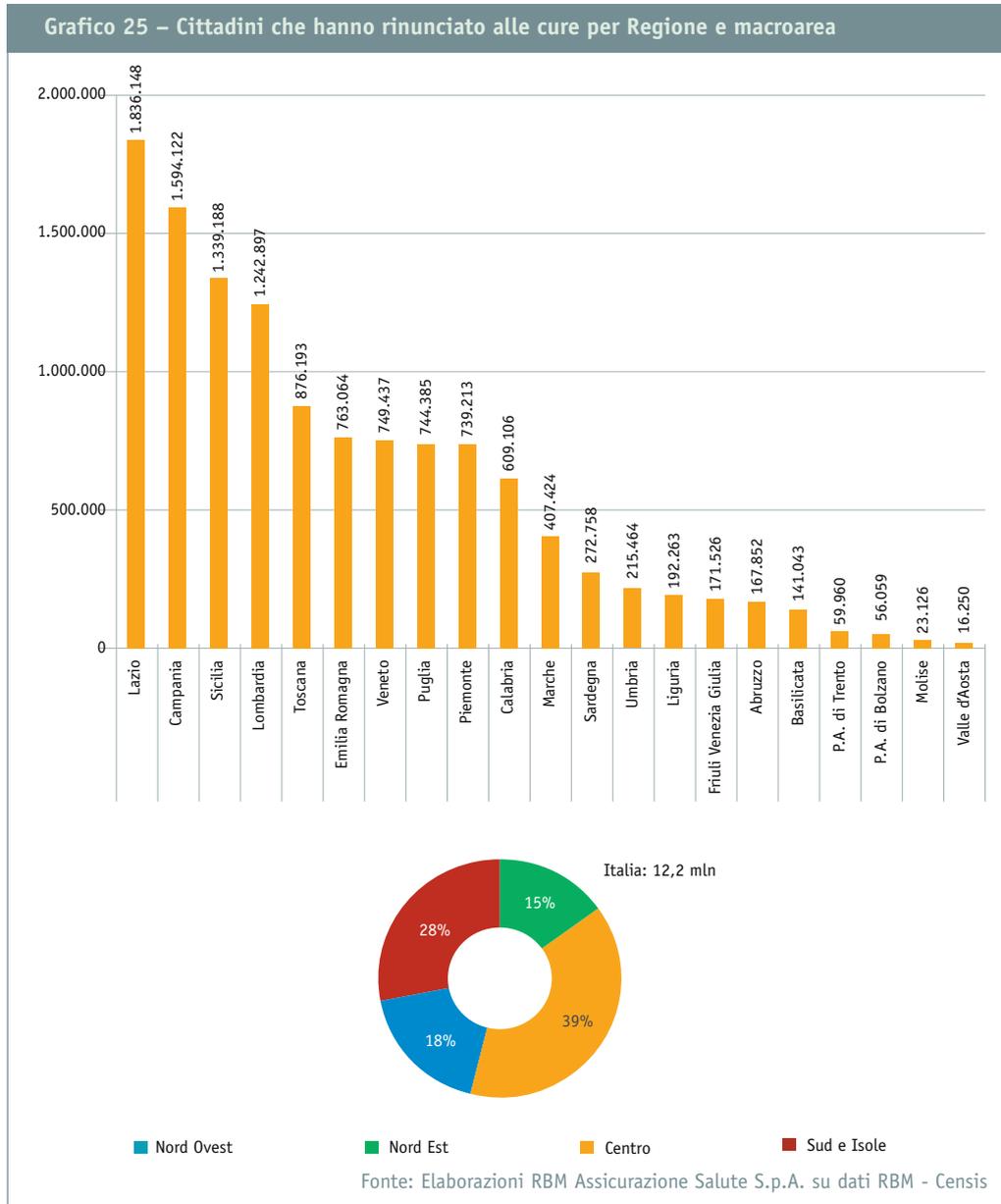
4. Sanità negata: il fenomeno della rinuncia alle cure

Erano 9 milioni nel 2012, sono diventati 12,2 milioni nel 2016 – oltre il 20% della popolazione – gli Italiani che hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni. Tra loro 2,4 milioni sono anziani e 2,2 milioni sono *millennials*.

Non si tratta, è bene precisarlo, di persone che hanno rinunciato del tutto a curarsi nell'anno ma di cittadini che sono stati costretti per motivi economici a non fare, rinunciando o rinviando, almeno una prestazione sanitaria che era stata loro prescritta come necessaria a livello medico.

Al riguardo, come mostra chiaramente il **Grafico 25** il numero di cittadini che hanno dovuto rinunciare alle cure varia in modo significativo da Regione a Regione anche in considerazione naturalmente del numero di cittadini assistiti. I dati che emergono da questa rilevazione, tuttavia, mostrano in modo inequivocabile l'esistenza di "una sanità a due velocità", Centro Nord da una parte e Sud e Isole dall'altra. Si pensi al riguardo che quasi il 30% dei cittadini che non hanno potuto accedere alle cure vive nell'area Sud e Isole del nostro Paese ed il 39% di loro nel Centro. Il 40% dei cittadini che hanno dovuto rinunciare alle cure vive in Campania, nel Lazio o in Sicilia. La Campania, peraltro, registra la cifra record di oltre

Grafico 25 – Cittadini che hanno rinunciato alle cure per Regione e macroarea



2 milioni di persone (ben più di 1/3 dei suoi abitanti) che hanno dovuto rinunciare a curarsi.

Completamente diversa la situazione nel Nord del Paese dove si va dal 18% del Nord Ovest al 15% del Nord Est con un 10% circa di cure rinunciate in Lombardia e nel Veneto.

Volendo provare a dare una lettura complessiva al fenomeno potremmo dire che, come già ricordato, il fabbisogno assistenziale degli Italiani cresce per effetto delle dinamiche demografiche e dell'evoluzione scientifica, mentre nel contempo il finanziamento pubblico

rimane fermo non riuscendo a sostenere la “nuova” richiesta di prestazioni che proviene dalla popolazione. Proprio queste dinamiche contrastanti rappresentano l’innescò del fenomeno della sanità negata. Quando la capacità assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale non copre il fabbisogno sanitario, i cittadini sono costretti a cercare un equilibrio diverso, frutto di una combinazione di spesa privata aggiuntiva delle famiglie e/o di rinuncia o rinvio delle prestazioni. E quanto più crescono queste due aree, tanto più aumentano disuguaglianze di fatto e i razionamenti.

5. La mobilità sanitaria: i migranti della salute

Il quadro appena descritto rappresenta probabilmente la spiegazione più efficace del rilevante fenomeno della mobilità sanitaria. Nel 2016 la mobilità sanitaria nel nostro Paese è tornata a crescere (+21,4% rispetto al 2015), coinvolgendo oltre 1,7 milioni di Italiani (950.000 malati e 825.000 accompagnatori) e raggiungendo quota €4,3 miliardi, con un aumento pari al 10,2% rispetto all’annualità precedente, che si era attestata a quota €3,9 miliardi.

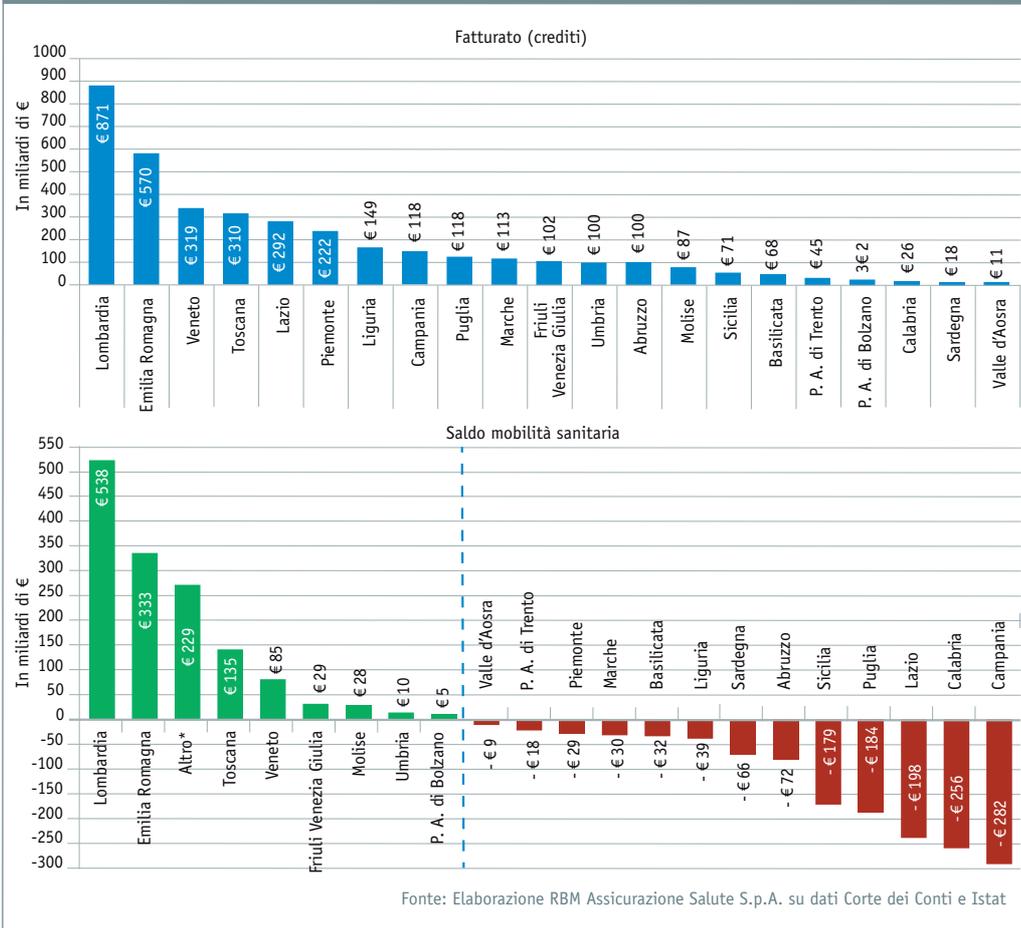
Ma se il saldo totale dei flussi della migrazione sanitaria a livello nazionale è ovviamente pari a zero ci sono Regioni che ci “guadagnano” e Regioni che ci “perdono” e queste ultime sono la maggioranza: 13 Regioni su 20 hanno infatti un saldo negativo tra crediti e debiti (Campania, Calabria e Lazio in testa) (Grafico 26).

Con riferimento agli specifici flussi migratori, si evidenzia una migrazione prevalente da Sud a Nord di circa 258.000 persone (di cui 72.000 dalla sola Campania), 235.000 persone che si spostano dal Sud al Centro, 180.000 persone dal Centro al Nord ed infine una mobilità parallela tra Regioni della stessa macroarea o comunque confinanti che interessa 227.000 cittadini (Grafico 27). I poli attrattivi sono rappresentati principalmente da Roma, Milano, Genova, Bologna, Padova, Firenze, Pisa e Siena: 1 migrante della salute su 4 infatti si reca in una di queste città.

Per più della metà dei casi (56%) la motivazione alla base della migrazione è la qualità delle cure; incidenza molto significativa anche quella delle liste di attesa (25%) e della logistica (19%) (Grafico 28). La migrazione sanitaria non si basa dunque su esigenze di mero comfort, ma è determinata da situazioni gravi e importanti in termini patologici. Motivo che ci dovrebbe indurre a valutare opportunamente qual è l’incidenza della mobilità sanitaria rispetto alla cosiddetta sanità negata.

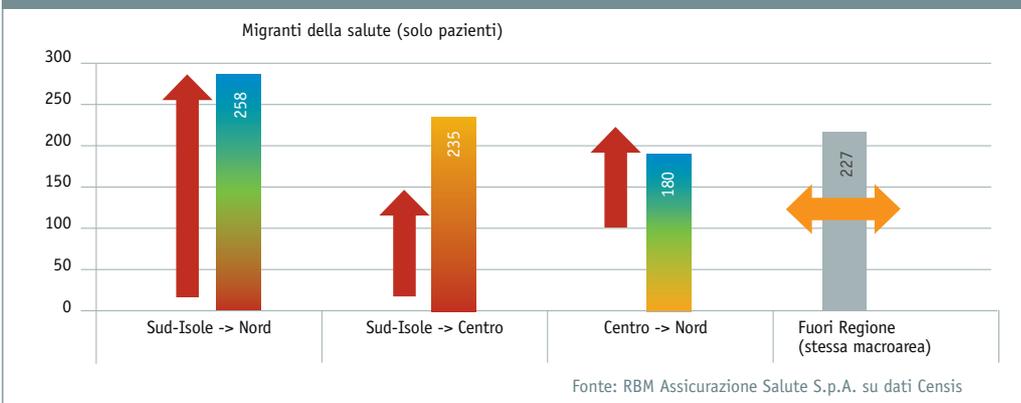
Le principali patologie che spingono alla migrazione sono di natura oncologica, per quasi la metà dei casi (43%), cardiovascolare (26%), gravi malattie croniche (24%) e gravi patologie pediatriche (7%) (Grafico 29). Quello della migrazione è un fenomeno che crea disagi, angosce e costi per molti insostenibili anche considerato che, a quelli delle cure, almeno in parte ibridate da percorsi privati (mediamente il 55% per il paziente ed il 45% per l’accompagnatore) prevalentemente per visite ed accertamenti, di assistenza infermieristica, di vitto e alloggio, bisogna aggiungere anche i costi indiretti per il lavoro perso che arrivano ad incidere fino a due terzi del costo complessivo.

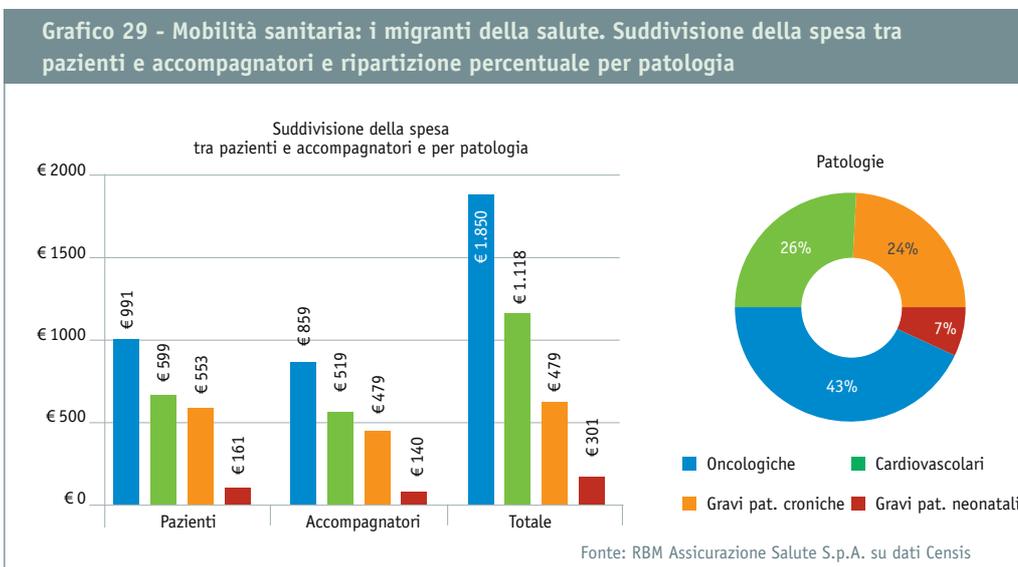
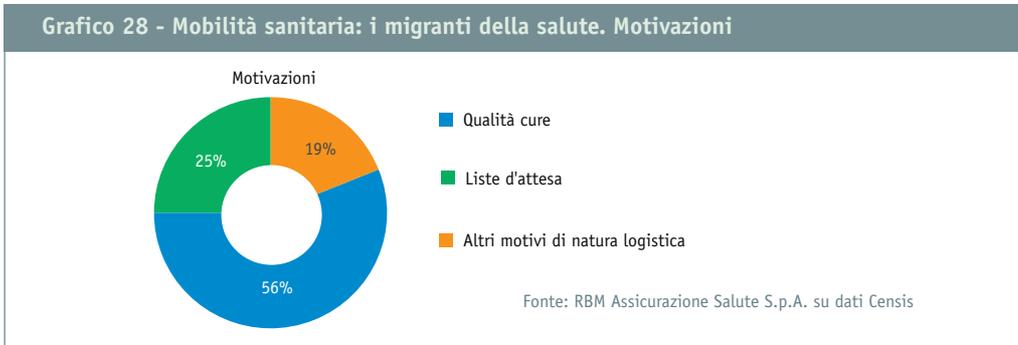
Gráfico 26 – Mobilità sanitaria: i migranti della salute



62

Gráfico 27 – Mobilità sanitaria: i migranti della salute (solo pazienti)



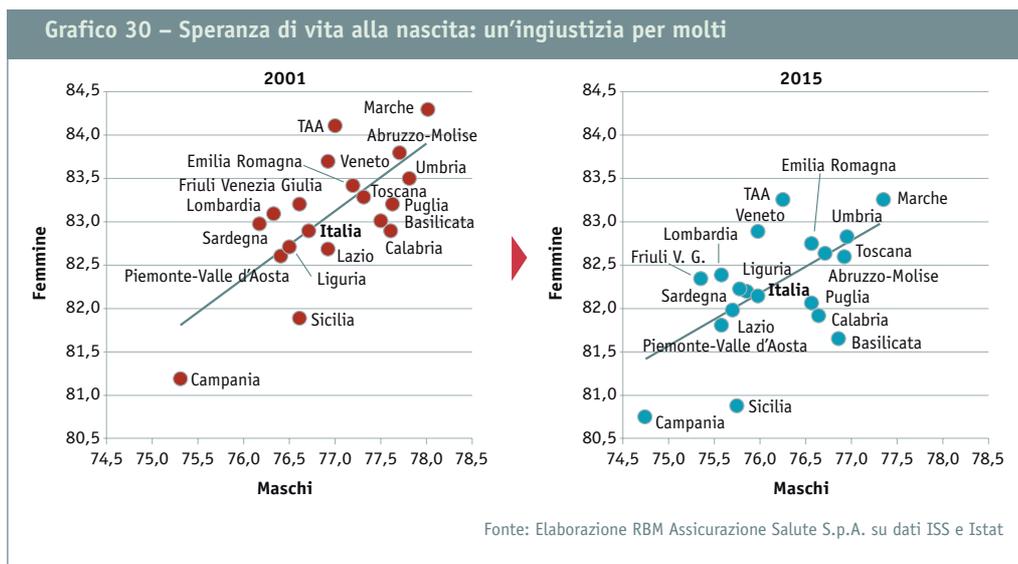


6. Speranza di vita alla nascita: il rischio di traslare gli effetti della disuguaglianza di oggi sulle generazioni future

Ad aggravare questo quadro si aggiungono, peraltro, i più recenti *trend* demografici che ci paentano il rischio potenziale di vedere traslati sulle generazioni future gli effetti delle disuguaglianza territoriali appena commentate. Se si osservano i dati relativi alla speranza di vita nelle diverse Regioni italiane nel 2001, prima dell'entrata in vigore del "federalismo sanitario", è possibile rilevare per entrambi i generi un tendenziale omogeneità del dato. Confrontando questi indicatori (Grafico 30) con le risultanze emesse in occasione dell'ultima rilevazione ISTAT viene a palesarsi invece un *trend* divergente assolutamente riconducibile al gradiente territoriale. In altre parole, a poco meno di 10 anni⁵ dalla riorganizzazione del Servizio Sanitario Nazionale su base

⁵ Il federalismo sanitario, infatti, ha trovato effettiva e compiuta attuazione a partire dall'anno 2009 a seguito dell'emanazione della legge delega 42/2009 e dei successivi decreti legislativi.

regionale si è assistito per entrambi i generi ad un processo di progressiva divaricazione tra Nord e Sud, che ha penalizzato il Mezzogiorno, che ha condotto al consolidarsi di un innalzamento sostanziale della speranza di vita alla nascita per i cittadini del Nord e a una riduzione di tale fattore per i cittadini del Sud.



La forza degli effetti innescati da tale progressione possono essere ben colti dall’analisi che abbiamo sintetizzato nella **Tabella 4**. Come ci ricorda la prima riga della tabella, infatti, l’Italia è uno dei Paesi del mondo che presenta la longevità maggiore preceduto solamente dal Giappone e dalla Germania. Tuttavia se si sposta l’indagine su piano territoriale appare chiaro, sia per i maschi sia per le femmine, come la disomogeneità dell’indice della speranza di vita alla nascita registrato in ciascuna Regione consenta l’assimilazione delle diverse aree del nostro Paese con Stati assolutamente diversi. In termini pratici, mentre la speranza di vita alla nascita per le femmine in Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Puglia e Lazio si allinea a situazione riscontrabili in Svizzera o in Australia (82 anni), in Basilicata, Campania e Sicilia il medesimo indicatore scende ai livelli riscontrabili in Spagna, Israele e Nuova Zelanda (81 anni). Parimenti, con riferimento al genere maschile, possiamo osservare che se i maschi in Toscana, Marche, Abruzzo e Molise presentano una speranza di vita alla nascita in un range prossimo a quella di Danimarca, Germania, Regno Unito e Stati Uniti (79 anni), in Campania i maschi presentano un indicatore di poco superiore a quello della Bulgaria (64 anni)

In questa prospettiva il tema della disuguaglianza territoriale, già di per se assolutamente rilevante, assume una rilevanza ancora maggiore per gli effetti a livello intergenerazionale che è in grado di favorire non solo dal un punto di vista economico, ma anche in una prospettiva sanitaria e demografica.

Tabella 4 - Speranza di vita alla nascita: un'ingiustizia per molti			
Stato	Aspettativa di Vita	Regione	Aspettativa di Vita
Giappone	84	ITALIA	82,8
San Marino/Andorra	83	MAR, TAA, VEN, ER, TOS, ABR, MOL	82,6/83,2
Svizzera/Australia/Italia_F	82	LOM, FVG, SAR, LIG, PUG, LAZ, CAL, VdA, PIE	81,8/82,4
Spagna/Israele/NZ	81	BAS, CAM, SIC	80,8/81,7
Germania/UK/Grecia/USA	80		
Danimarca	79	—	—
Albania	78		
	77	MAR, UMB, TOS, BAS, MOL, ABR	76,7/77,3
Tunisia/ITA_M	76	CAL, PUG, ER, TAA, VEN, LIG, SAR, SIC, LAZ	75,7/76,6
Bulgaria	74	CAM	74,7

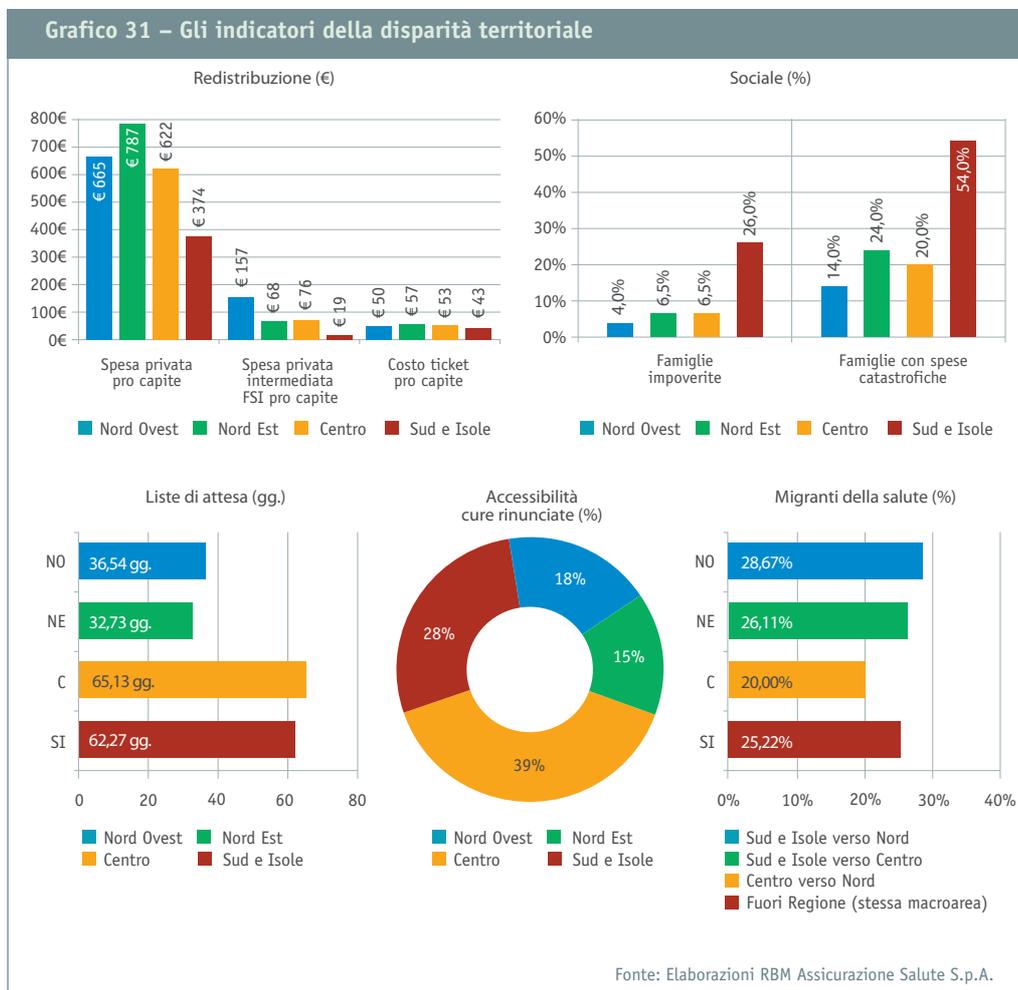
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ISS e Istat

7. Gli indicatori della disparità territoriale

Sancita costituzionalmente, l'uguaglianza dei cittadini è ancora più determinante in sanità. Ma anche su questo punto, purtroppo, si assiste ad una dicotomia tra il piano valoriale ed i comportamenti attuativi. La Riforma del Titolo V della Costituzione che ha introdotto, come più volte ricordato, il federalismo sanitario nel nostro Paese ha generato di fatto 21 Sistemi Sanitari Regionali diversi.

Gli effetti pratici nella vita di tutti i giorni per i cittadini sono evidenti. Vista l'ampia disamina che precede ci limitiamo in questa sede a richiamare solo alcuni dei *findings* principali (Grafico 31): le liste di attesa medie nell'ultimo anno vanno dai 33,69 giorni di media nel Veneto (21,20 giorni in Valle d'Aosta) agli 82,54 giorni di media nel Lazio, passando per i 70,04 giorni di media della Campania; il valore medio dei *ticket* va dai 67 Euro medi del Veneto ai 33 Euro della Sardegna, passando per i 44 Euro medi per *ticket* della Campania; la spesa sanitaria di tasca propria (c.d. "Out of Pocket") – che, è bene ricordarlo, si aggiunge ai costi già sostenuti da tutti noi mediante la fiscalità generale per finanziare il Servizio Sanitario Nazionale e che, a loro volta, ammontano in media a 1.867 Euro *pro capite* – va dagli oltre 650 Euro *pro capite* del Veneto e della Liguria (con valori ben superiori ai 750 Euro per cittadino in Valle d'Aosta, che registra un valore di 877 Euro a testa, e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano) ai 324,56 Euro della Campania; l'incidenza delle cure rinunciate o differite – che riguardano ormai oltre 12,2 milioni di italiani – va dal 15% del Nord Est al 39% del Centro, passando per il 28% del Sud e Isole... e si potrebbe continuare, anche in una prospettiva di medio lungo periodo, guardando all'incidenza delle risorse destinate alla prevenzione, all'indice di buona salute ed alla speranza di vita alla nascita sempre

Grafico 31 – Gli indicatori della disparità territoriale



66

più distanti tra Regione e Regione. Di fronte a questi risultati ci sembra, francamente, difficile parlare ancora di uguaglianza.

Ma allora perché non pensare al Secondo Pilastro Sanitario come ad un'importante opportunità di perequazione per i cittadini, come ad uno strumento in grado di restituire dignità al territorio, come una leva in grado di liberare nuove risorse anche per quei cittadini che vivono in Regioni non in grado di garantire cure in linea con gli *standard* richiesti? Rifiutare aprioristicamente questa opportunità per continuare a sostenere lo sviluppo di un sistema sanitario profondamente diseguale che costringe in molti casi i cittadini alla migrazione sanitaria (parliamo, annualmente, almeno 2 milioni di italiani costretti a spostarsi tendenzialmente da Sud a Nord per essere curati), vuol dire alimentare nei fatti il circuito della mobilità passiva che re-immette risorse nei Sistemi Sanitari Regionali più efficienti

drenandole dai Sistemi Sanitari Regionali meno adeguati alimentando, inesorabilmente, il *gap* assistenziale e la disuguaglianza. È chiaro che un modello del genere richiederebbe un superamento dell'attuale impianto delle Forme Sanitarie Integrative, del tutto incentrato come si è già accennato sul rapporto di lavoro dipendente, la promozione di Fondi Sanitari Aperti che possano essere impiegati a pieno titolo come strumenti della pianificazione sanitaria, anche a livello territoriale. Peraltro, questa impostazione potrebbe anche coesistere con il modello delle Forme Sanitarie Integrative Contrattuali (da CCNL o da CIA), andando ad operare in misura complementare proprio in quelle aree dove anche a causa di elevati livelli di disoccupazione o di particolari situazioni demografico e/o socio-sanitarie, le Forme Sanitarie Integrative non sono riuscite finora ad affermarsi.

E) Identikit della Spesa Sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative

1. Caratteristiche della Spesa Sanitaria Privata gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative

Ad oggi gli Italiani assicurati da Forme Sanitarie Integrative sono poco meno del 20% (19,6%), pari a 11,9 milioni, di cui 7 milioni titolari e 4,9 componenti del nucleo familiare. Il **Grafico 32**, che segue, sintetizza i tratti peculiari della Sanità Integrativa anche ai fini di un confronto con i “connotati”, già rappresentati, della spesa sanitaria privata oggetto dell'attività di intermediazione (rimborso) svolta dalle Forme Sanitarie Integrative.

In ragione dell'attuale assetto normativo la maggiore diffusione delle Forme Sanitarie Integrative si ha tra i lavoratori dipendenti, che presentano un livello di adesione di oltre il 55%. Nel campo del lavoro subordinato, peraltro, coesistono due diverse “anime” della Sanità Integrativa quella che si basa sulla Contrattazione Collettiva Nazionale, più recente e in buona parte dei casi finalizzata a garantire prestazioni di natura sostitutiva al Servizio Sanitario Nazionale, e quella che origina direttamente dalle Aziende, più risalente e che è prevalentemente incentrata sull'erogazione di prestazioni complementari ed integrative al Servizio Sanitario Nazionale. Questo secondo *genus*, peraltro, sta attraversando in questo momento una fase di importante crescita – come del resto anche quello che si basa sulla Contrattazione Collettiva Nazionale – ma anche di trasformazione per via della sua coesistenza con le nuove forme di *flexible benefits* e *welfare aziendale* rilanciate dalle riforma dello scorso anno.

Decisamente meno diffuse le Forme Sanitarie Integrative tra i lavoratori autonomi che presentano un tasso di adesione del 14%. A questo riguardo, tuttavia, bisogna precisare che all'interno di questa categoria reddituale coesistono liberi professionisti, imprenditori ed altri lavoratori autonomi che si caratterizzano per disponibilità assolutamente diversificata di accesso alla Sanità Integrativa. Oltre il 73% dei liberi professionisti risulta, infatti, già

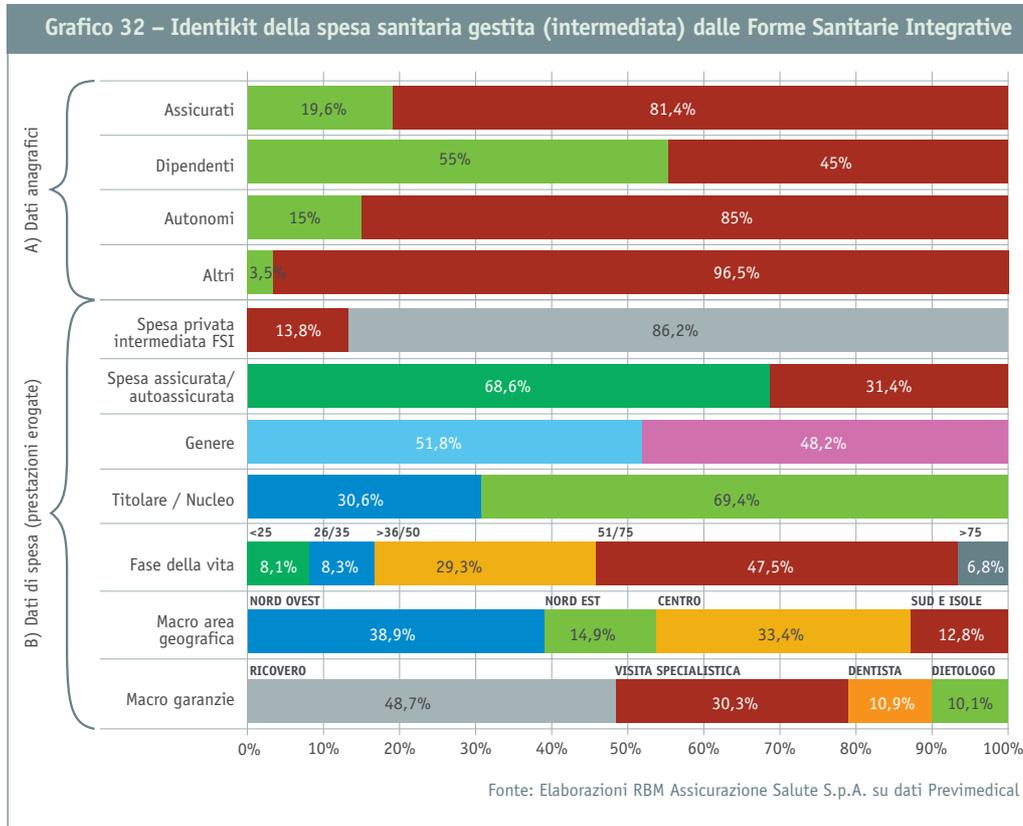
assicurato o attraverso la copertura di assistenza sanitaria integrativa garantita – tipicamente attraverso Polizze Sanitarie di natura collettiva – dal proprio Ente Previdenziale di riferimento quali ad es. Cassa del Notariato, Inarcassa, Ente Previdenziale dei Veterinari,

Ente Previdenziale dei Medici, Cassa Forense, etc.) o mediante Polizze Sanitarie Individuali. Le convenzioni assicurative stipulate da tale Enti, peraltro, consentono della quasi totalità dei casi l'estensione delle coperture, su base volontaria, anche ai familiari del libero professionista. Tra imprenditori ed altri lavoratori autonomi, invece, il livello di diffusione alla Sanità Integrativa risulta ancora piuttosto contenuto nonostante nell'ultimo biennio si registrino diverse iniziative, prevalentemente nel Nord del Paese, di alcune Associazioni di Categoria (in particolare, Confcommercio e Confartigianato) finalizzate a garantire ai propri soci un'assistenza sanitaria integrativa in linea con i bisogni e le peculiarità dell'attività di impresa.

Al di fuori del mondo del lavoro dipendente e di quello del lavoro autonomo, poi, le percentuali di penetrazione delle Forme Sanitarie Integrative scendono drasticamente e tendono ad essere ricondotte allo strumento delle Polizze Sanitarie Individuali. A questo riguardo, tuttavia, ferma restando ancora la marginalità della diffusione della Sanità Integrativa ai cittadini in quanto tali e non in quanto percettori di una tipologia specifica di reddito, si devono registrare due fenomeni positivi emersi nell'ultimo anno. Il primo è l'incremento (dall'1,05% del 2015 al 3,5% del 2016) della diffusione della Sanità Integrativa nei confronti di cittadini non riconducibili al campo di azione tipico delle Forme Sanitarie Integrative per i lavoratori dipendenti e per i lavoratori autonomi. Il secondo è lo sviluppo di diversi Fondi Sanitari Aperti (quali ad esempio il Fondo Sanitario Aperto PreviSalute) che, nonostante l'assetto disincentivante rappresentato dal vigente impianto normativo, hanno avviato un'azione concreta – supportati spesso dal comparto assicurativo che svolge in questo contesto un ruolo fondamentale per la stabilità e la sostenibilità del modello proposto – di promozione di un Secondo Pilastro Sanitario aperto a tutti i cittadini andando a rilanciare quella mission che agli inizi del secolo precedente era stata fatta propria dalle prime Società di Mutuo Soccorso.

Il **Grafico 32** mostra anche le caratteristiche proprie della spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative. Nel 2016, infatti, le Forme Sanitarie Integrative sono arrivate a gestire quasi 5 miliardi di Euro di spesa sanitaria privata (poco meno del 14%). Oltre i due terzi della spesa sanitaria intermediata (rimborsata ai cittadini) sono gestiti attraverso il settore assicurativo.

La spesa attualmente rimborsata (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative riguarda per quasi la metà (49%) prestazioni di natura ospedaliera, per circa 1/3 prestazioni diagnostiche e visite specialistiche (30%), prestazioni odontoiatriche (11%) e protocolli di prevenzione e diagnosi precoce (10%). Su questa composizione, è importante sottolinearlo, incide in modo determinante l'attuale quadro normativo che subordina il beneficio fiscale, come noto garantito ai soli lavoratori dipendenti, alla destinazione da parte della Forma Sanitaria Integrativa di almeno il 20% delle proprie risorse alla copertura delle prestazioni



odontoiatriche, delle prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali (le cd. “prestazioni vincolate”). Non a caso, quindi, mentre le Forme Sanitarie Integrative rivolte ai lavoratori dipendenti presentano sistematicamente nei propri Piani Sanitari il rimborso delle spese relative all’odontoiatria, le altre Forme Sanitarie Integrative, specie se riservate prevalentemente ai lavoratori autonomi, tendono a garantire una copertura marginale di questi bisogni.

La spesa rimborsata (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative si riferisce per poco meno del 52% ad assicurati di genere maschile e per più del 48% ad assicurati di genere femminile. Interessante, altresì, osservare che poco più del 30% della spesa sanitaria rimborsata (intermediata) è imputabile al titolare (nella maggior parte dei casi, il lavoratore) della copertura, mentre il 70% ai relativi familiari.

Con riferimento alla distribuzione della spesa sanitaria rimborsata (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative per fasce di età degli assicurati bisogna osservare che quasi la metà della spesa (il 47,5%) è relativa ad assicurati con un’età compresa tra i 51 ed i 75 anni e meno di 1/3 (il 29,3%) ad assicurati con un’età compresa tra i 36 ed i 50 anni. Importante sottolineare comunque, visto l’attuale assetto normativo della Sanità Integrativa, anche il ruolo svolto nei confronti dei più giovani (8,1%) e dei più anziani (6,8%).

Analizzando le evidenze appena rassegnate emerge, a nostro avviso, con chiarezza l'importanza strategica di recuperare nel disegno complessivo della Sanità Integrativa la dimensione del Nucleo Familiare (oggi sostanzialmente minoritaria negli assetti prevalente delle Forme Sanitarie Contrattuali) e del ciclo di vita, con particolare riguardo alla prosecuzione delle assistenze oltre il pensionamento (meccanismo, anche questo, sostanzialmente escluso da quasi tutte le Forme Sanitarie Contrattuali). In quest'ottica, ancora una volta, torna ad affermarsi l'importanza di una ridefinizione del sistema sanitario del nostro Paese in una logica multipilastro che sarebbe in grado di valorizzare al meglio un affiancamento strutturale della Sanità Integrativa alle diverse fasi della vita di ciascun cittadino con una naturale estensione sia al suo nucleo familiare che al periodo di maggiore "fragilità".

Da ultimo, è importante evidenziare come anche la spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative presenti un chiaro gradiente territoriale. Come mostra il Grafico 32, infatti, oltre il 70% della spesa sanitaria rimborsata (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative affinisce alle macro aree Nord Ovest (il 38,9%) e Centro (il 33,4%). Poco meno del 30%, invece, la quota di spesa sanitaria rimborsata (intermediata) dalla Sanità Integrativa nelle macro aree Nord Est (il 14,9%) e Sud e Isole (il 12,8%).

2. Analisi sul ruolo e la funzione delle Forme Sanitarie Integrative. Finalità dell'indagine e descrizione del campione utilizzato.

70

Ad oggi la Sanità Integrativa nel nostro Paese è attuata attraverso la coesistenza di una serie molto variegata e disomogenea di Forme Sanitarie Integrative ognuna delle quali può adottare, liberamente, i livelli assistenziali ritenuti più idonei per i propri assistiti e per la realizzazione della propria *mission*. Al fine di favorire la comprensione del ruolo economico e sociale svolto ad oggi dalle Forme Sanitarie Integrative nel nostro Paese e garantire una migliore comparabilità tra le diverse esperienze analizzate il Rapporto, in continuità con l'impostazione del monitoraggio avviato tre anni fa su questo importante aspetto del settore, abbiamo provveduto a riaggregare in 7 diversi *cluster* le diverse esperienze operative nel settore. Si tratta in particolare di Forme Sanitarie Contrattuali (ovvero istituite dalla Contrattazione Collettiva Nazionale), Forme Sanitarie Aziendali (ovvero istituite da Accordi o Regolamenti Aziendali), Forme Sanitarie Territoriali (sia istituite da Accordi Territoriali sia da Leggi o Regolamenti regionali), Forme Sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni (istituite all'interno delle Amministrazioni e degli Enti dello Stato o partecipati dallo stesso a favore del relativo personale), Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali (istituiti, come già visto, dagli Enti Previdenziali Privatizzati a favore dei liberi professionisti, quali ad es. la Cassa del Notariato, Inarcassa, Ente Previdenziale dei Veterinari, Ente Previdenziale dei Medici, la Cassa Forense, etc.), Società di Mutuo Soccorso e Polizze Salute Individuali distribuite dalle Compagnie Assicuratrici mediante canale diretto (tipicamente on line e/o telefonico) o attraverso le proprie reti distributive di tipo agenziale e/o bancario.

Il campione dell'indagine sulle Forme Sanitarie Integrative nel presente Rapporto è stato ulteriormente ampliato andando ad includere, per la prima volta, anche le Polizze Sanitarie Individuali e le Società di Mutuo Soccorso. In particolare, in termini di composizione sono stati utilizzati i seguenti pesi:

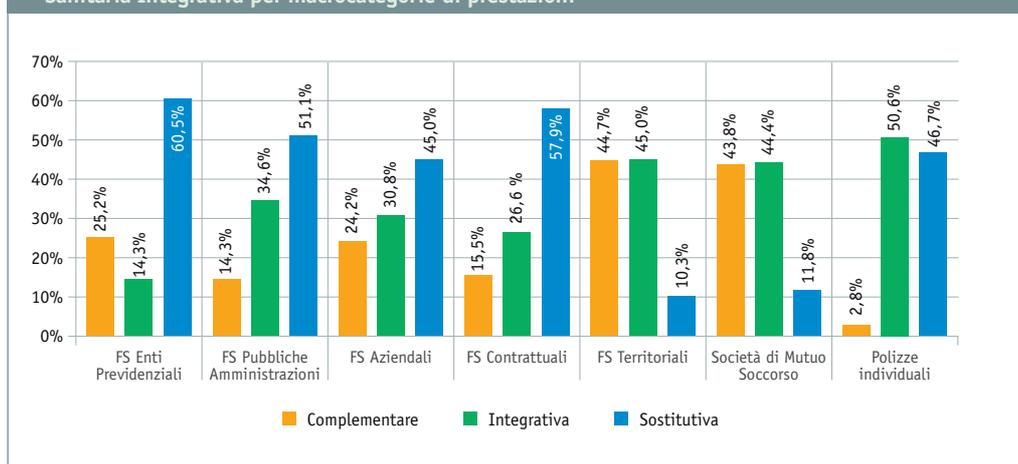
- ◆ le Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali rappresentano il 13,58% del campione complessivo e corrispondono al 58% delle Forme Sanitarie di questa tipologia
- ◆ le Forme Sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni rappresentano il 16,05% del campione complessivo e corrispondono al 27% delle Forme Sanitarie di questa tipologia
- ◆ le Forme Sanitarie Aziendali rappresentano il 12,35% del campione complessivo e corrispondono al 45% delle Forme Sanitarie di questa tipologia
- ◆ le Forme Sanitarie Contrattuali rappresentano il 30,86% del campione complessivo e corrispondono al 82% delle Forme Sanitarie di questa tipologia
- ◆ le Forme Sanitarie Territoriali rappresentano il 6,17% del campione complessivo e corrispondono al 66% delle Forme Sanitarie di questa tipologia
- ◆ le Società di Mutuo Soccorso rappresentano il 8,64% del campione complessivo e corrispondono al 15% delle Forme Sanitarie di questa tipologia
- ◆ le Polizze Sanitarie Individuali rappresentano il 12,35% del campione complessivo e corrispondono al 18% delle Forme Sanitarie di questa tipologia

In continuità con l'impostazione adottata nelle precedenti annualità di indagine, dal campione sono state escluse le Forme Sanitarie Integrative relative alla categoria dei Dirigenti, difficilmente assimilabili alle specificità proprie del settore sia in ragione delle dotazioni economiche decisamente superiori alla media del settore (si consideri che tali Forme, in particolare, sono le uniche ad utilizzare integralmente il plafond di deducibilità previsto per la contribuzione pari ad Euro 3.615,32 anno per persona) sia per le peculiarità dei relativi livelli di copertura che riconoscono, nella quasi totalità dei casi, un rimborso di una quota della spesa sanitaria sostenuta dall'assistito ma che si limitano a prevedere l'erogazione di una serie, comunque, nutrita di indennità in cifra fissa riconducibile a ciascun evento dedotto in copertura.

Il **Grafico 33** isola le policy assistenziali adottate da ciascuna delle 7 tipologie di Forma Sanitaria Integrativa analizzate. In termini di classificazione si è ritenuto, anche ai fini di un miglior raccordo con i dati già presentati a livello internazionale, di utilizzare per questa indagine la nomenclatura OCSE che distingue – come già visto in precedenza – le funzioni svolte dalle Forme di Secondo Pilastro Sanitario aggiuntivo (*private health insurance*), nei confronti dei cittadini in complementari (*complementary*), integrative (integrative) e sostitutive/duplicative⁶. In quest'ottica, le forme sanitarie contrattuali risultano operare con un'impostazione prevalentemente sostitutiva/duplicativa del Servizio Sanitario Nazionale; le forme sanitarie territoriali sono fortemente incentrate su prestazioni di natura complementare e integrativa; le forme sanitarie degli Enti

Previdenziali operano con un'impostazione di natura prevalentemente sostitutiva/duplicativa e con un basso livello di copertura delle prestazioni integrative (nel campo di azione di tali forme, del resto, non trova applicazione la legislazione fiscale incentivante prevista per i redditi di lavoro dipendente). Le forme sanitarie aziendali e quelle delle pubbliche amministrazioni, invece, presentano un *mix* piuttosto bilanciato di copertura con un'attenzione specifica alle prestazioni integrative. Infine, se ci rivolgiamo all'area dei Piani Sanitari Individuali, bisogna rilevare che le Società di Mutuo Soccorso operano prevalentemente con un approccio complementare ed integrativo, mentre le polizze sanitarie individuali puntano prevalentemente su di un'impostazione di tipo sostitutivo/duplicativo ed integrativo.

Grafico 33 – Ruolo delle Forme Sanitarie Integrative in Italia: importo richiesto per tipo di Forma Sanitaria Integrativa per macrocategorie di prestazioni



72

Da un punto di vista tecnico, inoltre, è interessante rilevare nel contempo anche il *mix* di prestazioni di rischio e di frequenza che ciascuna Forma Sanitaria Integrativa ha ritenuto compatibile con la propria *mission*⁷. Con riferimento alla ripartizione tra prestazioni di rischio e di frequenza, le forme sanitarie degli Enti Previdenziali presentano per il 40% prestazioni di rischio, le forme sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni e quelle contrattuali hanno un bilanciamento rispettivamente un

6 **Prestazioni sostitutive (duplicative)**: ricovero, Day Hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, grandi interventi, parto, alta specializzazione (cure e alta diagnostica), visite specialistiche e diagnostica ordinaria, chirurgia refrattiva (miopia), cure oncologiche.

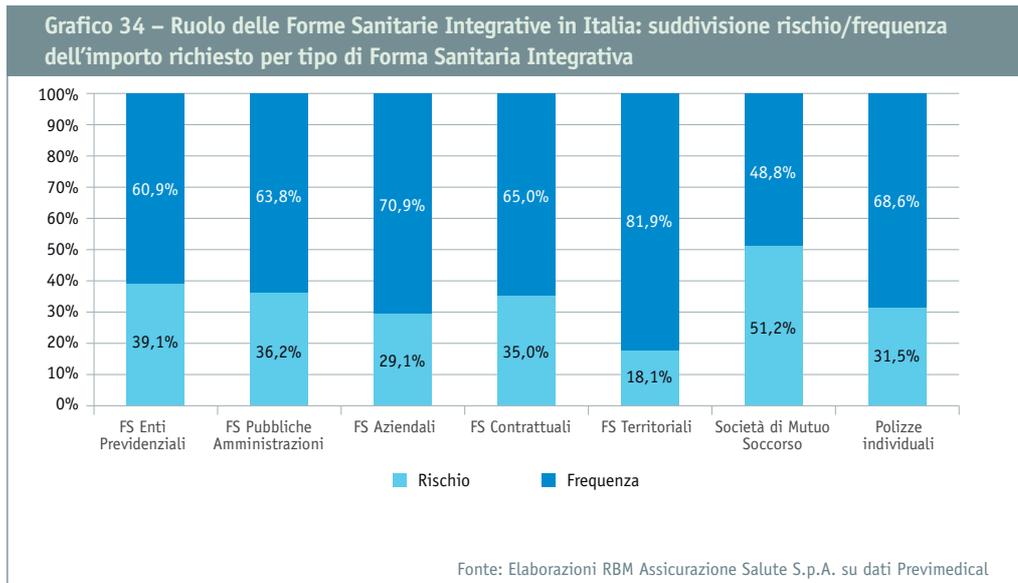
Prestazioni integrative: assistenza infermieristica, cure dentarie, interventi chirurgici odontoiatrici, fisioterapia.

Prestazioni complementari: rimborso *ticket* specialistica, medicinali, trasporto sanitario, lenti/occhiali, protesi ortopediche e acustiche, check up o prevenzione, ricovero SSN, grandi interventi SSN, rimpatrio salma.

7 **Prestazioni di rischio**: ricovero, ricovero SSN, Day Hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, grandi interventi, grandi interventi SSN, parto, interventi chirurgici odontoiatrici, chirurgia refrattiva (miopia), protesi ortopediche ed acustiche, rimpatrio salma.

Prestazioni di frequenza: assistenza infermieristica, alta specializzazione (cure e alta diagnostica), visite specialistiche e diagnostica ordinaria, *ticket* specialistica, medicinali, trasporto sanitario, cure dentarie, lenti/occhiali, cure oncologiche, fisioterapia, *check up* e prevenzione.

terzo due terzi, quelle aziendali hanno prevalentemente prestazioni di frequenza (71%), molto simili alle polizze sanitarie individuali (69%); da rilevare infine il bilanciamento delle Società di Mutuo Soccorso e la copertura al 82% delle prestazioni di frequenza da parte delle forme sanitarie territoriali (Grafico 34).



3. Contributi e prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative

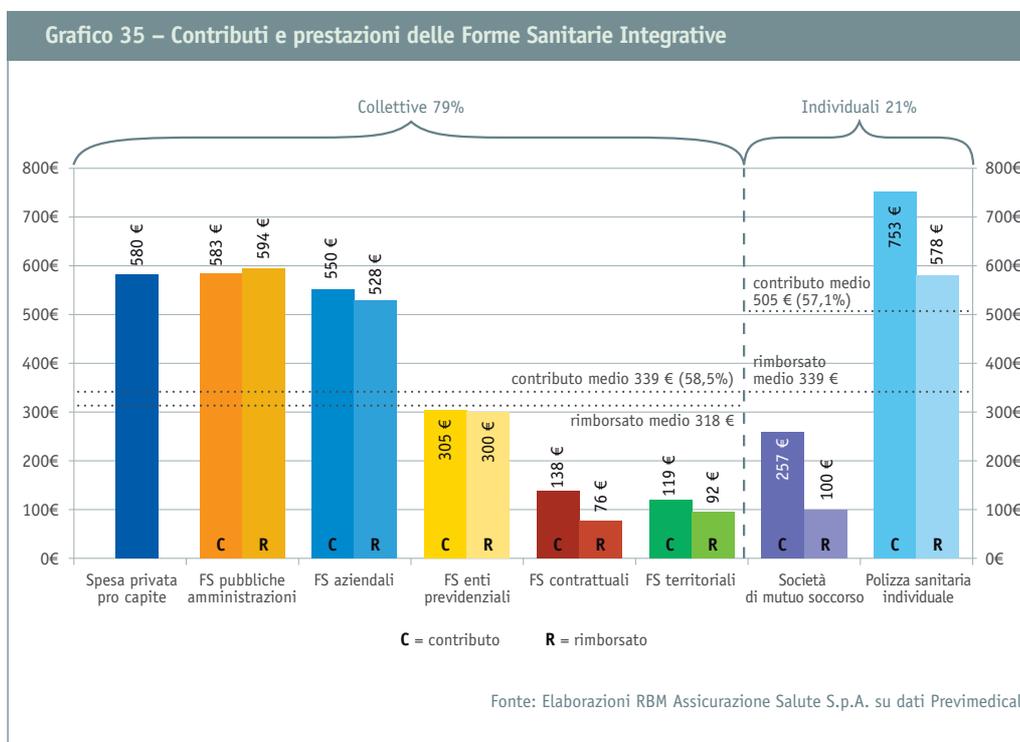
In base all'analisi condotta sulle Forme Sanitarie Integrative è emerso che il contributo (premio) medio richiesto per l'adesione ad una Forma Sanitaria Integrativa di tipo collettivo (Fondi Sanitari ad adesione obbligatoria o individuale all'interno di Piani Sanitari *standard*izzati) è pari ad €339, con un costo minimo di €119 (registrato per le Forme Sanitarie Territoriali) ed un costo massimo di €583 (registrato per le Forme Sanitarie della Pubblica Amministrazione), mentre quello per l'adesione ad una di tipo individuale è pari a €505 (€257 per le Società di Mutuo Soccorso e €753 per le polizze sanitarie individuali) (Grafico 35).

Emerge, inoltre, che attualmente la Sanità Integrativa garantisce mediamente ai propri assistiti un rimborso (indennizzo) medio pari a €318 per quanto riguarda le Forme Sanitarie di tipo collettivo e pari a €339 per quelle individuali. In particolare il livello medio di indennizzo delle Forme Sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni e quello delle Forme Sanitarie Aziendali è pari, rispettivamente a €594 e a €528, quello delle Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali a €300, seguono le Forme Sanitarie Territoriali con €92 e quelle Contrattuali con €76. Con riferimento alle Società di Mutuo Soccorso il livello medio di indennizzo è pari €100, mentre quello delle Polizze Sanitarie Individuali è pari a €578.

Per assicurare più della metà della spesa sanitaria privata *pro capite* basterebbe dunque €1 al giorno (non è richiesto alcun importante investimento né da parte dello Stato né da parte dei cittadini). In altre parole, se fossimo in grado di applicare in modo diffuso la ricetta della Sanità Integrativa, tutti gli Italiani con poco meno di €1 al giorno, sarebbero in grado di assicurare più della metà della spesa che oggi sostengono di tasca propria (c.d. “*Out of Pocket*”). Ma c’è un problema fondamentale di consapevolezza, di informazione e di regole: se oggi la Sanità Integrativa non fosse più limitata ai soli lavoratori dipendenti ma tutti i cittadini sapessero, da quando nascono, che è opportuno dotarsi di una forma di Sanità Integrativa aggiuntiva (come avviene nel Regno Unito o in Irlanda), sostenendo € 1,50 al giorno sarebbero benissimo in grado di avere una copertura del 60% di quello che oggi pagano *Out of Pocket*.

Con un’adeguata informazione ed un corretto contesto normativo di riferimento, la Sanità Integrativa potrebbe divenire un supporto fondamentale per tutte le famiglie italiane, con benefici importanti sia di tipo economico (eliminazione delle cure rinunciate) sia di tipo assistenziale (contenimento delle liste di attesa). È necessario probabilmente pensare a una campagna istituzionale su questo tema. È importante uscire dagli schemi ideologici e informare opportunamente gli italiani perché la disuguaglianza della spesa sanitaria privata possa essere contenuta.

74



4. Analisi dei principali dati riferibili alla Sanità Integrativa

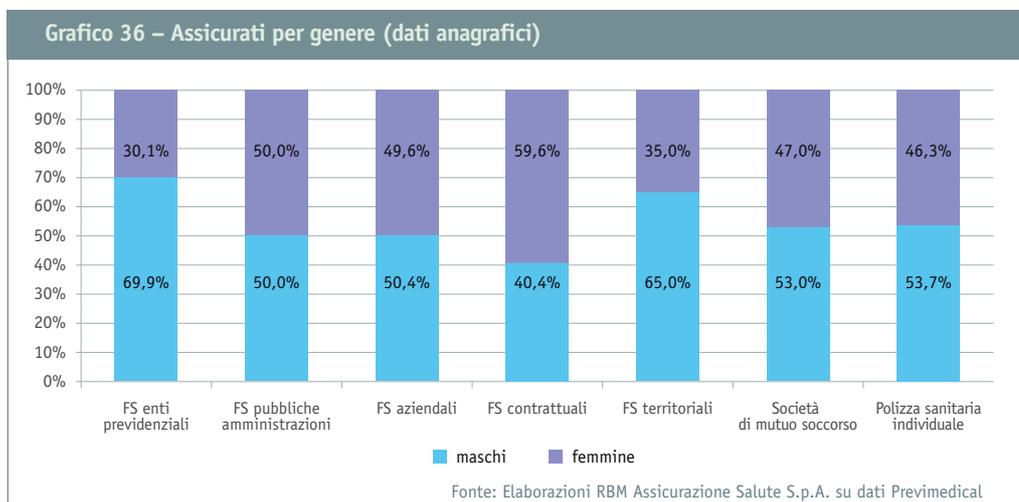
Per comprendere meglio le attuali caratteristiche della Sanità Integrativa, abbiamo ritenuto opportuno illustrare nei due paragrafi che seguono i principali dati anagrafici (§4.1) e di spesa (§4.2) riferibili alle Forme Sanitarie Integrative.

4.1 Dati anagrafici

4.1.1 Assicurati per genere

Le Forme Sanitarie Integrative attualmente si caratterizzano per una prevalenza degli assicurati di genere maschile. In particolare, sono maschi il 70% degli assicurati delle Forme Sanitarie istituite dagli Enti Previdenziali, il 65% degli assicurati delle Forme Sanitarie Territoriali, il 54% degli assicurati mediante Polizze Sanitarie Individuali 54%, il 53% degli assistiti dalle Società di Mutuo Soccorso ed il 50,4 degli assicurati delle Forme Sanitarie Aziendali. Assolutamente paritaria, invece, la composizione degli assicurati delle Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni. L'unico *cluster* analizzato che si discosta dal dato medio del settore è quello delle Forme Sanitarie Contrattuali che presentano una presenza di femmine appena inferiore al 60%. (Grafico 36). In ogni caso, è importante sottolineare come pur a fronte di una prevalente presenza del genere maschile i dati di spesa, commentati nel precedente §1, mostrino il sostanziale bilanciamento tra i due generi in termini di spesa sanitaria privata rimborsata (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative, testimonianza di un sostanziale maggior utilizzo delle prestazioni assicurate da parte delle femmine.

75

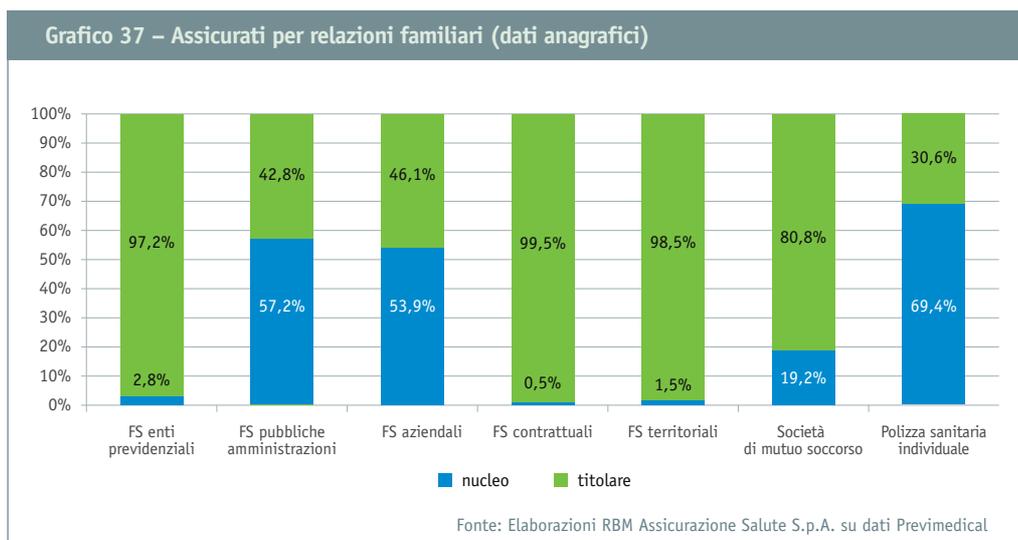


4.1.2 Assicurati per relazioni familiari

Con riferimento, invece, alla tipologia di assicurati è importante analizzare le peculiarità che contraddistinguono ciascuna tipologia di Forma Sanitaria Integrativa, anche per coglierne l'effettivo contributo a livello sociale. Al riguardo bisogna rilevare,

in primo luogo che, le Forme Sanitarie Contrattuali, le Forme Sanitarie Territoriali e le Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali risultano operanti quasi esclusivamente nei confronti del solo titolare (ovvero del solo lavoratore/assicurato senza estensione della copertura ai rispettivi familiari) rispettivamente 98,5%, e 97,1%. Prevalente, seppur in modo meno esplicito, l'assicurazione del solo titolare anche per le Società di Mutuo Soccorso nelle quali gli assistiti risultano ripartiti tra un 81% di teste principali ed un 19% di assistiti appartenenti ad un Nucleo Familiare. Le Forme Sanitarie di matrice aziendale, sia pubblica (P.A.) che privata, invece, palesano la copertura del nucleo familiare come elemento strutturale dei propri Piani Sanitari. In particolare, risultano appartenenti al Nucleo Familiare il 57% degli assicurati da Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni ed il 53% di quelle Aziendali. Da ultimo, importante evidenziare come invece nel caso delle Polizze Sanitarie Individuali l'assicurazione dell'intero Nucleo Familiare rappresenta un vero e proprio tratto peculiare con un'incidenza degli assicurati riconducibili alla categoria dei familiari che raggiunge quasi il 70% (Grafico 37).

76

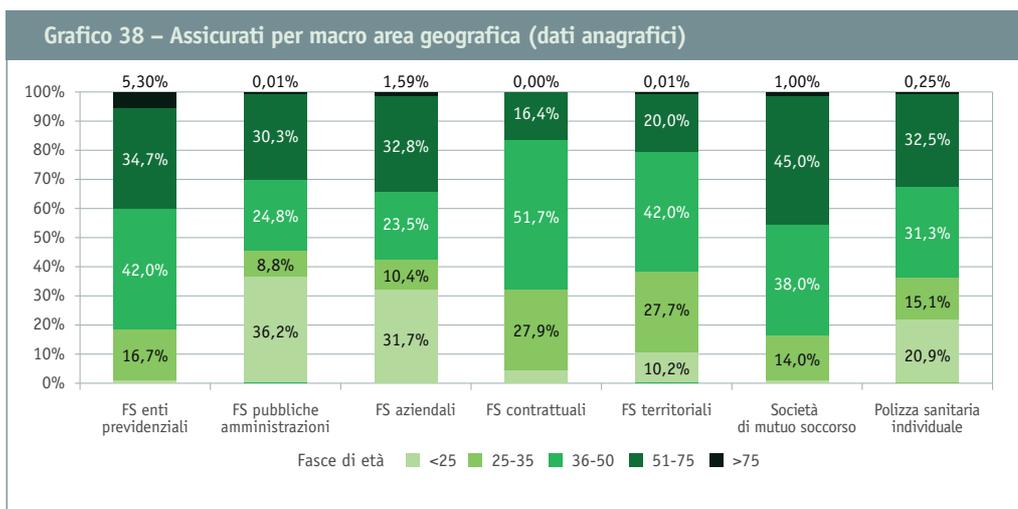


A completamento del quadro appena tracciato si rammenta che dall'analisi dei dati di spesa, commentati nel precedente §1, in termini di spesa sanitaria rimborsata (intermediata) sono proprio i familiari ad ottenere il maggior beneficio dalle Forme Sanitarie Integrative con una quota di quasi il 70% delle prestazioni sanitarie complessivamente finanziate. Ne emerge, quindi, che un'estensione delle Forme Sanitarie Integrative ai Nuclei Familiari di tutti gli assicurati potrebbe garantire un notevole contributo sia a livello economico che sociale ma, nel contempo, richiederebbe un incremento delle risorse attualmente affidate in gestione alle Forme Sanitarie Integrative.

4.1.3 Assicurati per fascia di età (dati anagrafici)

Attualmente gli assicurati da Forme Sanitarie Integrative si concentrano prevalentemente nelle età da lavoro con un'elevata rappresentatività di quelle più avanzate. Scarsamente presenti assicurati con età più anziane, anche a causa di un impianto attuale della Sanità Integrativa che tende ad essere fortemente condizionato dalle dinamiche occupazionali. Entrando più nel dettaglio dell'analisi si rileva come la fascia di età tra i 36 e i 50 anni sia prevalente nelle Forme Sanitarie istituite dagli Enti Previdenziali (42% degli assicurati totali), nelle Forme Sanitarie Contrattuali (52% degli assicurati totali) e nelle Forme Sanitarie Territoriali (42%). Presentano, invece, una quota maggiore di assicurati di età mediamente più elevata con prevalenza della fascia 51-75 anni le Forme Sanitarie Aziendali (33% degli assicurati totali), le Polizze Sanitarie Individuali (32,5%) e le Società di Mutuo Soccorso (45%) anche in ragione dell'accessibilità dei rispettivi Piani Sanitari anche alla categoria dei pensionati non ammessa dalle Forme Sanitarie Contrattuali e da quelle Territoriali. Importante rilevare, altresì, l'ampia quota di assicurati di età più giovani nelle Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni (36,2% degli assicurati totali) e nelle Forme Aziendali (31,7% degli assicurati totali) e nelle Polizze Sanitarie Individuali (>20%) (Grafico 38). A questo proposito se il dato relativo alle Forme Sanitarie di aziende pubbliche (istituite dalla P.A.) e private trova la sua spiegazione nei meccanismi di semi-obbligatorietà dell'adesione per tutti i componenti del Nucleo Familiare del lavoratore, quello relativo alle Polizze Sanitarie Individuali – assolutamente positivo se si considera la completa volontarietà dell'adesione e l'assenza di qualsiasi beneficio fiscale in favore degli assicurati – va prevalentemente ricondotto alle politiche di c.d. “engagement” e “well being” sempre più spesso promosse dal settore assicurativo per coinvolgere soggetti “sani” e puntare sul loro mantenimento in salute durante la copertura stessa.

77

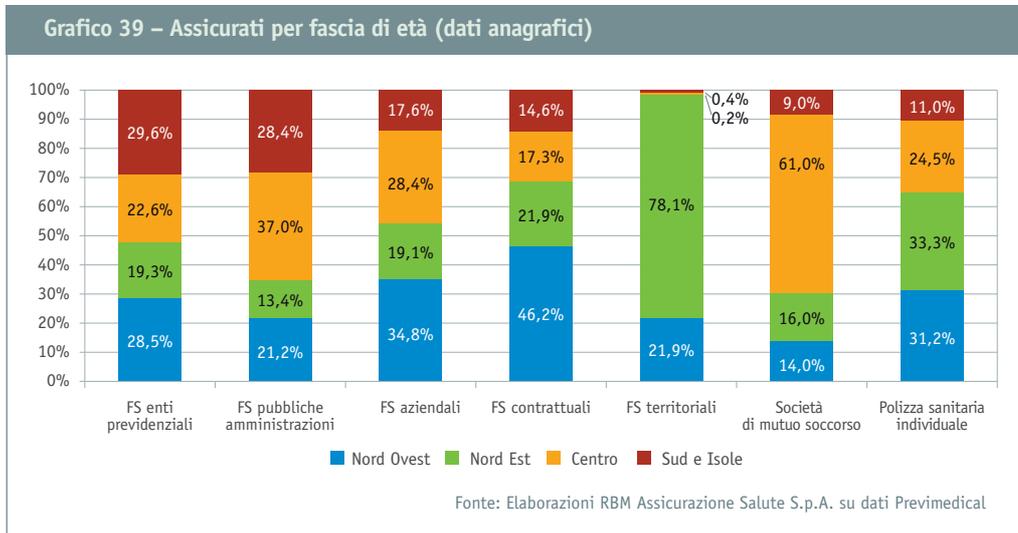


Naturalmente, se confrontiamo questi dati con quelli della spesa sanitaria rimborsata (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative, emerge come i soggetti appartenenti a fasce di età più avanzate seppur numericamente meno rappresentati a livello anagrafico tra gli assicurati risultano assorbire una quota decisamente più ampia dei rimborsi da parte delle Forme Sanitarie Integrative. Come si ricorderà, infatti, quasi la metà della spesa (il 47,5%) è relativa ad assicurati con un'età compresa tra i 51 ed i 75 anni e meno di 1/3 (il 29,3%) ad assicurati con un'età compresa tra i 36 ed i 50 anni.

4.1.4 Assicurati per macro area geografica

Le Forme Sanitarie Integrative presentano ad oggi una maggiore diffusione in termini di assicurati nelle macro aree del Nord Ovest e del Centro. Anche questa situazione è influenzata del resto dall'attuale impostazione della Sanità Integrativa, che essendo direttamente collegata al settore del lavoro dipendente, riproduce la distribuzione dell'occupazione e, più precisamente, la presenza di aziende medio – grandi, tipicamente più “contrattualizzate”, o di Pubbliche Amministrazioni in un dato territorio. In questo contesto le Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni e le Società di Mutuo Soccorso si caratterizzano per una prevalenza di assicurati nel Centro (rispettivamente 37% e 61% degli assicurati), le Forme Sanitarie istituite dagli Enti Previdenziali per una maggioranza di assicurati nel Sud e Isole (29,6% degli assicurati totali), area che peraltro presenta un'elevata incidenza anche di assicurati dalle Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni (il 28,4% degli assicurati totali) che si connotano quindi per una presenza assolutamente radicata nel Centro e nel Sud Italia. Le Forme Sanitarie Contrattuali e le Forme Sanitarie Aziendali, invece, presentano, per le motivazioni già illustrate, una presenza maggiore di assicurati a Nord Ovest (rispettivamente il 46,2% e il 35%), mentre le Forme Sanitarie Territoriali risultano per più di 2/3 destinate a lavoratori del Nord Est. Piuttosto bilanciata, in ragione della loro natura di strumento aperto a tutti i cittadini, la distribuzione delle Polizze Sanitarie Individuali al Centro-Nord, con un livello di diffusione massima a Nord Est (33,3% degli assicurati totali). Significativa, sia per le Polizze Sanitarie Individuali che per le Società di Mutuo Soccorso la riduzione di assistiti (rispettivamente il 11% ed il 9%), per motivazioni di natura distributiva (più precisamente per l'articolazione delle reti distributive), per quanto attiene alle Polizze Sanitarie Individuali, e più in generale per via in media di minori disponibilità economiche dei cittadini (**Grafico 39**).

Con riferimento alla spesa sanitaria rimborsata (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative non a caso, come già anticipato nel precedente §1, oltre il 70% afferisce alle macro aree Nord Ovest (il 38,9%) e Centro (il 33,4%). Poco meno del 30%, invece, la quota di spesa sanitaria rimborsata (intermediata) dalla Sanità Integrativa nelle macro aree Nord Est (il 14,9%) e Sud e Isole (il 12,8%).



4.2 Dati di spesa

4.2.1 Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per macrogaranzia

Come illustrato nel precedente §1, le Forme Sanitarie Integrative rimborsano (intermediano) attualmente quasi 5 miliardi di Euro di spesa sanitaria pagata di tasca propria dalle famiglie italiane. Nell'anno 2016 le Forme Sanitarie Integrative hanno rimborsato poco meno di 2,4 miliardi di Euro per prestazioni di natura ospedaliera (il 49% circa della spesa sanitaria intermediaata totale), meno di 1,5 miliardi di Euro tra prestazioni diagnostiche e visite specialistiche (il 30% della spesa sanitaria intermediaata totale), 535 milioni di Euro per prestazioni odontoiatriche (l'11% della spesa sanitaria intermediaata totale), oltre 485 milioni di Euro per protocolli di diagnosi precoce (il 10% della spesa sanitaria intermediaata totale) con un rimborso medio in favore dei propri assicurati di 324 Euro a testa, pari al 56% della spesa sanitaria privata media *pro capite*.

Tuttavia, non bisogna dimenticare che tali dati complessivi sono il risultato di un insieme assolutamente eterogeneo di policy sanitarie adottate da ciascuna Forma Sanitaria Integrativa rispetto al perimetro di azione che i propri soggetti istitutori hanno ritenuto opportuno identificare, anche in considerazione delle specificità della platea assicurata. In quest'ottica, è importante procedere con una disamina più precisa (Grafico 40) dei regimi di erogazione e dei livelli assistenziali adottati all'interno dei diversi *cluster* identificati ai fini del presente Rapporto.

Le Forme Sanitarie Integrative degli Enti Previdenziali e le Polizze Sanitarie Individuali si caratterizzano per un'incidenza di prestazioni sanitarie rimborsate (intermediate) assolutamente preponderante in area ospedaliera, rispettivamente dell'83,9% e dell'84,3%. Se per quanto attiene alle Forme Sanitarie istituite dagli Enti Previdenziali tale impostazione risponde prevalentemente ad una logica di protezione del

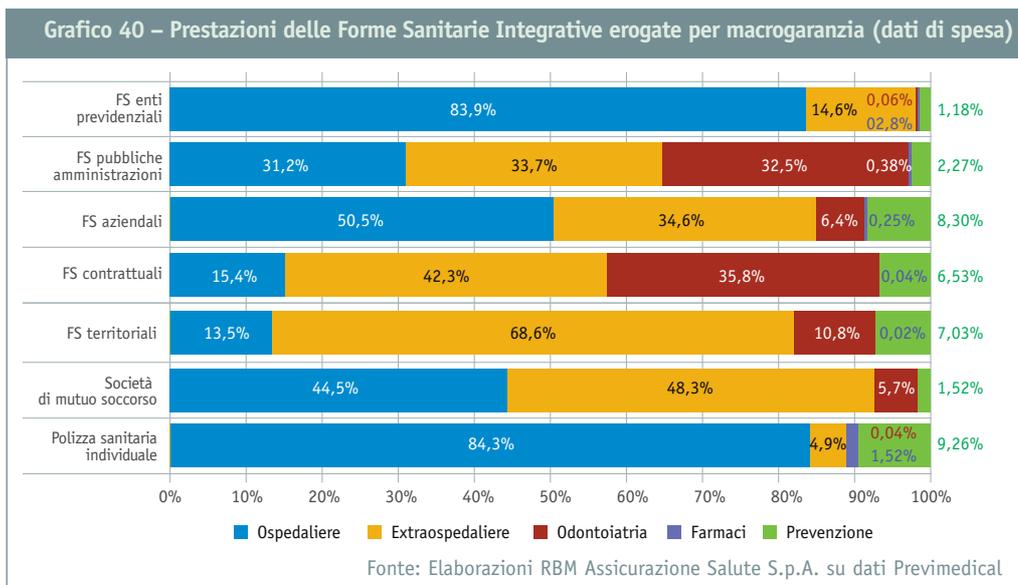
professionista su di una base diffusa tra tutti i componenti della medesima categoria, per quanto riguarda le Polizze Sanitarie Individuali risponde alla valorizzazione dell'essenza stessa dell'assicurazione, ovvero la protezione dal rischio. D'altra parte non bisogna sottovalutare che, come emerge anche dalle valutazioni degli Italiani sul Servizio Sanitario Nazionale (cfr. successivo Capitolo H) §2.3), uno dei *trigger* principali che spinge gli italiani all'attivazione di una Forma Sanitaria Integrativa è il garantirsi uno strumento di protezione aggiuntiva che consenta di preservare il rapporto di fiducia instaurato con il medico di elezione sia dal punto di vista dell'accessibilità alle cure sia in termini di scelta. L'analisi delle spese sanitarie rimborsate dalle Forme Sanitarie Integrative in commento, peraltro, palesa l'effetto distorsivo indotto nel settore dalle c.d. Riforme⁸ "Turco", prima, e "Sacconi", poi. In ragione della non applicazione alle Forme Sanitarie Individuali e ai percettori dei redditi di lavoro autonomo dei benefici fiscali previsti per i lavoratori dipendenti che, come noto sono condizionati alla destinazione da parte della Forma Sanitaria Integrativa di almeno il 20% delle proprie risorse al rimborso delle prestazioni vincolate (prestazioni odontoiatriche, prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali), la quota di prestazioni odontoiatriche intermedie risulta in questo caso piuttosto contenuta. Tale situazione, del resto, si riscontra anche nel caso delle Società di Mutuo Soccorso che beneficiando, nonostante la propria natura di Forme Sanitarie Individuali, di un regime fiscale agevolato peculiare – e che prescinde dall'erogazione delle prestazioni vincolate – erogano solo occasionalmente sussidi, peraltro molto contenuti, in campo odontoiatrico. Il tratto distintivo delle Polizze Sanitarie Individuali, invece, è rappresentato – con un *trend* che, peraltro, si sta sempre più consolidando, dal significativo ammontare di risorse investite nel rimborso (intermediazione) delle spese necessarie a finanziare Protocolli di diagnosi precoce e percorsi di prevenzione in favore dei propri assicurati (circa il 10% della spesa sanitaria complessivamente intermediata da tali Forme). Peculiare anche il ruolo svolto dalle Polizze Sanitarie Individuali nel campo del rimborso (intermediazione) del costo della spesa sanitaria privata in farmaci che, seppur al momento assolutamente minoritario in termini economici (si tratta dell'1,52% della spesa sanitaria complessivamente intermediata da tali Forme), indica la prospettiva di presa in carico progressiva dei nuovi bisogni assistenziali dei cittadini che il settore assicurativo ha iniziato ad imboccare nell'ultimo quinquennio.

Le Forme Sanitarie Contrattuali e le Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni si segnalano, invece, per importanti livelli di rimborsato (intermediato) proprio in area odontoiatrica, con un'incidenza sulla spesa sanitaria intermediata complessivamente da tali Forme rispettivamente del 35,8% e del 32,5%. Rilevante per le Forme Sanitarie Contrattuali, in termini economici, anche il ruolo svolto nel campo delle prestazioni extraospedaliere (42,3%) che includono l'area diagnostica, specialistica e le

⁸ Trattasi rispettivamente del Decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008 e Decreto del Ministero del Welfare del 27 ottobre 2009.

analisi di laboratorio, con una presenza tuttavia piuttosto limitata nel campo delle cure e terapie continuative. Molto peculiare la scelta di policy effettuata dalle Forme Sanitarie Territoriali che concentrano più di 2/3 delle proprie risorse (68,6%) nell'area delle prestazioni extraospedaliere con un'estensione ben più ampia di quella prevista dalle Forme Sanitarie Contrattuali e che, nella maggior parte dei casi analizzati, abbraccia non solo l'area della cura ma anche quella del controllo. Questa impostazione assistenziale, per così dire di natura "complementare", porta queste Forme ad operare in modo assolutamente ancillare ai Sistemi Sanitari Regionali dei territori nei quali sono operative con la possibilità, in alcune esperienze, di sviluppo di percorsi integrati di finanziamento pubblico – privato, di programmi finalizzati alla promozione della salute pubblica che rappresentano sicuramente importanti *case study* per l'evoluzione del settore. Direttamente collegata alla composizione della spesa sanitaria privata, invece, è l'impostazione delle Forme Sanitarie Aziendali, con oltre il 50% delle prestazioni sanitarie rimborsate (intermediate) in area ospedaliera, il 35% in area extraospedaliere ed il 6,4% in area odontoiatrica. Importante anche l'investimento delle Forme Sanitarie Aziendali nella diagnosi precoce e nella prevenzione (8,30% della spesa sanitaria intermedia complessiva che, spesso, si affianca peraltro a programmi di tutela della salute del personale che alcune aziende già da tempo hanno implementato nell'ambito delle proprie *policy di Corporate Welfare*. Bilanciato infine il *mix* assistenziale che caratterizza l'approccio delle Società di Mutuo Soccorso che rimborsano (intermediano) il 44,5% per prestazioni ospedaliere ed il 48,3% per le prestazioni extraospedaliere. Molto contenuto, in questo caso l'investimento nel campo della prevenzione che si attesta all'1,52% della spesa sanitaria complessivamente rimborsata (intermediata).

81



4.2.2 Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per regime di erogazione

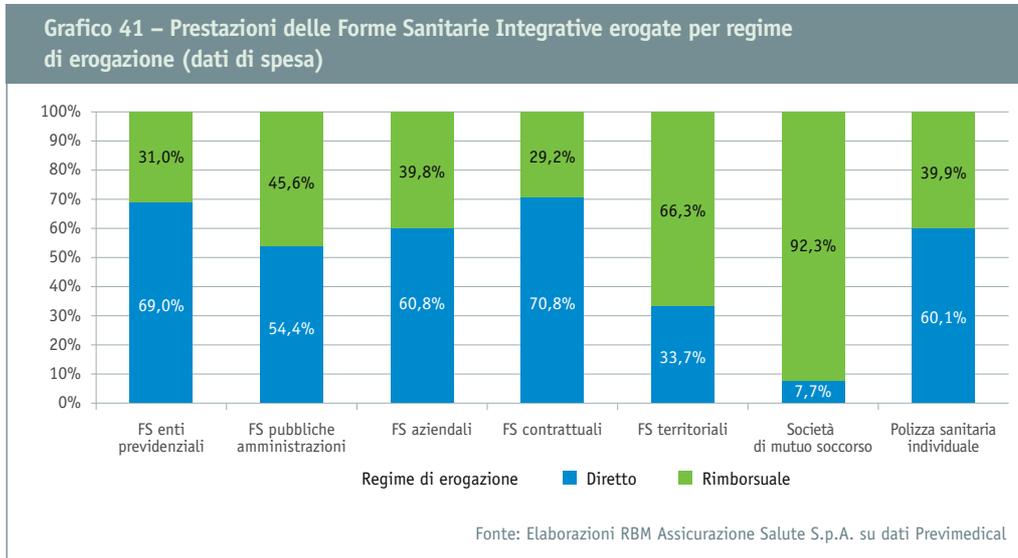
Come noto, le Forme Sanitarie Integrative operano prevalentemente applicando due regimi di erogazione: il c.d. “regime diretto”, ovvero nell’ambito di una rete (c.d. *network*) di strutture (pubbliche e private) e medici collegate attraverso un sistema di convenzionamento/accreditamento con le Compagnie Assicuratrici, Third Party Administrator (c.d. “TPA”)⁹ o – residualmente – con gli stessi Fondi Sanitari, e il regime rimborsuale, ovvero presso qualsiasi struttura sanitaria o medico selezionato dall’assicurato. Il regime diretto solitamente è fortemente incentivato da tutte le Forme Sanitarie (ad es. mediante la copertura integrale della spesa sanitaria sostenuta dall’assicurato e/o mediante riduzione della quota di spesa che rimane a suo carico) perché, attraverso le procedure di acquisto centralizzato e di pre-autorizzazione delle prestazioni, consente un importante contenimento dei costi medi di ciascuna prestazione. Inoltre, l’assicurato in regime diretto ha un’ulteriore vantaggio dal momento che la cura della quale ha beneficiato viene pagata alla struttura sanitaria direttamente dalla Compagnia Assicuratrice o dal TPA. Il regime rimborsuale, invece, prevede tipicamente una più elevata quota di compartecipazione della spesa a carico dell’assicurato, proprio per effetto della minore capacità di controllo della spesa da parte della Forma Sanitaria Integrativa, e comunque richiede necessariamente all’assicurato di anticipare l’intero ammontare della spesa che poi dovrà essere comunicato alla Forma stessa per ottenere il risarcimento nella misura prevista dalle regole di ciascun piano sanitario.

82

A questo riguardo, il successivo **Grafico 41** mostra come la larghissima parte delle prestazioni sanitarie rimborsate (intermediate) dalle Forme Sanitarie Integrative risulti erogata attraverso la rete di strutture sanitarie convenzionate di una Compagnia Assicuratrice o di un *Third Party Administrator*. Tutte le *Forme Sanitarie Integrative* oggetto della nostra analisi, infatti, mostrano un’incidenza delle prestazioni sanitarie erogate in regime diretto superiore al 55% della quota di spesa complessivamente intermedia con punte massime che superano il 70%. Le uniche eccezioni, al riguardo, sono rappresentate dalle Forme Sanitarie Territoriali e dalle Società di Mutuo Soccorso che, erogando sostanzialmente indennità e sussidi, registrano una prevalenza del regime rimborsuale ().

Alla luce delle riflessioni appena sviluppate emerge con chiarezza, quindi, che l’ampiezza e la qualità sanitaria del *network* di strutture sanitarie convenzionate prescelto da ciascuna Forma Sanitaria Integrativa è un *asset* di assoluta rilevanza per l’efficacia delle assistenze garantite dalla Forma stessa. Infatti, una rete di strutture sanitarie convenzionate difficilmente accessibile o non adeguatamente strutturato per la gestione di una o più tipologie di prestazioni sanitarie può finire nei fatti – anche a causa della generale previsione di maggior favore riservata alle prestazioni erogate in regime diretto – per limitare l’effettiva fruibilità delle prestazioni sanitarie assicurate. Al riguardo le Forme Sanitarie Integrative nella scelta

⁹ *Third Party Administrator* o TPA: Società specializzata incaricata della gestione del Fondo Sanitario e dei relativi sinistri



delle Compagnie di Assicurazione alle quali affidare la gestione del rischio (comprensiva della fornitura del *network* di Strutture Sanitarie Convenzionate) e/o del *network* di strutture sanitarie convenzionate fornito dai *Third Party Administrator* (TPA) dovrebbero privilegiare operatori che dispongano di *network* che siano soggetti a certificazione di qualità e che consentano la piena accessibilità in tutte le aree di operatività della Forma Sanitaria stessa.

83

4.2.3 Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative: prestazioni ospedaliere

Per quanto riguarda le diverse tipologie di Forme Sanitarie Integrative, il Rapporto, anche quest'anno, ha analizzato in dettaglio i livelli di copertura garantiti agli assicurati fornendo importanti indicazioni in merito all'effettività delle prestazioni ed alla necessità di rivedere i livelli assistenziali e/o riposizionare il perimetro di copertura di alcune tipologie di Forme Sanitarie Integrative al fine di poter garantire ottenere dei livelli di intermediazione (rimborso) della spesa sanitaria privata più in linea con la media dei principali Paesi OCSE.

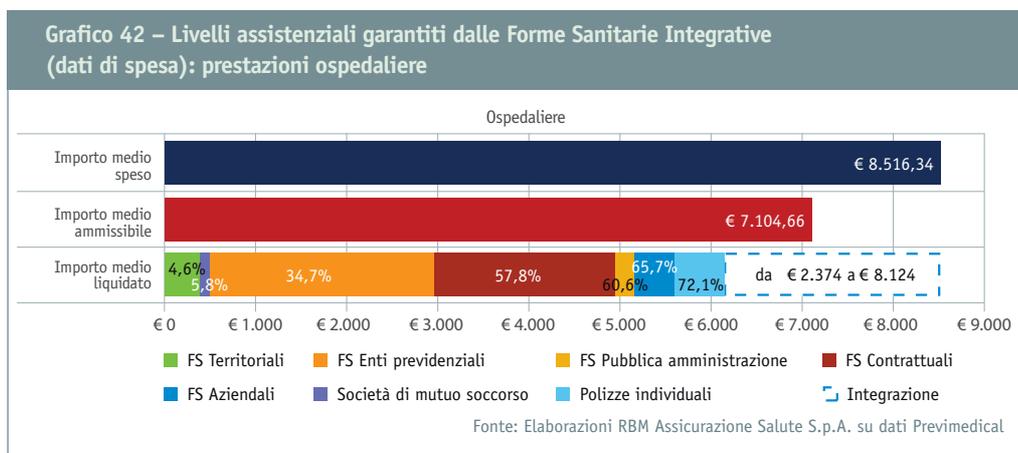
a) Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative: prestazioni ospedaliere

La prima area di indagine della nostra analisi è quella delle prestazioni ospedaliere. Si tratta di un'area di sicuro rilievo in termini economici che è presente nella totalità delle Forme Sanitarie Integrative. A fronte di un importo medio speso per prestazioni ospedaliere di €8.516,34, le Forme Sanitarie Integrative ammettono in media in copertura (ovvero accettano come "teoricamente" assicurabile all'interno dell'operatività dei propri Piani Sanitari) circa l'83% di tale spesa. La risposta assistenziale delle Forme Sanitarie Integrative risulta diversificata in ragione delle *policy* assistenziali adottate da ciascuna tipologia (Grafico 42). In particolare, i

rimborsi medi effettivamente erogati agli assicurati per prestazioni ospedaliere risultano i seguenti:

- ◆ Polizze Sanitarie Individuali: €6.142, pari al 72% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.374;
- ◆ Forme Sanitarie Aziendali: €5.591, pari al 66% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.924;
- ◆ Forme Sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni: €5.162, pari al 61% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €3.354;
- ◆ Forme Sanitarie Contrattuali: €4.926, pari al 58% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €3.590;
- ◆ Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali: €2.959, pari al 35% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €5.557;
- ◆ Società di Mutuo Soccorso: €498, pari al 6% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €8.018;
- ◆ Forme Sanitarie Territoriali: €392, pari al 5% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €8.124.

Grafico 42 – Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative (dati di spesa): prestazioni ospedaliere

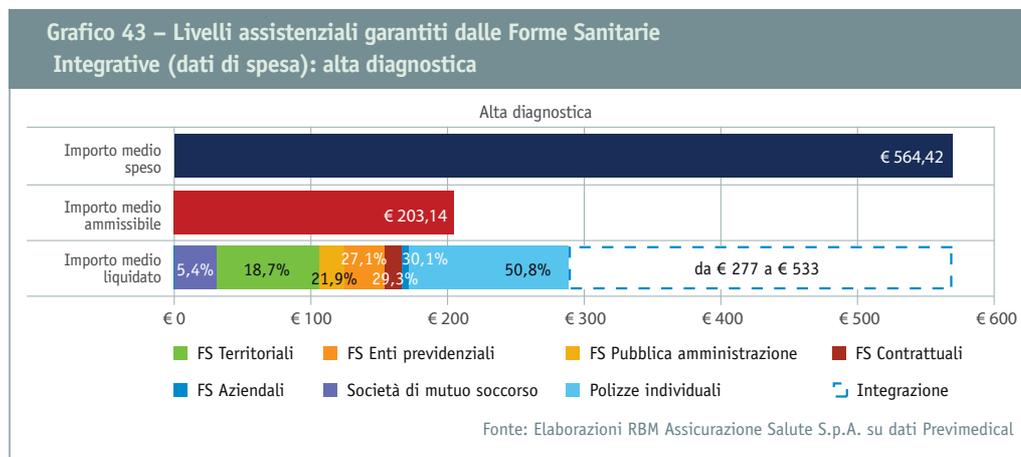


b) alta diagnostica

Il focus successivo della nostra analisi riguarda l'area dell'alta diagnostica, che sta assumendo, peraltro, un'incidenza sempre più significativa all'interno della spesa sanitaria privata dei cittadini per via dell'allungamento costante delle liste di attesa e dei meccanismi di "razionamento implicito" attuati dai sistemi sanitari regionali. A fronte di un importo medio speso per prestazioni di alta diagnostica di €564, le Forme Sanitarie Integrative ammettono in media in copertura (ovvero accettano come "teoricamente" assicurabile all'interno dell'operatività dei propri Piani Sanitari) circa il 36% di tale spesa. La risposta assistenziale delle Forme Sanitarie Integrative risulta diversificata in ragione delle *policy*

assistenziali adottate da ciascuna tipologia di Ente (**Grafico 43**). In particolare, i rimborsi medi effettivamente erogati agli assicurati per le prestazioni di alta diagnostica risultano i seguenti:

- ◆ Polizze Sanitarie Individuali: €287, pari al 51% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €277;
- ◆ Forme Sanitarie Aziendali: €170, pari al 30% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €394;
- ◆ Forme Sanitarie Contrattuali: €166, pari al 29% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €398;
- ◆ Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali: €153, pari al 27% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €411;
- ◆ Forme Sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni: €123, pari al 22% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €441;
- ◆ Forme Sanitarie Territoriali: €106, pari al 19% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €458;
- ◆ Società di Mutuo Soccorso: €31, pari al 5% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €533.



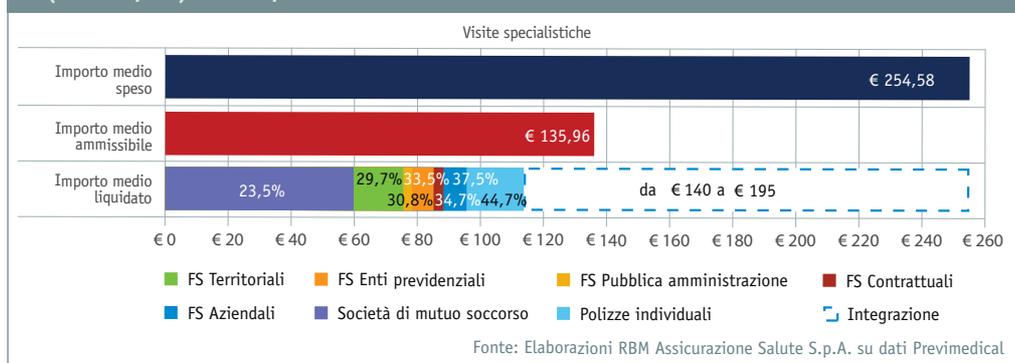
c) Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative: visite specialistiche

La successiva area di indagine riguarda l'area delle visite specialistiche, che da sempre rappresenta l'ambito, unitamente all'odontoiatria, di principale rilievo nel paniere della spesa sanitaria privata dei cittadini. Ciò nonostante, come emerge dall'analisi che segue, i piani sanitari delle Forme Sanitarie Integrative non forniscono tutti a questo al riguardo delle risposte assistenziali non del tutto adeguate. Infatti, se da un lato tutte le Forme Sanitarie Contrattuali forme sanitarie contrattuali ammettono a risarcimento le visite specialistiche, esistono diverse

limitazioni rispetto al novero delle visite risarcibili e, in alcuni casi, l'entità economica degli indennizzi non garantisce un'intermediazione della spesa particolarmente elevata. Le condizioni di erogazione di tutte le Forme Sanitarie Integrative prevedono la copertura delle visite specialistiche sia in presenza di un sospetto diagnostico sia a seguito di una patologia accertata. Esistono, tuttavia, alcune limitazioni all'operatività dei piani sanitari delle forme integrative in questo ambito. Tali limitazioni insistono nella totalità dei casi sulla copertura delle visite routinarie, sulle visite di controllo, sulle visite pediatriche e sulle visite psichiatriche. A fronte di un importo medio speso per visite specialistiche di €255, le Forme Sanitarie Integrative ammettono in media in copertura (ovvero accettano come "teoricamente" assicurabile all'interno dell'operatività dei propri piani sanitari) circa il 53% di tale spesa. La risposta assistenziale delle Forme Sanitarie Integrative risulta diversificata in ragione delle *policy* assistenziali adottate da ciascuna tipologia di Ente (Grafico 44). In particolare, i rimborsi medi effettivamente erogati agli assicurati per le visite specialistiche risultano i seguenti:

- ◆ Polizze Sanitarie Individuali: €114, pari al 45% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €141;
- ◆ Forme Sanitarie Aziendali: €96, pari al 38% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €159;
- ◆ Forme Sanitarie Contrattuali: €88, pari al 35% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €167;
- ◆ Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali: €85, pari al 34% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €170;
- ◆ Forme Sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni: €78, pari al 31% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €176;
- ◆ Forme Sanitarie Territoriali: €76, pari al 30% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €178;
- ◆ Società di Mutuo Soccorso: €60, pari al 24% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €195.

Grafico 44 – Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative (dati di spesa): visite specialistiche

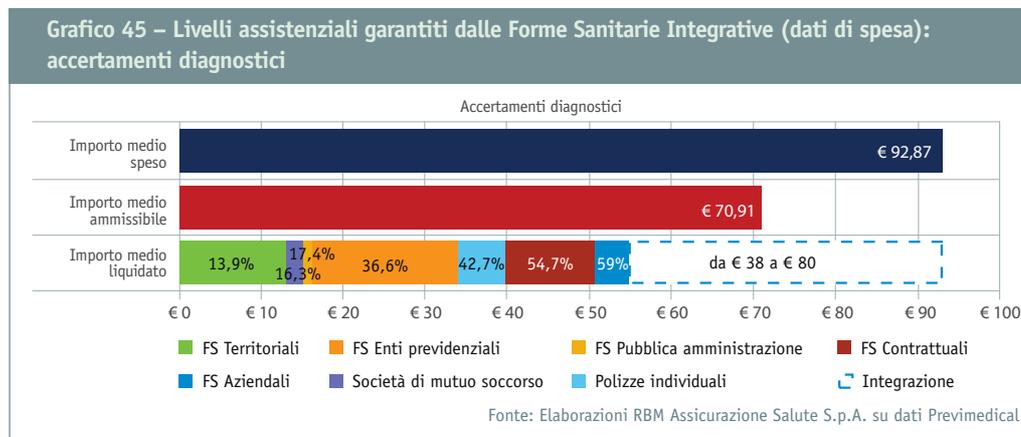


d) Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative: analisi di laboratorio e accertamenti diagnostici

La nostra disamina prosegue con le analisi di laboratorio e gli accertamenti. Al riguardo, anzitutto, bisogna rilevare che, nonostante tali prestazioni rappresentino la quinta voce di spesa in termini economici della spesa sanitaria privata dei cittadini (la quarta della componente servizi), non tutte le Forme Sanitarie Integrative la contemplano nei propri piani sanitari. Tale impostazione, per certo, riduce la capacità di azione delle Forme Sanitarie Integrative nel campo dell'intermediazione della spesa sanitaria privata, anche considerata l'elevatissima frequenza di queste prestazioni. A fronte di un importo medio speso per accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio di €93, le Forme Sanitarie Integrative ammettono in media in copertura (ovvero accettano come "teoricamente" assicurabile all'interno dell'operatività dei propri piani sanitari) circa il 76% di tale spesa. La risposta assistenziale delle Forme Sanitarie Integrative risulta diversificata in ragione delle *policy* assistenziali adottate da ciascuna tipologia di Ente (Grafico 45). In particolare, i rimborsi medi effettivamente erogati agli assicurati per gli accertamenti diagnostici risultano i seguenti:

- ◆ Forme Sanitarie Aziendali: €55, pari al 59% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €38;
- ◆ Forme Sanitarie Contrattuali: €51, pari al 55% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €42;
- ◆ Polizze Sanitarie Individuali: €40, pari al 43% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €53;
- ◆ Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali: €34, pari al 37% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €59;
- ◆ Forme Sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni: €16, pari al 17% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €77;
- ◆ Società di Mutuo Soccorso: €15, pari al 16% della spesa media sostenuta. La quota di spesa

87



sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €78;

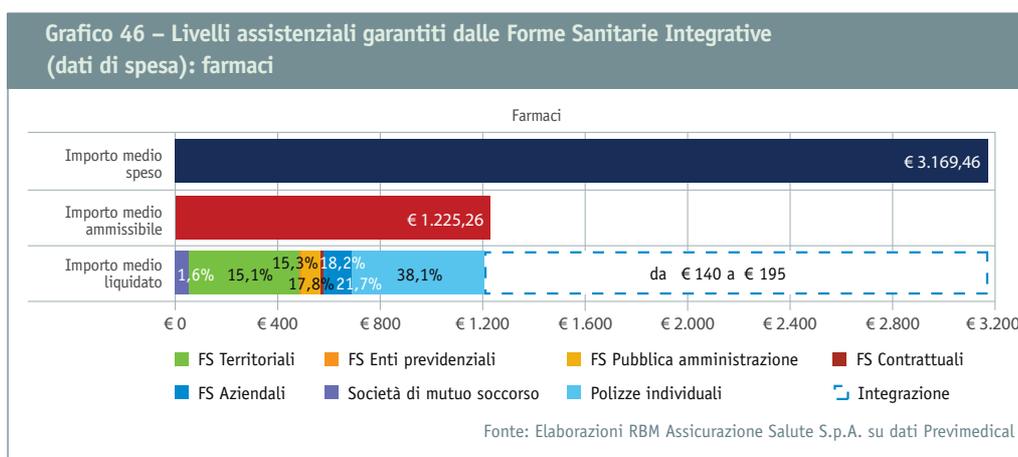
- ◆ Forme Sanitarie Territoriali: €13, pari al 14% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €80;

e) Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative: farmaci

Come già accennato, i farmaci rappresentano di gran lunga la più ingente voce di spesa sanitaria privata degli Italiani. Considerate, tuttavia, le crescenti difficoltà di finanziamento che il Servizio Sanitario Nazionale sta incontrando, e in prospettiva sempre più incontrerà, nel sostenere economicamente la somministrazione di nuovi farmaci ad alto contenuto innovativo e ad alto costo – come quelli nel campo dell’epatite C e di alcune gravi patologie tumorali – si ritiene che le Forme Sanitarie Integrative necessitino di ripensare le loro *policy* in materia. Con riferimento alla copertura delle spese sostenute dagli assistiti per l’acquisto dei farmaci, l’analisi condotta evidenzia in primo luogo come nessuna Forma Sanitaria Integrativa preveda l’indennizzo dei farmaci *stand alone* ovvero al di fuori di un ricovero o dell’erogazione di terapie specifiche. A fronte di un importo medio speso per farmaci di €3.169, le Forme Sanitarie Integrative ammettono in media in copertura (ovvero accettano come “teoricamente” assicurabile all’interno dell’operatività dei propri Piani Sanitari) circa il 39% di tale spesa. La risposta assistenziale delle Forme Sanitarie Integrative risulta diversificata in ragione delle policy assistenziali adottate da ciascuna tipologia di Ente (Grafico 46). In particolare, i rimborsi medi effettivamente erogati agli assicurati per i farmaci risultano i seguenti:

88

- ◆ Polizze Sanitarie Individuali: €1.208, pari al 38% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €1.961;
- ◆ Forme Sanitarie Aziendali: €687, pari al 22% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.482;
- ◆ Forme Sanitarie Contrattuali: €577, pari al 18% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.592;
- ◆ Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali: €566, pari al 18% della spesa media sostenuta. La

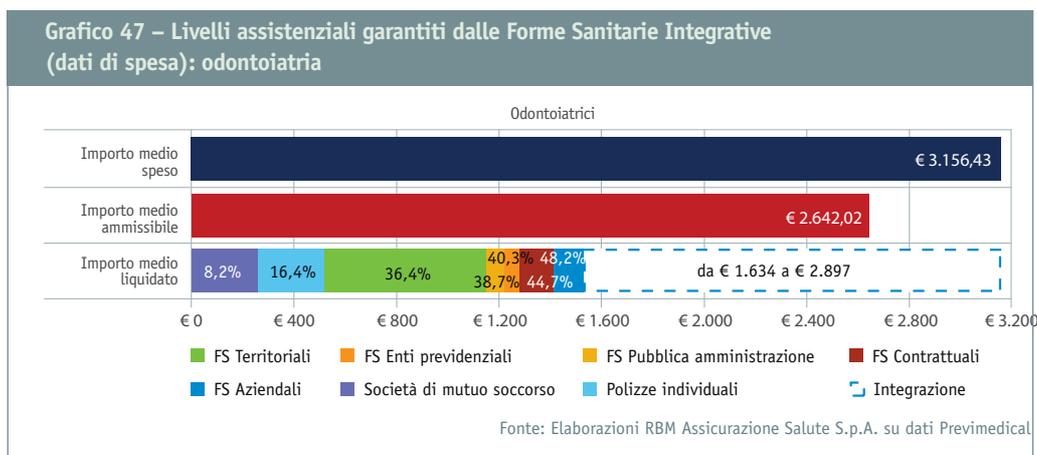


- quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.603;
- ◆ Forme Sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni: €485, pari al 15% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.684;
 - ◆ Forme Sanitarie Territoriali: €478, pari al 15% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.691;
 - ◆ Società di Mutuo Soccorso: €52, pari al 2% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €3.117.

f) Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative: prestazioni odontoiatriche

Concludiamo la nostra analisi concentrandoci sull'area delle prestazioni odontoiatriche. Come noto, quest'area di cura ha un particolare rilievo nell'operatività delle Forme Sanitarie Integrative sia perché è stata identificata a livello normativo (dal Decreto Turco prima e dal Decreto Sacconi poi) come prestazione vincolata (ovvero da introdurre necessariamente nei piani sanitari), sia perché rappresenta la prima voce di spesa della componente servizi della spesa sanitaria privata dei cittadini (e, comunque, la seconda componente di spesa in assoluto della spesa sanitaria privata). In generale, in tale campo, l'operatività delle Forme Sanitarie Integrative, ed in particolare quelle delle forme sanitarie contrattuali, risulta piuttosto contenuto. A fronte di un importo medio speso per farmaci di €3.156, le Forme Sanitarie Integrative ammettono in media in copertura (ovvero accettano come "teoricamente" assicurabile all'interno dell'operatività dei propri piani sanitari) circa l'84% di tale spesa. La risposta assistenziale delle Forme Sanitarie Integrative risulta diversificata in ragione delle *policy* assistenziali adottate da ciascuna tipologia di Ente (Grafico 47). In particolare, i rimborsi medi effettivamente erogati agli assicurati per le prestazioni odontoiatriche risultano i seguenti:

- ◆ Forme Sanitarie Aziendali: €1.522, pari al 48% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €1.634;



- ◆ Forme Sanitarie Contrattuali: €1.411, pari al 45% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €1.745;
- ◆ Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali: €1.273, pari al 40% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €1.883;
- ◆ Forme Sanitarie delle Pubbliche Amministrazioni: €1.221, pari al 39% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €1.935;
- ◆ Forme Sanitarie Territoriali: €1.150, pari al 36% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.006;
- ◆ Polizze Sanitarie Individuali: €518, pari al 16% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.638;
- ◆ Società di Mutuo Soccorso: €259, pari al 8% della spesa media sostenuta. La quota di spesa sanitaria non gestita (non intermediata) risulta pertanto pari ad €2.897.

5. L'Indice di Effettività Sanitaria (IES) delle Forme Sanitarie Integrative

5.1. Descrizione dell'Indice IES

Per determinare la qualità delle prestazioni garantite dalle diverse tipologie di Forme Sanitarie Integrative quattro anni fa il Rapporto ha introdotto per la prima volta un indice statistico denominato "IES" (Indice di Effettività Sanitaria) delle Forme Sanitarie Integrative. Considerata l'importante funzione sociale che già oggi le Forme Sanitarie Integrative svolgono, garantendo il rimborso delle spese sanitarie sostenute di tasca propria (c.d. "Out of Pocket") dagli Italiani, riteniamo fondamentale che i cittadini siano in grado di misurare l'efficacia delle diverse soluzioni a loro disposizione. L'Indice di Effettività Sanitaria, più precisamente, misura la capacità di ciascuna tipologia di Forma Sanitaria Integrativa analizzata di intermediare la spesa privata degli Italiani. Per la determinazione dell'indice IES è utilizzata una serie di parametri statistici per ciascuna categoria di prestazioni (ospedaliere, alta diagnostica, specialistica, analisi di laboratorio ed accertamenti, farmaci ed odontoiatria) e per ogni tipologia di Forma Sanitaria Integrativa (Polizze Salute Individuali, Società di Mutuo Soccorso, Fondi Sanitari Contrattuali, Fondi Sanitari Aziendali, Fondi Sanitari Territoriali, Fondi Sanitari degli Enti Previdenziali dei Liberi Professionisti e Fondi Sanitari delle Pubbliche Amministrazioni) che consentono, in sintesi, di valutare il rapporto qualità/prezzo garantito da ciascuna Forma Sanitaria Integrativa e la capacità di intermediare (ovvero risarcire) la spesa sanitaria privata pagata dal cittadino. In quest'ottica bisognerebbe ripensare anche allo stesso meccanismo dei benefici fiscali applicati ai premi/contributi versati alla Sanità Integrativa, collegandolo al livello di intermediazione della spesa sanitaria privata garantita da ciascuna Forma Sanitaria Integrativa. L'indice lavora su base 100, tanto più elevato è l'indice tanto maggiore è la qualità dell'assistenza sanitaria integrativa garantita al cittadino.

Tra i principali parametri valutati, su un campione di oltre 90 Forme Sanitarie

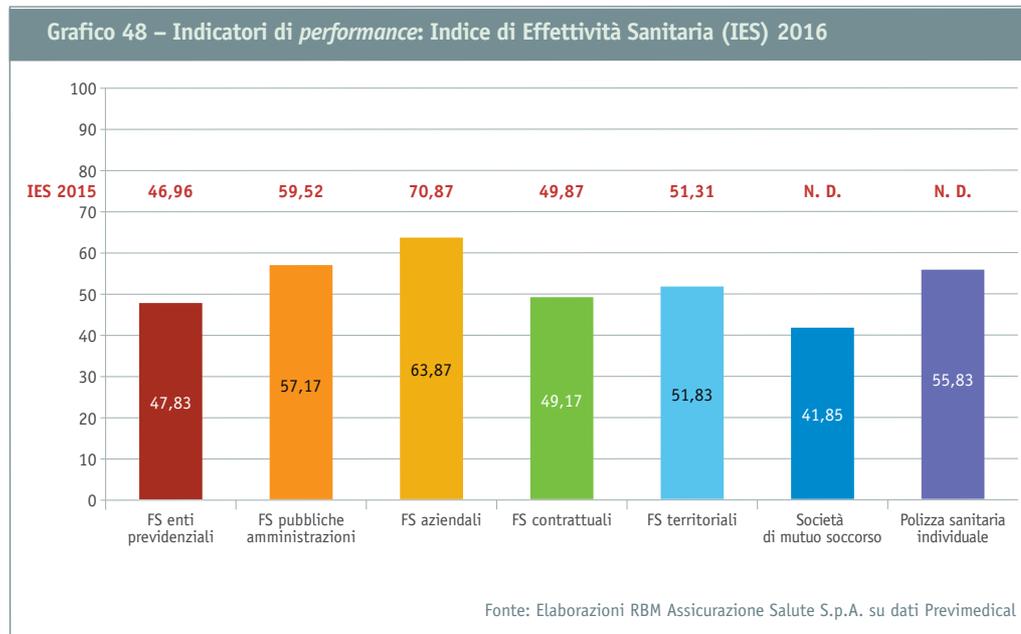
Integrative, si segnalano l'ammissibilità a rimborso di una serie più o meno ampia di prestazioni; la frequenza di accadimento delle prestazioni assicurate (ovvero la probabilità più o meno elevata che l'evento risarcibile dia luogo effettivamente ad un rimborso), l'ammontare dei massimali di spesa, l'ammontare complessivo delle quote di compartecipazione alla spesa per gli assicurati (si tratta dei c.d. "scoperti/franchigie" ovvero della quota di spesa che la Forma Sanitaria Integrativa lascia comunque a carico dei propri assicurati), l'ammontare del premio/contributo *pro capite* che l'assicurato deve versare per beneficiare delle prestazioni sanitarie e il totale del risarcito medio *pro capite* dalla Forma Sanitaria Integrativa rispetto all'ammontare della spesa privata media *pro capite* in Italia.

5.2. Valutazione dell'Effettività Sanitaria delle Forme Sanitarie Integrative

Sulla base delle elaborazioni dell'Indice IES per l'annualità 2016 la maggiore capacità di intermediazione della spesa privata risulta garantita dalle Forme Sanitarie Aziendali (con un indice di 63,67), seguite dalle Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni (IES 57,17), dalle Polizze Sanitarie Individuali (IES 55,83) e dalle Forme Sanitarie Territoriali (IES 51,83) – al momento operative solo in Veneto, Alto Adige, Lombardia e Liguria – per proseguire con le Forme Sanitarie Contrattuali (IES 49,17) e con le Forme Sanitarie istituite dagli Enti Previdenziali (IES 47,83), e chiudere con le Società di Mutuo Soccorso (IES 41,85) (Grafico 48).

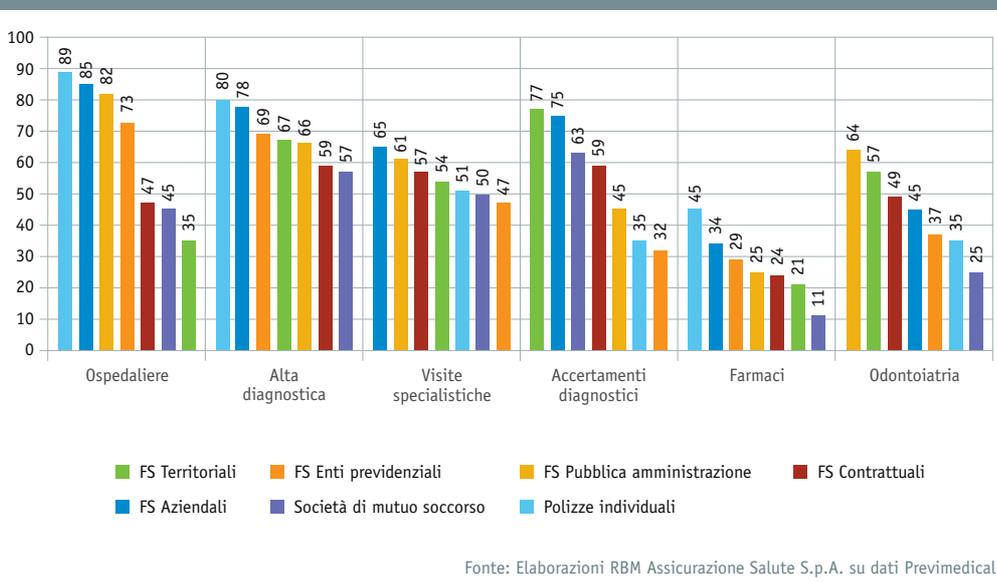
Per quanto concerne invece la valutazione dell'effettività delle prestazioni erogate (Grafico 49) l'Indice IES indica che la miglior copertura delle prestazioni ospedaliere

91



(ricoveri ed interventi chirurgici) e delle prestazioni di alta diagnostica è garantita dalle Polizze Sanitarie Individuali e dalle Forme Sanitarie Integrative Aziendali; la migliore copertura delle visite specialistiche dalle Forme Sanitarie Aziendali; gli accertamenti diagnostici dalle Forme Sanitarie Territoriali e, a seguire, dalle Forme Sanitarie Aziendali; i farmaci dalle Polizze Sanitarie Individuali e dalle Forme Sanitarie Aziendali e le prestazioni odontoiatriche dalle Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni e dalle Forme Sanitarie Territoriali.

Grafico 49 – Indicatori di performance: Indice di Effettività Sanitaria (IES) 2016 (dettaglio per macrocategorie di prestazioni)



5.3. Valutazione conclusiva sulle misurazioni effettuate (Indice IES 2016)

Come già accennato, attualmente il settore della Sanità Integrativa vede una coesistenza di Forme Sanitarie Integrative che si avvalgono di Polizze Assicurative (poco meno del 70% del totale), collettive e individuali, e di Forme Sanitarie che utilizzano modelli di autoassicurazione del rischio (circa il 30%, in linea di massima sono i Fondi Sanitari di risalete istituzione riservati ai Dirigenti di Aziende Private e le Società di Mutuo Soccorso). In questo contesto le Forme Sanitarie Aziendali sono quelle che garantiscono la maggior effettività sanitaria ovvero, in altre parole, che riducono al massimo l'incidenza della spesa sanitaria privata sulle tasche dei propri assicurati. Le Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni (per il proprio personale) offrono un buon livello di protezione sanitaria, collocandosi al primo posto tra i cluster analizzati in termini di ammontare medio del rimborsato (pari a 578 Euro), anche se assorbono un contributo piuttosto elevato, anche in considerazione delle modalità di inclusione in copertura su base collettiva. Con le dovute precisazioni tecniche, una valutazione simile può essere espressa anche rispetto all'effettività

delle Polizze Sanitarie Individuali che, pur a fronte del più elevato ammontare medio di contribuzione (premio) richiesto ai propri assicurati (riconducibile, tuttavia, in buona parte alle modalità assuntive assolutamente più esposte all'antiselezione rispetto a quelle attuate dalle Forme Sanitarie Collettive), si collocano in seconda posizione (subito dopo le Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni) tra i *cluster* analizzati in termini di ammontare medio del rimborsato (pari a 578 Euro, somma sostanzialmente corrispondente all'entità media della spesa sanitaria privata *pro capite*). Le Forme Sanitarie Integrative istituite dagli Enti Previdenziali privatizzati per i liberi professionisti garantiscono una copertura importante ma solo (prevalentemente) in area ospedaliera. Le Forme Sanitarie istituite dalla Contrattazione Collettiva Nazionale offrono coperture mediamente adeguate, ma presentano ampi margini di miglioramento delle proprie prestazioni e di incremento della propria capacità di intermediazione della spesa sanitaria privata. Al riguardo si ritiene importante favorire dei meccanismi di selezione delle Compagnie Assicuratrici che siano in grado di promuovere una competizione tra i partecipanti incentrata sulla qualità delle prestazioni sanitarie garantite. Interessante infine l'esperienza delle Forme Sanitarie Territoriali che garantiscono ai lavoratori migliori livelli di copertura assistenziale in area diagnostica ed odontoiatrica ma rispetto alle Forme Sanitarie Contrattuali, frutto anche della sinergia sviluppata con i Sistemi Sanitari Regionali dei (soli) territori nei quali sono operative.

F) Prevenzione e promozione della salute

1. Malattie Croniche Non Trasmissibili, Diagnosi Precoce e Stili di Vita

Un capitolo a parte merita il tema della prevenzione quale strumento di promozione della salute dei cittadini e leva di stabilizzazione del Sistema Sanitario del nostro Paese. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha evidenziato come, soprattutto in Europa, le principali cause di mortalità, morbosità ed invalidità sono collegate alle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) ovvero malattie cardiovascolari, cancro, malattie polmonari croniche e diabete. Tali patologie sono riconducibili a cause multifattoriali e, tra queste, l'86% risulta legato a 4 principali comportamenti a rischio modificabili: l'abitudine al fumo, l'alimentazione scorretta, il consumo di alcool e la sedentarietà. L'incidenza delle Malattie Croniche Non Trasmissibili potrebbe essere fortemente contenuta attraverso la promozione presso la popolazione di stili di vita attivi (prescrizione dell'attività sportiva, pianificazione di un'alimentazione sana, contrasto della sedentarietà ...) e mediante un ricorso sistematico e diffuso a programmi di diagnosi precoce ("prevenzione"). Il fine ideale della prevenzione, del resto, è il mantenimento dello stato di salute degli individui attraverso interventi di diagnosi precoce delle malattie e di promozione della salute, intendendo quest'ultima, secondo la definizione della stessa OMS, non solo come stato di assenza di malattia, ma come condizione dinamica di benessere fisico, mentale e sociale. Questa definizione, che pone la salute in termini positivi

di benessere, implica che essa possa essere portata ad un livello sempre più elevato e che la condizione di benessere possa essere migliorata. Questa impostazione, tuttavia, richiede degli investimenti continuativi da parte del Sistema Sanitario del nostro Paese nel campo della tutela della buona salute dei cittadini. In quest’ottica appare strategico il ruolo che può essere gestito dalle Forme di Sanità Integrativa sia nel campo della prevenzione, sia nel campo del finanziamento della prevenzione.

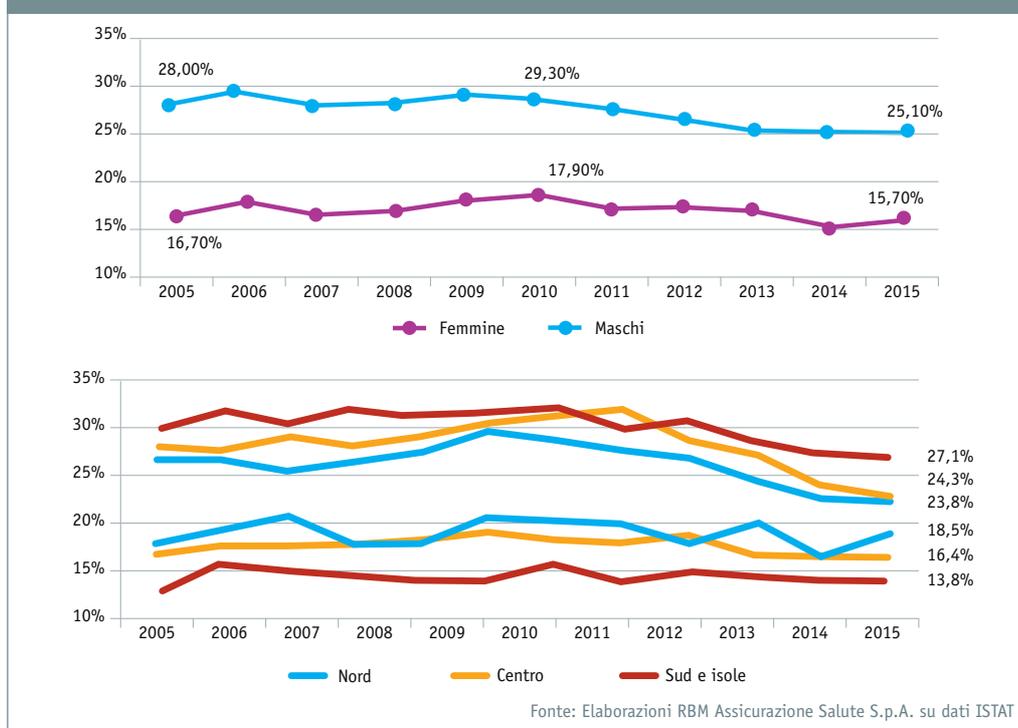
2. Analisi dei principali fattori di rischio

Nella prospettiva appena illustrata appare pertanto di fondamentale importanza andare a rilevare, a partire dall’Indagine ISTAT condotta annualmente sui fattori di rischio per la salute, la diffusione di tali comportamenti presso la popolazione analizzandone i *trend* e la diffusione per genere, fasce di età e categorie di cittadini.

2.1. Abitudine al fumo

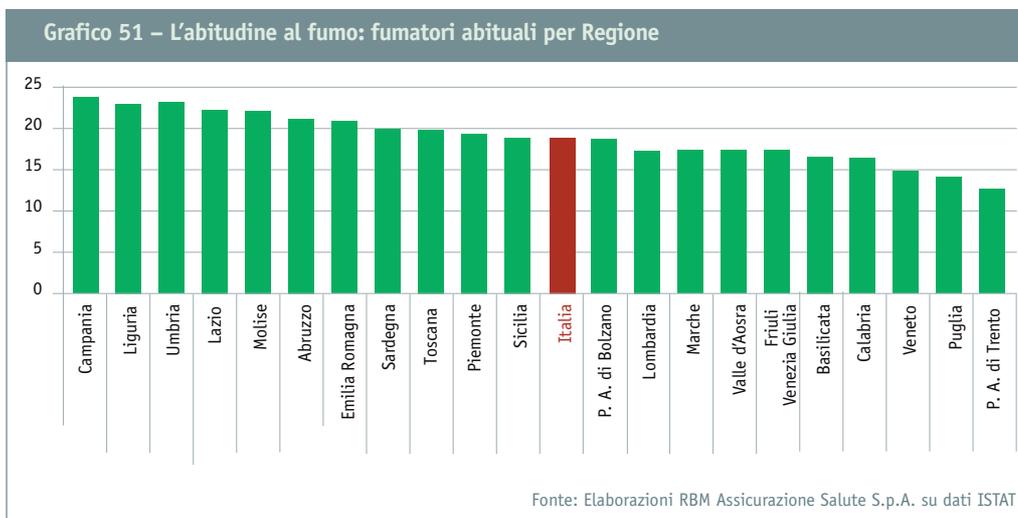
Il consumo di tabacco, secondo le stime dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, è causa del 10% dei decessi tra le persone adulte in tutto il mondo ed è una delle principali cause di morte evitabili. In Italia ci sono più di 10 milioni di fumatori (quasi il 20%); il 23% dichiara di aver fumato in passato (Grafico 50). Si tratta di valori inferiori alla media UE (in particolare per

Grafico 50 – L’abitudine al fumo: fumatori abituali per sesso e ripartizione per macroarea geografica



le donne): fuma il 25% degli uomini rispetto al 16% delle donne. Il dato è stazionario rispetto al 2014, dopo un calo osservato dal 2009, in particolare per gli uomini.

Forti sono i divari territoriali: più fumatori al Sud tra gli uomini ed al Centro tra le donne, meno fumatori a Nord Est (**Grafico 50** e **Grafico 51**). Un fumatore muore mediamente 3 anni prima di un non fumatore e fino a 10 o 15 anni prima per soggetti ad alto rischio di malattie coronariche. Il rischio di un nuovo infarto si riduce del 50% entro 1 anno dal momento in cui i pazienti smettono di fumare, per divenire uguale a quello della popolazione di non fumatori entro i 2 anni.



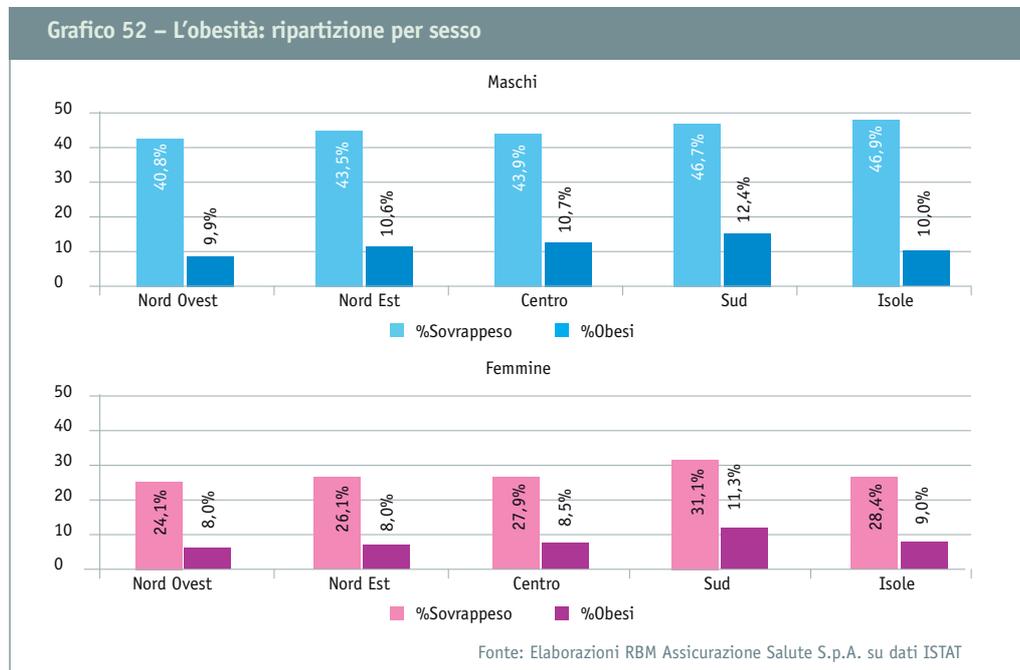
2.2. Obesità

L'eccesso ponderale, soprattutto quale causa indiretta di insorgenza di malattie tumorali, malattie cardiovascolari e diabete di tipo 2 è un altro fattore di rischio rilevante per la salute pubblica, soprattutto in alcuni Paesi sviluppati, nei quali ha avuto una rapida diffusione. Sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2015 la maggioranza della popolazione adulta (>18 anni) in Italia è in condizione normopeso (52%), oltre il 35% in sovrappeso, il 10% è obeso e il 3% sottopeso. La percentuale di popolazione sovrappeso è maggiore tra gli uomini (44%) rispetto alle donne (oltre il 27%), come pure l'obesità (11% contro 9%) (**Grafico 52**).

Il fenomeno del sovrappeso e dell'obesità è fortemente collegato a fattori territoriali. Particolarmente significative le quote di sovrappeso ed obesi in Campania (51%), Molise (53%), Puglia (51%), Basilicata (50,5%); nelle medesime aree si registrano, peraltro, anche i tassi più elevati di obesità infantile.

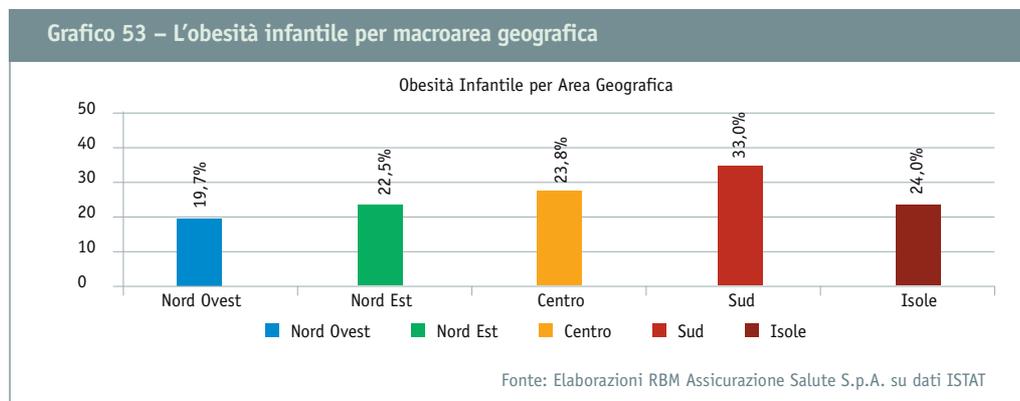
A quest'ultimo riguardo si consideri che l'obesità infantile è in continuo aumento: in Italia è obeso 1 ragazzo su 4 (25%), con un picco tra i 6 ed i 10 anni (oltre il 34%) (**Grafico 53**). In corrispondenza del crescere dell'età, tuttavia, il tasso di obesità tende a riassorbirsi fino a raggiungere il valore minimo in corrispondenza della fascia 14-17 anni.

Grafico 52 – L'obesità: ripartizione per sesso



96

Grafico 53 – L'obesità infantile per macroarea geografica



2.3. Consumo di alcool

Consumano alcool quasi 3 adulti su 4. Sono 8,5 milioni le persone di 11 o più anni che eccedono le quantità raccomandate di alcool (consumo eccedentario e *binge drinking*¹⁰), di cui oltre 6 milioni maschi e 2,3 milioni femmine (Tabella 5). Nel nostro Paese si rileva una trasformazione del modello tradizionale di consumo di alcool verso modelli tipici del Nord Europa; cresce, infatti, il consumo di alcool occasionale ed eccedentario fuori dai pasti e, contestualmente, scende il consumo giornaliero.

¹⁰ Per *binge drinking* si intende il consumo di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione.

Tabella 5 - Il consumo di alcol: soggetti maggiori di 10 anni per frequenza di consumo di alcol

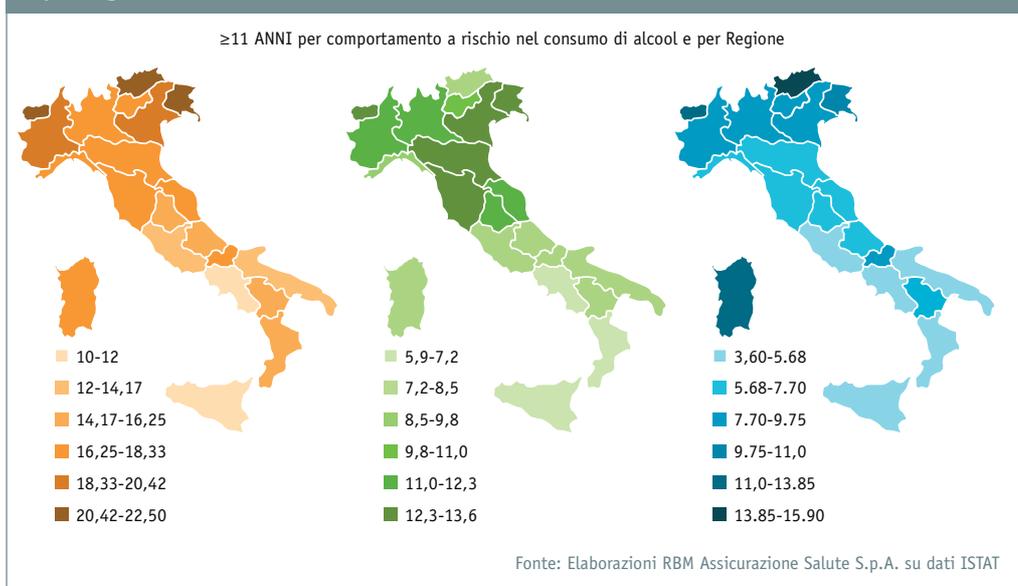
Area	nell'anno	di cui tutti i giorni
Maschi		
Nord Ovest	78,9%	34,8%
Nord Est	79,4%	34,3%
Centro	78,4%	35,7%
Sud	76,9%	32,3%
Isole	73,9%	26,2%
Femmine		
Nord Ovest	55,9%	13,8%
Nord Est	59,5%	15,1%
Centro	52,6%	13,0%
Sud	44,8%	8,5%
Isole	43,7%	6,2%
Maschi e Femmine		
Nord Ovest	67,0%	24,0%
Nord Est	69,1%	24,4%
Centro	64,9%	23,8%
Sud	60,3%	20,0%
Isole	58,3%	15,8%

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ISTAT

Il consumo di alcol è maggiore a Centro-Nord, soprattutto nel Nord Est (69%) e tra i maschi (79,5%) (Grafico 54). Anche la quota più elevata di consumatori giornalieri (24%) si concentra nel Nord. I comportamenti di consumo di alcol eccedentari risultano più diffusi nel Nord Ovest e nel Nord Est, mentre si riducono al Sud.

97

Grafico 54 - Il consumo di alcol: soggetti maggiori di 10 anni per comportamento a rischio suddiviso per Regione



Ai fini della valutazione dei rischi da alcol correlati per la salute sono considerati sia il consumo abituale di vino, birra o altri alcolici che supera le quantità raccomandate (consumo abituale eccedentario), secondo quanto riportato nei nuovi livelli di assunzione di riferimento di nutrienti (LARN 2014), sia gli episodi di ubriacatura concentrati in singole occasioni (*binge drinking*).

Considerando anche i bevitori che eccedono le raccomandazioni con frequenza almeno settimanale fuori dai pasti, le persone con almeno un comportamento a rischio salgono, nel 2015, a 8 milioni e 565 mila, poiché la maggior parte di questi bevitori è sovrapponibile ai consumatori abituali eccedentari o chi ha abitudine al *binge drinking*.

Nel 2015, sono 8 milioni e 559 mila le persone di 11 anni e più che eccedono rispetto alle quantità raccomandate (consumo abituale eccedentario e *binge drinking*), di cui oltre 6 milioni di maschi e 2,5 milioni di femmine. Il consumo abituale eccedentario riguarda il 15,1% degli uomini e il 6,5% delle donne, il *binge drinking* il 10,8% degli uomini e il 3,1% delle donne. Rispetto al 2014, crescono i consumatori a rischio sul totale della popolazione, da 15,2% a 15,7%, a causa dell'aumento del *binge drinking* (da 6,2% a 6,9%).

Comportamenti non moderati si osservano più frequentemente tra gli ultrasessantacinquenni (36,4% degli uomini e 9% delle donne), tra i giovani di 18-24 anni (23,1% dei maschi e 9,1% delle femmine) e tra gli adolescenti di 11-17 anni (22,4% dei maschi e 15,6% delle femmine). Oltre agli anziani, anche i giovani di 18-24 anni rappresentano una sotto popolazione ad alta diffusione di comportamenti a rischio; in particolare il *binge drinking* coinvolge il 22,2% dei maschi e l'8,6% delle femmine. Tale modalità di consumo è consolidata in questa fascia di popolazione e rappresenta la quasi totalità dei comportamenti di consumo non moderati.

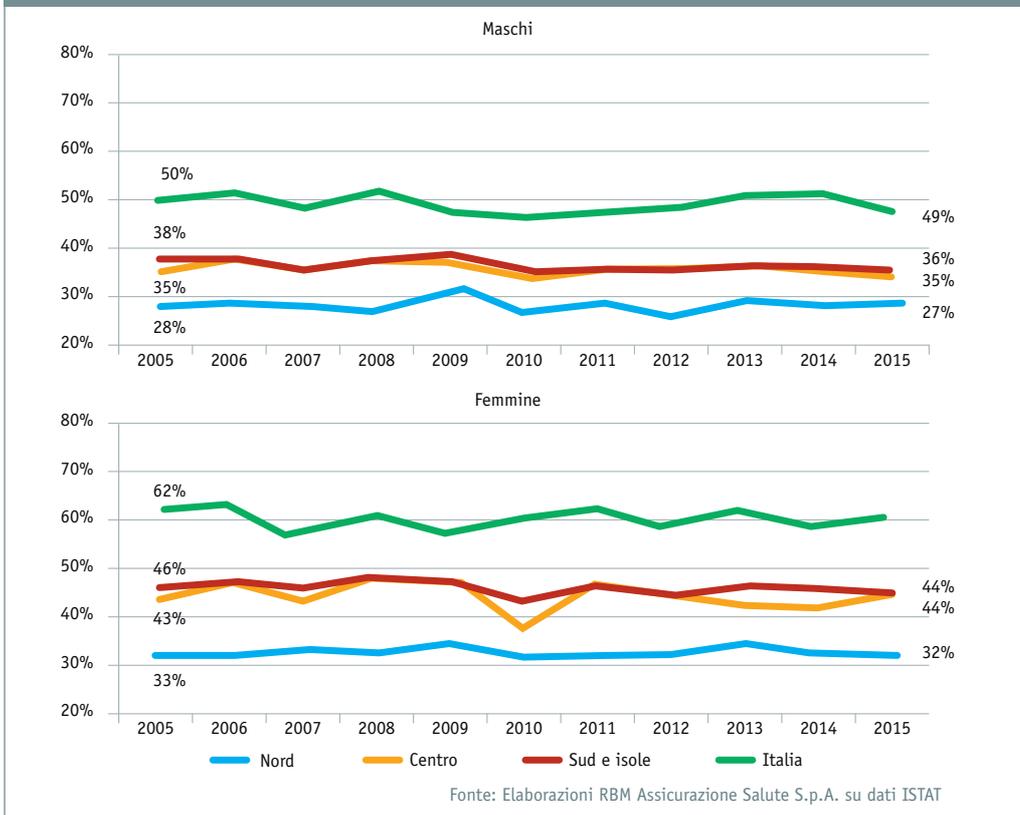
Tra i giovanissimi di 11-17 anni, la quota di quanti hanno un comportamento non moderato nel consumo di bevande alcoliche è pari al 19,0%. Le ubriacature raggiungono già tra i 16-17enni livelli pari a quelli medi della popolazione (7,1%).

2.4. Sedentarietà

I dati sulla sedentarietà sono ancora più preoccupanti: hanno comportamenti sedentari 4 persone su 10, non praticano sport/attività fisica oltre 23,5 milioni di persone (oltre il 39% della popolazione >3anni). Con riferimento al sesso, le donne sono più sedentarie degli uomini (oltre 44% vs 35%) (Grafico 55).

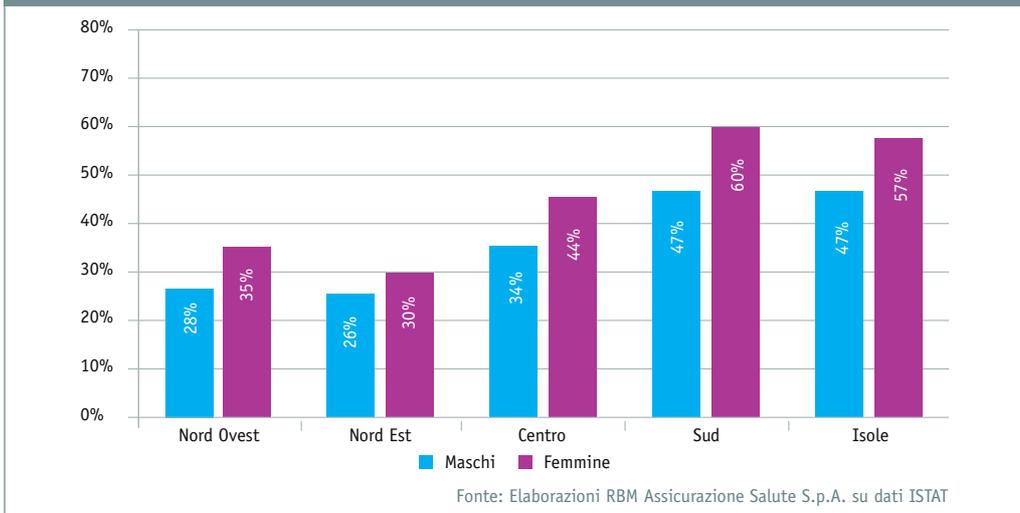
Svolge attività sportiva oltre il 33% della popolazione (di cui il 24% in modo continuativo ed il 9% in modo saltuario) (Grafico 56). Anche il fenomeno della sedentarietà è fortemente collegato a fattori territoriali. Particolarmente significativa è la sedentarietà in Sicilia (oltre il 57%), Campania (57,2%), Molise (55%), Puglia (51,5%), Basilicata (52%) e Calabria (57%). Tali divari geografici, che vedono decisamente più sani per questo specifico fattore di rischio i comportamenti dei cittadini del Nord, sono collegabili sia ad una diversa offerta di strutture sportive su base territoriale sia al PIL *pro capite*. In

Grafico 55 – La sedentarietà: % popolazione maggiore di 14 anni che non pratica attività fisica per sesso



99

Grafico 56 – La sedentarietà: % popolazione maggiore di 14 anni che non pratica attività fisica per sesso e macroarea geografica



quest'ottica potrebbe essere utile valutare una serie di misure di promozione dell'attività sportiva a tutto campo che vada dalla riforma dell'Educazione Fisica nelle scuole, passando per la prescrizione da parte dei medici di base delle attività fisiche ritenute adeguate allo stile di vita della persona, all'introduzione di benefici fiscali relativi ai costi per la pratica sportiva degli adulti, alla rimborsabilità di tali spese da parte delle Forme Sanitarie Integrative.

La quota di sedentari si mantiene bassa tra i minori, ma aumenta nelle fasce di età successive. Dai 65 anni il 50% degli Italiani si dichiara sedentario (68% tra i maggiori di 75 anni); in tutte le fasce di età il genere femminile risulta comunque più sedentario di quello maschile.

3. Esposizione ai fattori di rischio e familiarità

Dall'analisi dei dati illustrati nel nostro Paese, il 76,5% della popolazione adulta presenta almeno 1 comportamento a rischio; tali comportamenti risultano spesso associati in particolare a sedentarietà ed eccesso di peso (che rappresentano un rischio per oltre il 52% degli adulti) e consumo di alcool ed abitudine al fumo.

Analizzando le due componenti del rischio (*binge drinking* e consumo abituale eccedentario) sia per i maschi che per le femmine c'è una maggiore propensione agli episodi di ubriacatura tra i fumatori (tra i maschi il 19,9% contro l'8,3% dei non fumatori; tra le femmine il 7,4% contro l'1,9% delle non fumatrici), mentre soltanto per i maschi il consumo abituale eccedentario di alcol è più alto tra gli ex fumatori che tra i fumatori. Dai dati riportati nella **Tabella 6** emerge che 1 adulto su 3 ha almeno 2 comportamenti a rischio: l'adozione di più di 1 comportamento a rischio è assolutamente prevalente negli uomini (oltre 44%), mentre le donne risultano più

Tabella 6 – Esposizione ai fattori di rischio modificabili

Classe di età	Numero di comportamenti a rischio associati			
	Nessuno	1	2	3 o 4
Maschi (adulti >18)				
18-44	25,4%	37,7%	25,8%	11,1%
45-64	15,7%	38,4%	32,9%	13%
>64	9,3%	35,9%	38,6%	16,1%
Totale	18,3%	37,5%	31,3%	12,9%
Femmine (adulti >18)				
18-44	39,2%	40,7%	17,6%	2,5%
45-64	27,6%	40,8%	25,9%	4,7%
>64	14,3%	41,7%	39,4%	4,7%
Totale	28,3%	41%	26,5%	4,2%
Maschi e Femmine (adulti >18)				
18-44	32,3%	39,2%	21,7%	6,9%
45-64	21,8%	39,6%	29,4%	9,2%
>64	12,1%	39,2%	39,1%	9,6%
Totale	23,5%	39,3%	28,8%	8,4%

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ISTAT

virtuose. Al crescere dell'età, soprattutto tra i 45 e i 64 anni e da 65 anni in poi è più diffusa la compresenza di comportamenti non salutari (rispettivamente 38,4% e 48,7% contro 28,6% della classe 18-44 anni).

Importante sottolineare, inoltre, che in base alle analisi ISTAT emerge che i comportamenti dei genitori influenzano quelli dei figli. La famiglia svolge infatti un ruolo determinante per lo scambio intergenerazionale di conoscenze, pratiche comportamentali, norme e valori. Inoltre i membri della famiglia condividono lo status socio-economico, a cui è associata una diversa propensione ad assumere comportamenti a rischio. Potremo dire sostanzialmente che i fattori di rischio si trasmettono dai genitori ai figli (ed in particolare dalla madre ai figli), con particolare riferimento a quelli in età adolescenziale e giovanile: oltre 30% dei figli fino ai 24 anni dei fumatori fuma, contro il 12% dei figli dei non fumatori; il 31% dei figli dei sovrappeso è sovrappeso contro il 16% dei figli dei normopeso; il 33% dei figli dei consumatori di alcool consuma alcool contro il 15,5% dei figli degli astemi/consumatori moderati ed il 49% dei figli dei sedentari non pratica sport contro il 7,5% dei figli degli attivi. Tali associazioni, peraltro, permangono anche quando è uno solo dei due genitori, in particolare la madre, ad assumere stili non salutari.

Da ultimo, bisogna segnalare che, con riferimento a tutti i fattori di rischio, fatta eccezione per il consumo di alcol, i figli che vivono in famiglie che presentano buone risorse economiche o un livello sociale più elevato, presentano minori comportamenti a rischio rispetto ai figli di famiglie con condizioni socio-economiche meno vantaggiose.

4. L'importanza della Diagnosi precoce e della prevenzione

La sfida della sostenibilità del Sistema Sanitario del nostro Paese si intersecherà sempre più inscindibilmente nei prossimi anni con quella della cronicità e della multi cronicità. In quest'ottica il contrasto ai 4 fattori di rischio principali è ovviamente una chiave all'interno delle *policy* di sostenibilità futura dei sistemi sanitari di tutti i Paesi. In questa prospettiva nel presente paragrafo abbiamo ritenuto opportuno illustrare, anche rielaborando dati raccolti in altri rapporti di settore, gli impatti positivi che l'adozione di policy strutturate per la diagnosi precoce e della prevenzione potrebbero garantire per la vita (maggiore sopravvivenza dei cittadini), per la salute pubblica e per la sostenibilità (del sistema Sanitario nel suo complesso).

4.1 L'importanza della prevenzione per la vita

Malattie prevenibili ma intercettate troppo tardi, diagnosi sbagliate e incidenti sul lavoro. Le morti premature vengono dal 2009 raccolte nel Rapporto MEV(i) ed utilizzate per valutare la qualità del sistema sanitario e più in generale del welfare. In Italia, secondo l'edizione 2017 del rapporto (relativa al 2014), le morti evitabili rappresentano circa il 17,5% dei decessi annuali. Nell'anno di indagine si sono registrati, in particolare, 103.000 decessi evitabili di cui il 64% di individui di genere

Tabella 7 – Numero decessi evitabili per sesso

MASCHI	Totale	Trattabile	Prevenibile
Prevenzione primaria	39.060	12.593	37.709
Diagnosi precoce e terapia	6.188	5.589	5.737
Altra assistenza sanitaria	21.036	14.461	9.930
Totale morti evitabili	66.284	32.643	53.376
Altra mortalità	221.224		
Totale decessi	287.508		

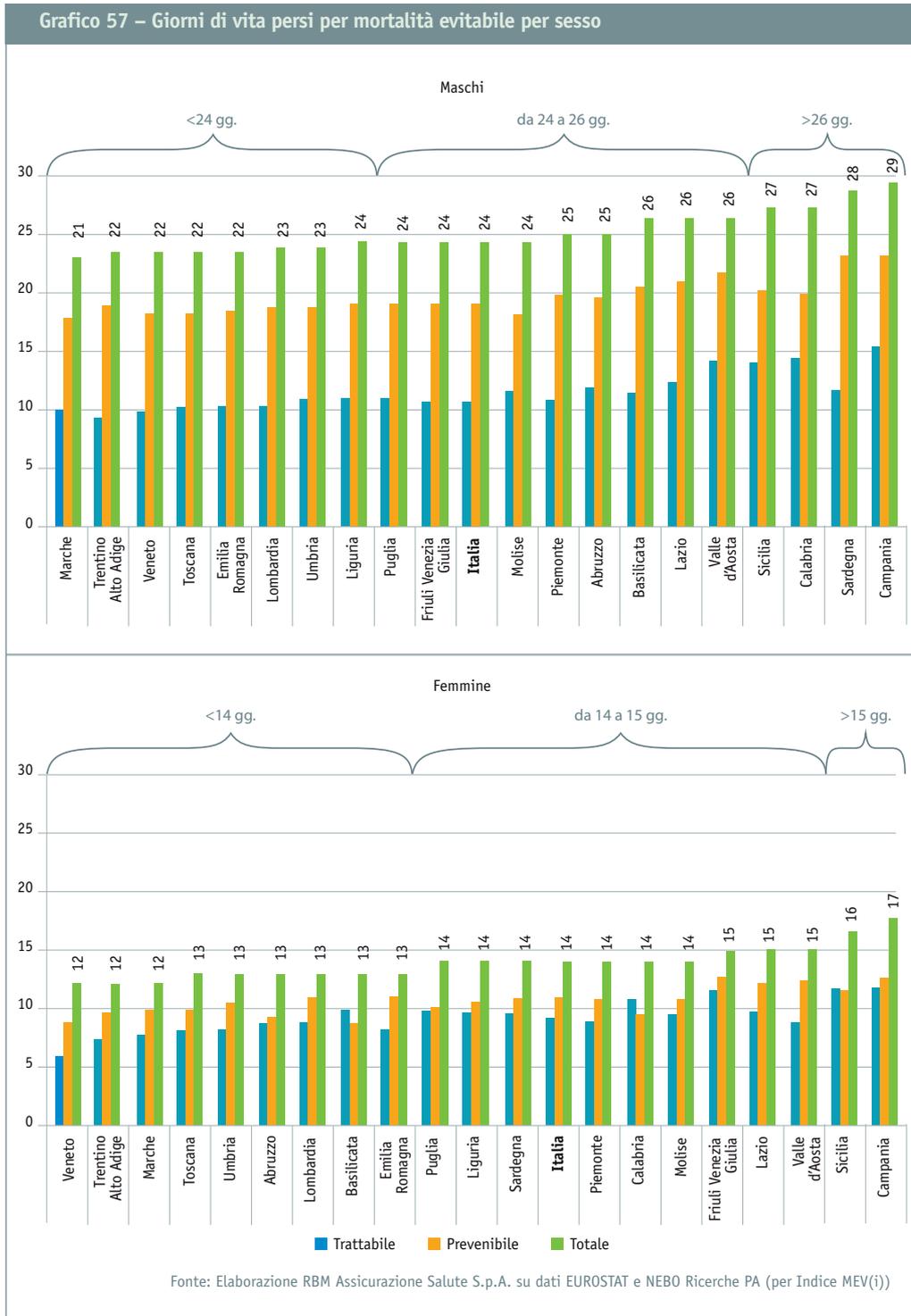
FEMMINE	Totale	Trattabile	Prevenibile
Prevenzione primaria	13.838	4.123	13.521
Diagnosi precoce e terapia	11.506	11.325	11.151
Altra assistenza sanitaria	11.968	9.629	4.251
Totale morti evitabili	37.312	25.077	28.923
Altra mortalità	270.473		
Totale decessi	307.785		

Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati EUROSTAT e NEBO Ricerche PA (per Indice MEV(i))

maschile il 36% di individui di genere femminile (Tabella 7). Il totale delle morti evitabili è la somma, secondo la nomenclatura EUROSTAT, delle morti “trattabili” e delle morti “prevenibili” ovvero di quei decessi che in base alle conoscenze mediche e della tecnologia o alla luce della comprensione delle determinanti di salute al momento della morte potevano rispettivamente essere evitati applicando rispettivamente cure appropriate (trattabili) o interventi di sanità pubblica (prevenibili) nel senso più ampio (prevenzione primaria: riduzione del fumo e/o del consumo di alcolici, adozione di una dieta equilibrata, svolgimento di attività fisica, applicando le regole antinfortunistiche sul lavoro, etc.). I giorni di vita persi ogni anno a causa di morti evitabili in Italia sono 24,3 per i maschi e 13,9 per le femmine (Grafico 57). Analizzando i *trend* del fenomeno a partire dal 2009 si rileva come quasi ovunque la mortalità evitabile maschile, e in particolare quella contrastabile con interventi di prevenzione primaria, sia in diminuzione, mentre risultano più eterogenei gli andamenti delle altre tipologie e del genere femminile.

Le Regioni più virtuose nella tutela dei propri cittadini sono le Marche per i maschi (con 21 giorni di vita persi) ed il Veneto per le femmine (con 12 giorni di vita persi). Complessivamente le migliori *performance* dei Sistemi Sanitari Regionali in termini di contenimento delle morti evitabili si registrano nelle Regioni del Nord Est (con l’importante eccezione del Friuli-Venezia Giulia), in Toscana e nelle Marche. A livello provinciale la migliore performance nel contrasto delle morti evitabili va alla provincia di Treviso (con meno di 20 giorni di vita persi per i Maschi e 11 per le Femmine). Chiude, invece, la classifica la Provincia di Napoli (con 31 giorni di vita persi per i Maschi e 19 per le Femmine).

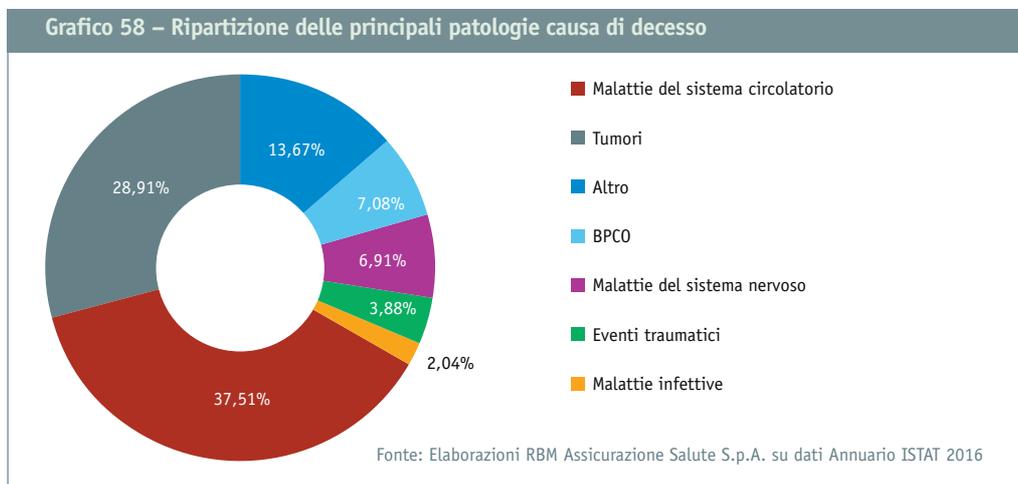
Anche questi dati, peraltro, rafforzano l’allarme rispetto allo sviluppo di disuguaglianze strutturali tra Nord e Sud non solo nella situazione attuale ma, soprattutto, in una prospettiva futura che si presenta prospetticamente sempre più divergente.



4.2. L'importanza della prevenzione per la salute

In base alle evidenze raccolte ai fini del presente Rapporto (Grafico 58), che trovano conferma anche nell'ultima edizione dell'Annuario Statistico ISTAT (2016), oltre l'80% delle cause di morte in Italia è riconducibile a Malattie Croniche Non Trasmissibili. In particolare, 37,51% dei decessi risulta imputabile a malattie del sistema cardiocircolatorio, il 29% a patologie di natura oncologica (di cui il 4,06% per tumori alla prostata, il 3,53% per tumori all'utero, il 6,73% per tumori al seno ed il 18,88% per tumori ai polmoni), il 7,08% a malattie respiratorie ed il 6,91% a malattie del sistema nervoso, di cui il 62,77% per Alzheimer (Grafico 58).

Grafico 58 – Ripartizione delle principali patologie causa di decesso



Distinguendo per genere tuttavia si evidenzia una differenza nelle graduatorie, in quanto le malattie del sistema circolatorio costituiscono la principale causa di morte solo per le donne con un quoziente pari a 402,9 eventi per 100 mila mentre per gli uomini sono la seconda causa di morte (quoziente maschile pari a 333,2 per 100 mila) subito dopo i tumori, per i quali il quoziente maschile è pari a 338,6 eventi per 100 mila; per le donne i tumori costituiscono invece la seconda causa di morte con un quoziente di 249,2 eventi per 100 mila abitanti. Tale differenza per genere nelle graduatorie delle principali cause di morte, che si osserva già da qualche anno, potrebbe almeno in parte essere spiegata da una struttura per età delle donne più anziana rispetto agli uomini. Dalla graduatoria generale della mortalità del 2013 si evince che al terzo posto ci sono gli altri stati morbosi con un quoziente di 79,5 decessi per 100 mila abitanti. Anche per queste cause la posizione in graduatoria cambia in base al genere e il quoziente è il terzo più elevato per le donne (87,5) mentre è il quarto per gli uomini (70,9) dopo quello delle malattie del sistema respiratorio (77,1 morti per 100 mila abitanti); tra le donne le malattie del sistema respiratorio sono la quinta causa di morte, con un tasso di 61,8 eventi per 100 mila abitanti.

Tra le cause con i quozienti di mortalità più elevati vi è quella dei disturbi psichici e malattie del sistema nervoso che per le donne ha una mortalità pari a 82,1 casi per 100 mila abitanti e per gli uomini 54,8. Le cause di morte violenta, infine, fanno registrare nel 2013 un quoziente di 46,6 per 100 mila per gli uomini contro un valore di 31,9 per le donne: il quoziente maschile è pertanto circa il 50 per cento più elevato rispetto al valore femminile.

Esaminando la struttura per età della popolazione si evidenziano notevoli differenze rispetto alle principali cause di morte. Tra 1 e 14 anni le prime cause di morte sono i tumori: il 29,1 per cento dei decessi è attribuibile a queste cause e il dato è simile sia per i maschi sia per le femmine. Tra 15 e 29 anni invece il 16,5 per cento dei decessi è da attribuire ai tumori mentre le cause di morte principali sono le cause esterne sebbene con una rilevante differenza tra i due generi: 30,5 decessi maschili ogni 100 mila abitanti e solo 8,2 decessi femminili sono da attribuire a queste cause. Per gli uomini, anche tra 30 e 44 anni le cause di natura violenta sono le prime nella graduatoria della mortalità (il 33,2 per cento del totale dei decessi a queste età), mentre per le donne di questa classe torna il primato dei tumori che viene mantenuto fino a 79 anni di età. Dai 45 ai 79 anni di età la graduatoria degli uomini si uniforma a quella femminile e i tumori sono le prime cause di morte per entrambi i generi; dagli 80 anni in poi invece il primato spetta alle malattie del sistema circolatorio per entrambi i generi con quozienti simili nei due sessi; nei molto anziani circa un decesso su due è da attribuire a questo gruppo di cause (53,3 per cento tra le donne e 47,8 tra gli uomini).

L'esame della geografia della mortalità complessiva del 2013 conferma quanto osservato in passato, ovvero i livelli più elevati si riscontrano nel Centro e nel Nord rispetto al Meridione. Questo è evidente in particolare per i tumori la cui mortalità è inferiore alla media nazionale in tutte le regioni meridionali mentre nel Nord e nel Centro i valori sono più elevati, ad eccezione del Trentino-Alto Adige e del Veneto. Per le malattie del sistema circolatorio invece la situazione è più variegata: i livelli più elevati si trovano in tutte le regioni del Centro tranne che nel Lazio, e nella maggior parte delle Regioni del Nord ad eccezione di Lombardia, Trentino-Alto Adige e Veneto, ma anche in alcune regioni del Meridione quali Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sicilia. L'entità del fenomeno appena commentato palesa con estrema chiarezza l'importanza per la salute di cittadini dell'implementazione di protocolli di diagnosi precoce e di percorsi di prevenzione funzionali a contrastare l'insorgenza di Malattie Croniche Non Trasmissibili. In quest'ottica appare di fondamentale importanza il reperimento e la destinazione di risorse adeguate al sostegno di un programma speciale di promozione della salute pubblica che, anche alla luce dei nuovi *trend* in atto in campo demografico e tecnologico, sappia ridefinire con un'impostazione pro-attiva e non meramente difensiva i concetti di diagnosi precoce e di prevenzione. Il riferimento, pertanto, non va solo all'organizzazione dell'attività medico-scientifica, ma anche ad una campagna di sensibilizzazione ed informazione su larga scala che sappia coinvolgere un'ampia base di cittadini e di famiglie in un cambiamento a 360° del proprio stile di vita. Del resto, se si pensa agli investimenti fatti annualmente per la

promozione della sicurezza stradale (attività, importante sottolinearlo, di estrema importanza sociale), e li si rapporta all'incidenza dei decessi imputabili a tali fenomeno (cfr. Tabella 8) appare subito chiaro come un capitolo così importante come quello in commento non possa prescindere da un piano strutturato che sia in grado di coniugare l'*empowerment* e la responsabilizzazione dei cittadini con una capacità organizzativa ed assistenziale adeguata da parte del Sistema Sanitario del nostro Paese.

Tabella 8 – Numero di decessi per patologia

Patologia	N.ro decessi	Decessi (rapp. per 100.000 abitanti)	Trend ultimo quadriennio
Tumori	177.351		
di cui alla prostata	7.203		
di cui all'utero	6.254	297,9	2.673
di cui al seno	11.939		
di cui ai polmoni	33.483		
Malattie del sistema circolatorio	230.160	386,6	5.330
Malattie del sistema nervoso	42.380		
di cui Alzheimer	26.600	71,2	5.426
BPCO	43.444	73	3.495
Eventi traumatici	23.775		
di cui stradali, lavorativi e domestici	9.326	39,9	-867
Malattie infettive	12.546	21,1	3.539
Altro	83.864	140,7	5.486
Totale	613.520	1.030,4	25.082

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Annuario ISTAT 2016

4.3. L'importanza della prevenzione per la sostenibilità¹¹

Nel parlare di diagnosi precoce e di percorsi di prevenzione bisogna considerare che, da un punto di vista economico, gli individui traggono utilità non solo dalla loro salute ma spesso anche dal consumo di beni e dal compiere attività che incidono negativamente sulla loro salute. La decisione di fumare, mangiare junk food o guidare pericolosamente risiede nelle preferenze degli individui. Tali preferenze derivano non solo dalle caratteristiche proprie delle persone, ma anche dai fallimenti del mercato, provocati dalla mancanza di adeguate informazioni, dall'insufficiente livello d'istruzione, dalla mancanza di capacità di autocontrollo o dalla non corretta valutazione delle conseguenze di queste azioni. In altri termini, spesso i costi della sanità trovano origine nelle differenze demografiche, socioeconomiche o culturali tra le persone. Un fondamentale compito della prevenzione è quindi quello di ripristinare l'equità in termini di determinanti dei fattori di rischio, che a loro volta porterebbero a una maggiore equità nei livelli di salute individuali.

Lo scopo della prevenzione è formulare strategie di intervento, rivolte a gruppi specifici di individui, particolarmente esposti a determinati fattori di rischio o inclini a comportamenti pericolosi per la loro salute. In tal senso, la prevenzione va considerata come uno strumento efficace nella redistribuzione della salute e della longevità.

La morte prematura e la disabilità rappresentano, inoltre, un costo economico per le

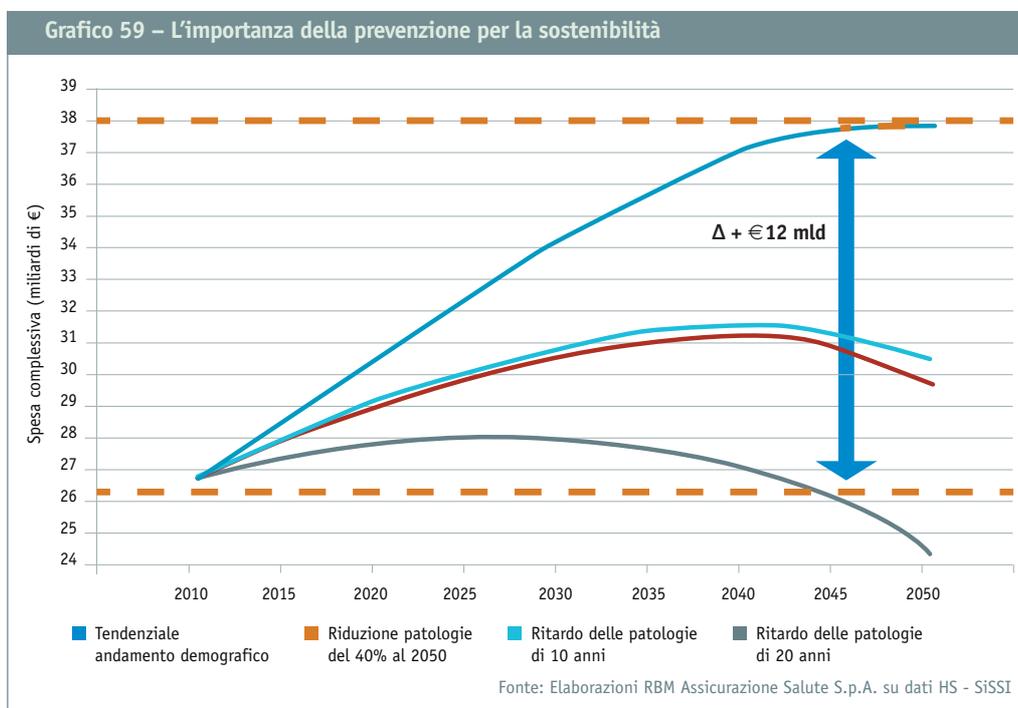
¹¹ Fonte: Quaderni della Fondazione Farmafactoring "La prevenzione come elemento per la sostenibilità del SSN".

famiglie e la società. Infatti, i lavoratori e la società devono farsi carico delle assenze, del calo della produttività e del *turnover* occupazionale. Le famiglie e la società devono sopportare i costi della salute (diretti e indiretti), la riduzione del reddito, l'uscita anticipata dal mercato del lavoro e la crescente dipendenza dal sistema di sicurezza sociale.

Purtroppo, la tutela della salute e la prevenzione delle patologie croniche rappresentano una quota marginale nel *budget* del Sistema Sanitario (cfr. seguente sottoparagrafo 4.4). L'OCSE stima, infatti, che nei Paesi membri appena il 3% del totale della spesa sanitaria è devoluto alla prevenzione e a programmi di salute pubblica (in Italia meno dell'1%), mentre gran parte dell'esborso è dedicata alla cura della malattia. I servizi sanitari sono spesso orientati a curare piuttosto che a prevenire, con gravi conseguenze anche in termini di diagnostica e di trattamento. Si stima che il 50% dei diabetici non sia a conoscenza della propria condizione. Tra questi, il 50% presenta un metabolismo insufficiente e un controllo non accurato dei lipidi e della pressione arteriosa, anche se circa l'80% dei diabetici muore a causa di malattie di natura cardiovascolare. Ancora, 30.000 donne muoiono ogni anno in Europa a causa del tumore alla cervice, con tassi di mortalità da due a quattro volte superiore nei Paesi dell'Europa centrale e orientale rispetto alla regione occidentale: tali decessi potrebbero in larga misura essere limitati grazie ad un'appropriatezza tempistica della diagnostica e un adeguato trattamento medico e farmacologico.

Appare quindi chiaro che l'adozione oggi di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare domani a una riduzione del numero di persone da curare. È però necessaria una decisa inversione di tendenza, in special modo in Italia che, con meno dell'1% della spesa complessiva, si colloca all'ultimo posto nella classifica dei Paesi OCSE per l'investimento in prevenzione, dietro a Turchia, Messico e Corea. Occorrerebbe dunque erodere oggi il numero di persone "esposte al rischio" al fine di ridurre domani il numero di malati da curare. In particolare, a fronte della crescita delle patologie associate all'età avanzata, un adeguato sviluppo dell'assistenza domiciliare per quelle categorie di pazienti non necessariamente trattabili in ospedale e una più accurata politica di prevenzione potrebbero consentire un significativo risparmio di risorse altrimenti impiegate.

In quest'ottica si è provveduto a sviluppare, coerentemente con le *assumptions* adottate dall'ultimo studio condotto nello stesso ambito dalla Fondazione *Farmafactoring*, 3 scenari ipotetici per stimare l'impatto prospettico dell'adozione di policy attive nel campo delle diagnosi precoce e della prevenzione di patologie più strettamente legate agli stili di vita (diabete, ipertensione, dislipidemia, malattie coronariche, scompenso cardiaco, ictus, BPCO, tumore del colon, tumore della mammella, tumore dello stomaco) o un ritardo nell'età in cui le stesse si manifestano nei pazienti (cfr. **Grafico 59**). In particolare, il primo scenario (a) ipotizza un effetto positivo di tali misure in termini di graduale diminuzione delle patologie fino ad un massimo del 40% nel 2050; il secondo scenario (b) ipotizza un graduale ritardo nella manifestazione delle patologie fino a 10 anni nel 2050 ed il terzo (c) un graduale ritardo nella manifestazione delle patologie fino a 20 anni nel 2050.



108

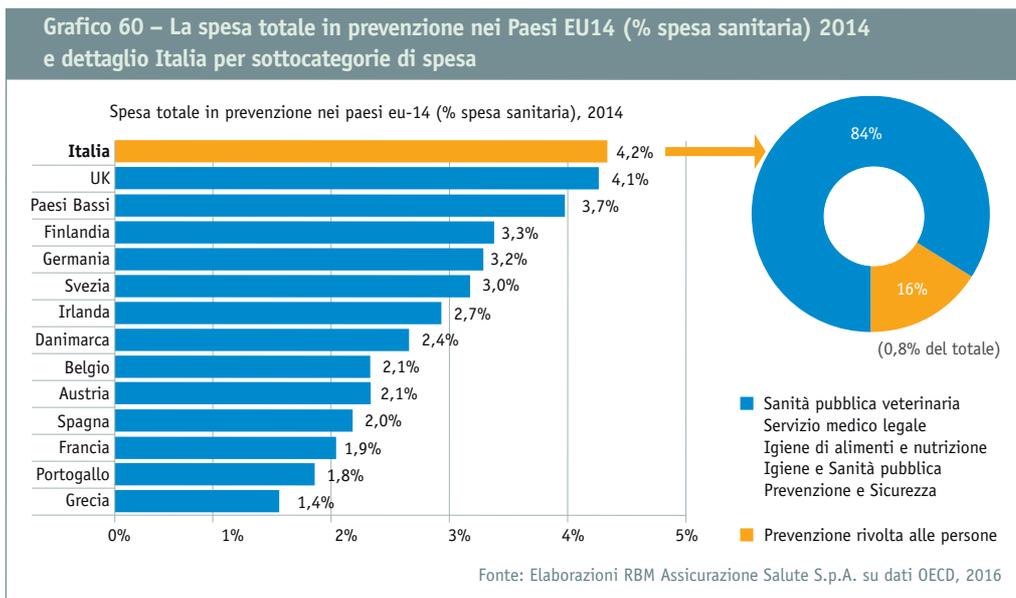
Dai 3 scenari ipotizzati, si desume che, investendo maggiormente sulla prevenzione, si potrebbero conseguire risparmi di spesa assolutamente notevoli per il Servizio Sanitario Nazionale. Nel 2050, il saving conseguibile attraverso un ritardo dell'insorgenza delle patologie croniche di 20 anni è di circa 12 miliardi di euro in termini reali, equivalente a una riduzione di circa il 25% della spesa medica dedicata ai servizi sanitari. Altro aspetto interessante da notare è che gli effetti sulla spesa sanitaria del ritardare l'insorgenza delle patologie di 10 anni equivale a quella che si avrebbe nel ridurle gradualmente del 40%. Implementare politiche attive di prevenzione e contrastare l'insorgenza delle Malattie Croniche Non Trasmissibili, pertanto, non significa solamente differire potenzialmente l'insorgenza di queste malattie ma piuttosto poter risparmiare, anche in termini di sistema sanitario complessivo, importi considerevoli in termini di spesa a beneficio di tutta la collettività e a fronte di uno stato di salute migliore.

5. La spesa sanitaria in prevenzione in Italia e nei Paesi dell'Unione Europea

Come già anticipato nel sottoparagrafo che precede, la spesa in prevenzione per le persone in Italia risulta assolutamente sotto-finanziata (vale meno di 1 mld/annuo). Come mostra infatti il **Grafico 60**, del 4,2% di spesa sanitaria totale che il nostro Paese dichiara di destinare alla prevenzione oltre l'80% viene impiegato per

il finanziamento di funzioni diverse dal contrasto delle Malattie Croniche Non Trasmissibili.

La stessa spesa complessiva destinata alla prevenzione in Italia, se rapportata a ciascun cittadino, risulta in ogni caso inferiore del 22% di quella della Germania, del 17% di quella della Svezia e del 32% di quella dei Paesi Bassi.



Se poi, da questa voce complessiva si isola l'ammontare *pro capite* di tale dotazione che viene rivolta alla prevenzione alle persone di ciascun cittadino risultano (Grafico 61) poco meno di 21 Euro a testa (€20,66), totalmente insufficienti a far fronte anche a protocolli di prevenzione di base come quello per i rischi cardiovascolari (che fa registrare a livello nazionale un costo medio di 120 Euro) e per i rischi oncologici (costo medio di 167 Euro). Appare evidente che, senza una diversificazione delle fonti di finanziamento, pertanto, al di là di qualsiasi policy promossa a livello statale i protocolli di prevenzione rischiano di rimanere inattuati in favore dei cittadini, costringendo il nostro Sistema Sanitario a caricarsi di oneri ben maggiori nel momento dell'insorgenza effettiva delle patologie non contrastate.

A conferma delle criticità appena rilevate si consideri (Grafico 62) che nel 2015 in Italia, pur a fronte di una percentuale crescente di cittadini raggiunti dagli inviti per l'effettuazione degli screening di contrasto alle patologie oncologiche (che, peraltro, rimane significativamente bassa nelle Regioni del Sud e Isole, sono stati effettuati solamente 5,8 milioni di protocolli di cui il 30% mammografici, il 40% coloretali ed il 28% cervicali. Per quanto riguarda l'effettiva esecuzione dei controlli hanno fruito dello screening oncologico programmato il 27% circa dei soggetti target (il 40% dei

soggetti target per gli screening mammografici, il 19% per i colorettrali ed il 34% per i cervicali).

Grafico 61 – La spesa *pro capite* in prevenzione nei Paesi EU14 (€) 2014 e dettaglio Italia per sottocategorie di spesa

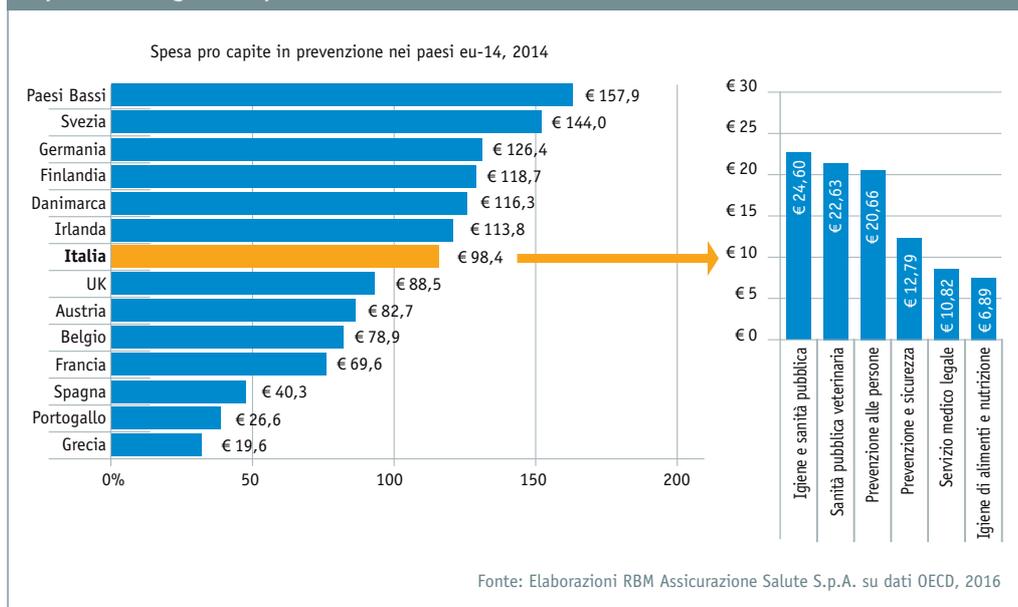
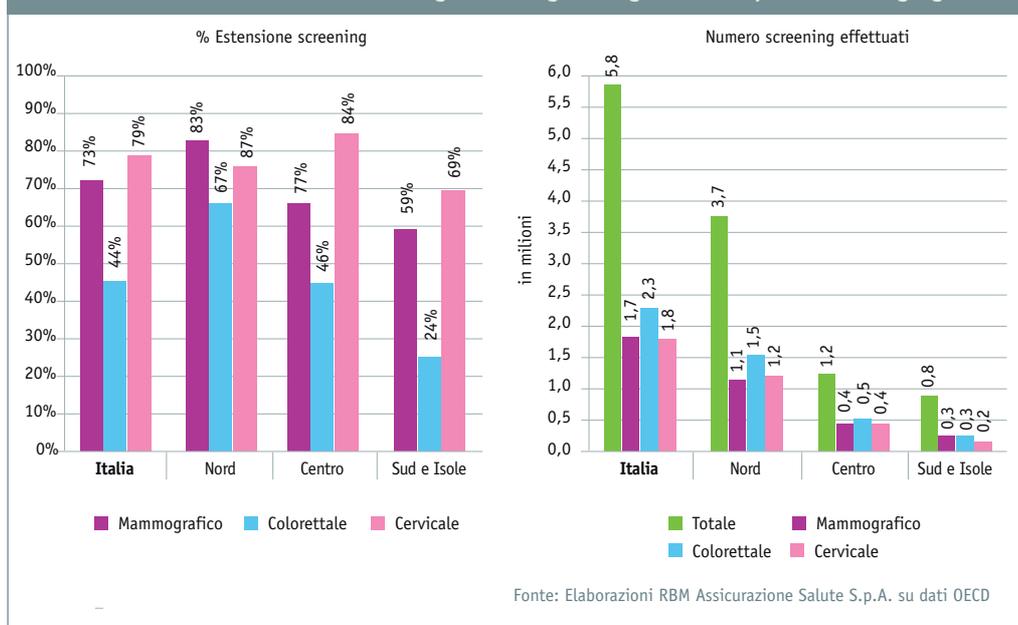
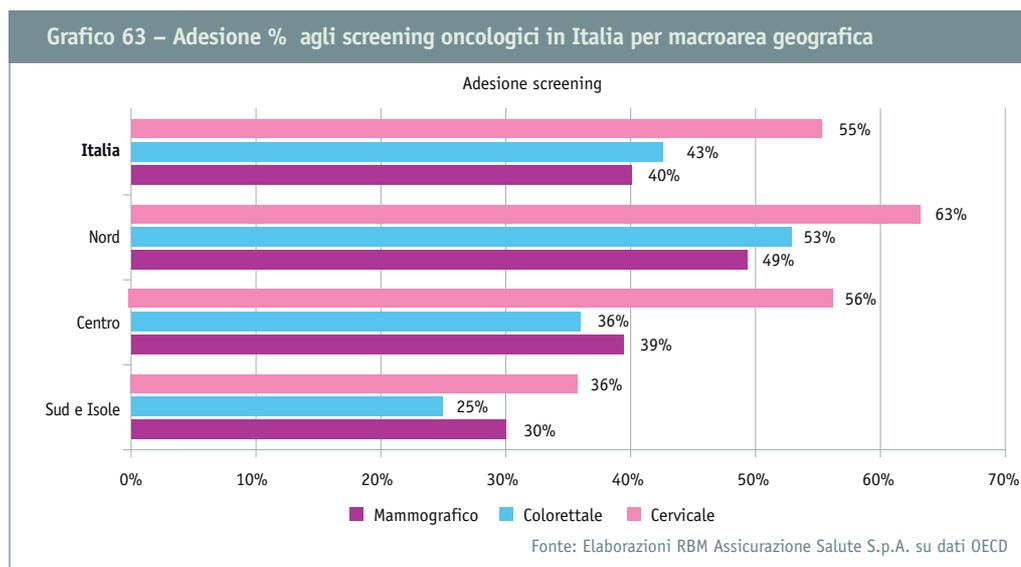


Grafico 62 – Estensione % e numero degli screening oncologici in Italia per macroarea geografica



Anche per questo fenomeno, poi, emerge (**Grafico 63**) un rilevante gradiente territoriale che si palesa con una percentuale di adesione agli screening da parte dei cittadini della macro area Sud e Isole notevolmente più bassa rispetto alla media nazionale. Si consideri, infatti, che per gli screening mammografici a fronte di una percentuale di adesione a livello nazionale del 55% degli invitati nel Sud e Isole si registra un livello di adesione del 36%; per gli screening coloretali a fronte di una percentuale di adesione a livello nazionale del 43% degli invitati nel Sud e Isole si registra un livello di adesione del 25%; infine, passando agli screening cervicali a fronte di una percentuale di adesione a livello nazionale del 40% degli invitati nel Sud e Isole si registra un livello di adesione del 30%.

Alla luce di questi dati, come pure in base alle evidenze già emerse in relazione alla diffusione di fattori di rischio, non può sorprendere come i dati demografici e clinici della macro area Sud e Isole mostrino un deterioramento progressivo frutto in buona parte delle disuguaglianze indotte dallo stesso impianto del federalismo sanitario.



6. Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: investire nella salute

Nel 2016 le Forme Sanitarie Integrative hanno gestito quasi 1 milione di Protocolli di Prevenzione (di cui 860.571 da parte di Forme Sanitarie Assicurate e 176.261 da parte di Forme Sanitarie Autoassicurate) con un investimento di poco meno di 500 milioni di Euro (il 10,13% della spesa sanitaria privata "intermediata") finanziato per l'88% da Compagnie di Assicurazione e per il 12% da Forme Sanitarie Autoassicurate (**Grafico 64** e **Grafico 65**). Si tratta di più della metà degli investimenti attualmente stanziati dal Servizio Sanitario Nazionale. Finora, tuttavia,

il Sistema Pubblico non ha prestato particolare attenzione al ruolo delle Forme Sanitarie Integrative in questo campo (1/3 delle ASL, anzi, dichiara di ignorare del tutto l'esistenza di queste attività svolte dalla Forme Sanitarie Integrative), perdendo probabilmente alcune opportunità. Peraltro, bisogna ricordare che con l'ultima stesura del c.d. "Decreto Sacconi" il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nel campo della diagnosi precoce e della prevenzione non solo non è stato valorizzato ma è stato ridimensionato eliminando tali prestazioni dal novero delle prestazioni vincolate ovvero quel novero di prestazioni abilitanti il regime fiscale agevolato previsto per contributi/premi versati dagli assicurati alle Forme Sanitarie Integrative collettive. Alla luce dell'importanza strategica della prevenzione per la salute dei cittadini e la sostenibilità del Sistema Sanitario, della carenza strutturale di finanziamenti da parte dello Stato per sostenere una politica adeguata in questo campo e delle oggettive difficoltà di engagement di ampie fasce della popolazione nell'ambito degli *screening* programmati (cfr il sottoparagrafo che precede) appare fondamentale riportare gli investimenti in prevenzione e Promozione della Salute nel campo di azione delle Forme Sanitarie Integrative, anche attraverso il ripristino di un regime fiscale incentivante che riconosca l'utilità sociale dell'azione di tali enti in questo campo.

112

Grafico 64 – Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: investimenti in prevenzione

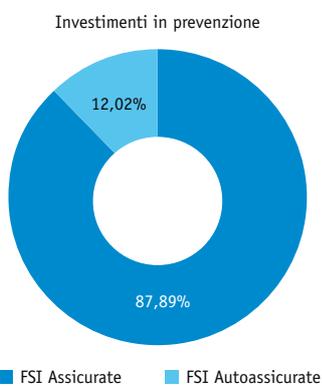
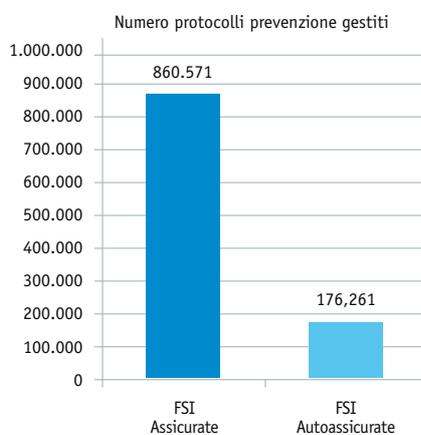


Grafico 65 – Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: numero protocolli prevenzione gestiti



Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati OECD

Attualmente le Forme Sanitarie Integrative includono nei propri programmi di prevenzione: gli *screening* oncologici ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (mammografia, coloretto, cervice), *screening* oncologici al di fuori dei LEA (in particolare polmoni e prostata, quest'ultimo il più diffuso tra le Forme Sanitarie Integrative analizzate), prevenzione e/o valutazione del rischio cardiovascolare (carta del rischio, nella maggior parte dei casi in attuazione delle Linee Guida impartite

dal Ministero della Salute nell'ambito del c.d. "Progetto Cuore"), programmi di identificazione precoce e valutazione integrata (per es. *check up* e visite specialistiche), prevenzione pediatrica (bilancio stato avanzamento della crescita e prevenzione oculistica minori) e prevenzione odontoiatrica (visite di controllo annuali, ablazione del tartaro ed eventuale RX endorale). Peraltro, si registra un'attenzione crescente del settore assicurativo per la promozione di stili di vita attivi, monitoraggio dei parametri vitali ed adozione di politiche finalizzate a contenere i fattori di rischio collegati alle Malattie Croniche Non Trasmissibili. Tale tendenza trova, in particolare, attuazione nell'ambito delle Polizze Sanitarie Individuali che basandosi su di un rapporto pluriennale e diretto tra Compagnia Assicurativa ed assicurato favoriscono lo sviluppo di logiche di "presa in carico" dello stato di salute e di promozione di buoni stili di vita anche attraverso servizi di orientamento medico-sanitario (per es. *counseling, tutoring, health management, etc.*).

In termini di eleggibilità, i protocolli sono tipicamente organizzati per genere e fasce di età benché non manchino protocolli specifici che, anche in ragione delle specificità della patologia indagata, sono diffusi massivamente sull'intera platea degli assicurati. Tali protocolli, peraltro, non prevedono finanziamento/compartecipazione a carico degli assicurati e garantiscono un'elevata flessibilità nella gestione degli appuntamenti, favorendo complessivamente il raggiungimento di livelli di partecipazione ben più elevati di quelli registrati dai programmi di screening oncologico promossi dal Servizio Sanitario Nazionale (cfr. sottoparagrafo che precede). I programmi finanziati dalle Forme Sanitarie Integrative sono svolti presso le strutture sanitarie convenzionate con le reti delle Compagnie e dei *Third Party Administrator* (TPA). Si tratta solitamente di strutture private accreditate, ma in diverse Regioni del Nord sono stati già attivati anche accordi con Ospedali Pubblici e ASL. A livello organizzativo viene prevista nella quasi totalità dei casi l'esecuzione dello *screening* in un'unica soluzione o seduta all'interno della medesima struttura convenzionata, anche al fine di ridurre gli impatti sull'attività lavorativa dell'assicurato.

I protocolli si concludono con una visita specialistica e con un bilancio dei risultati illustrato, anche attraverso il servizio di *counselling*, direttamente all'assicurato con l'obiettivo di favorire una piena giunzione tra il controllo e gli eventuali accertamenti successivi che risultino necessari. Al riguardo, infatti, bisogna considerare che le Forme Sanitarie Integrative garantiscono, nella maggior parte dei casi, anche la copertura assicurativa (e, quindi, il rimborso) di eventuali accertamenti conseguenti e successivi resi necessari dagli esiti dei programmi di *screening* effettuati.

7. I protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative

Al fine di consentire un'adeguata valutazione del ruolo concretamente svolto dalle Forme Sanitarie Integrative nel campo della diagnosi precoce, della prevenzione e della promozione della salute si è provveduto ad effettuare una ricognizione complessiva del settore analizzando in dettaglio la composizione dei principali protocolli

attualmente messi a disposizione dalle Forme Sanitarie Integrative. Dall'analisi, sono emersi sostanzialmente 2 macro *cluster*: uno che abbiamo definito screening "di base", che accomuna sostanzialmente la maggior parte delle Forme Sanitarie Integrative e che comprende lo *screening* oncologico, lo *screening* cardiovascolare e lo *screening* odontoiatrico; ed un altro che abbiamo classificato con la definizione di *screening* "specifici", differenziati per ciascuna Forma Sanitaria Integrativa, talvolta direttamente collegati anche alla tipologia di attività lavorativa svolta dagli assicurati stessi.

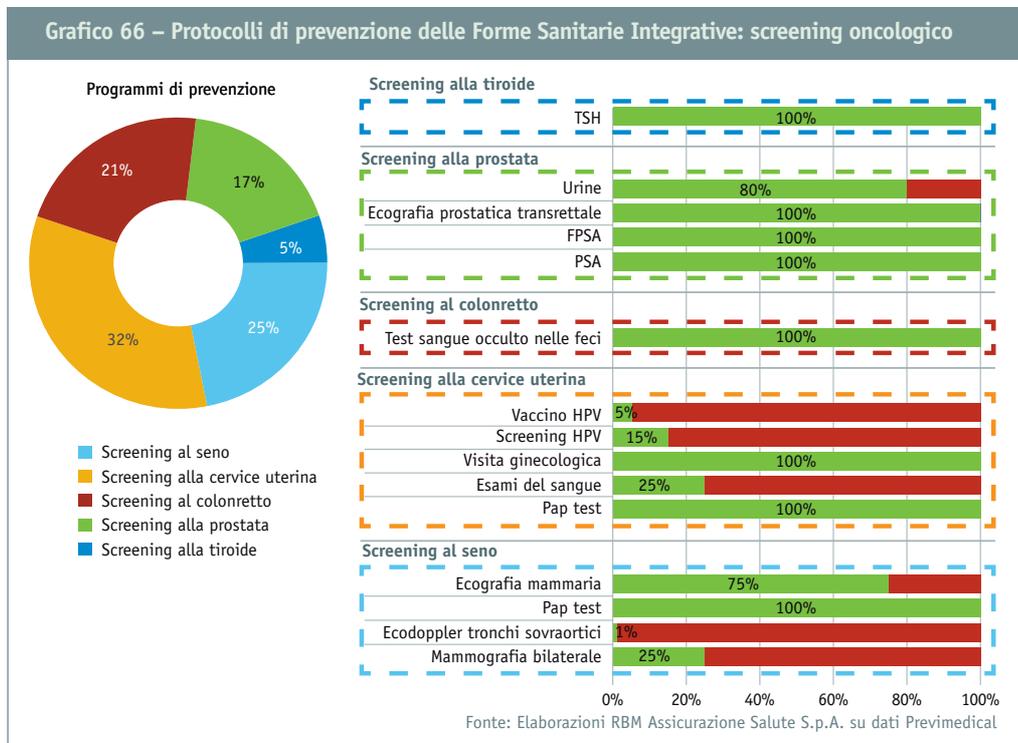
7.1 Screening di base

7.1.1 Screening oncologico

Nel campo della prevenzione oncologica (Grafico 66), il 32% delle Forme Sanitarie Integrative prevede uno *screening* alla cervice uterina (visita ginecologica e pap test sempre previsti, esami del sangue nel 25% dei casi, *screening* e vaccino HPV presenti rispettivamente nel 15% e 5% dei casi), il 25% al seno ed agli organi riproduttivi femminili (pap test sempre previsto, ecografia mammaria nel 75% dei casi e mammografia bilaterale nel 25%), il 21% al coloretto (in particolare attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci), il 17% alla prostata (ecografia prostatica, PSA e FPSA sempre previsti, esame delle urine nel 80% dei casi) ed il 5% alla tiroide (TSH). Tali screening, anche in ragione delle specificità proprie delle patologie indagate, sono differenziati per genere e per età del fruitore.

114

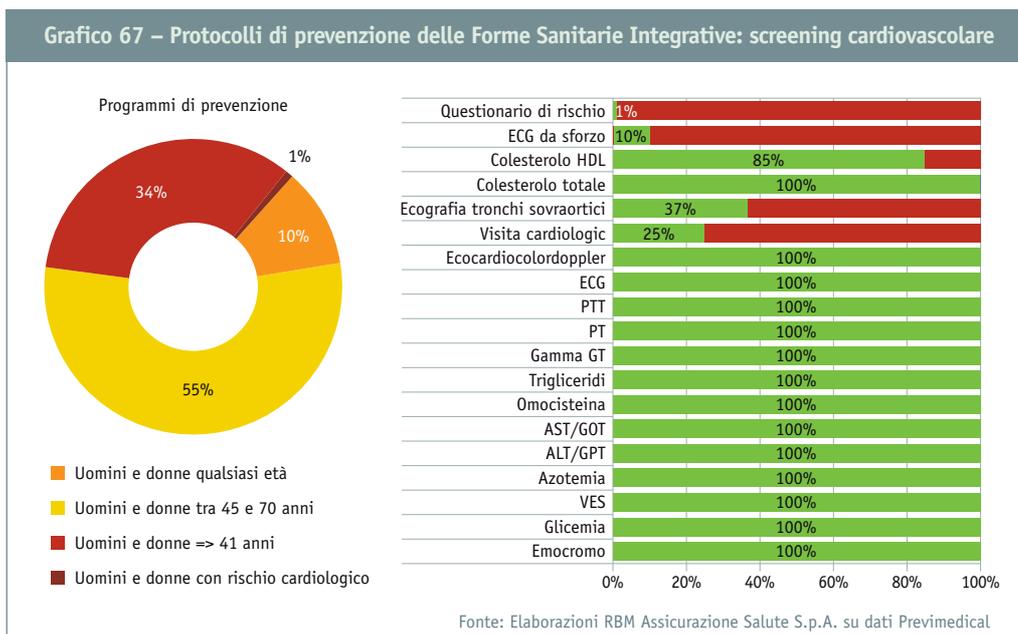
Grafico 66 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: screening oncologico



7.1.2 Screening cardiovascolare

Gli *screening* di prevenzione cardiovascolare (Grafico 67) promossi dalle Forme Sanitarie Integrative prevedono attualmente nel 55% dei casi l'accesso ai protocolli senza limiti minimi e/o massimi di età. Nel 44% dei casi, invece, l'attivazione degli screening è subordinata all'età del richiedente: in particolare, nel 55% dei casi i protocolli sono rivolti agli assicurati di età compresa tra i 45 ed i 70 anni, mentre nel 34% dei casi agli assicurati di età superiore ai 41 anni. Per completezza bisogna rilevare, altresì, che in alcune casistiche piuttosto residuali (l'1% dei casi) l'effettuazione dello screening è legata all'esistenza di un rischio cardiologico effettivo ed attestato.

In termini di articolazione del protocollo, gli *screening* cardiovascolari promossi dalle Forme Sanitarie Integrative prevedono sempre l'effettuazione di analisi di laboratorio, elettrocardiogramma (ECG) ed ecocardiocolordoppler. Tali controlli di comuni a tutte le Forme Sanitarie sono integrati nel 37% dei casi anche dall'ecografia dei tronchi sovraortici, nel 25% dei casi da una visitacardiologica e nel 10% dei casi anche dall'ECG da sforzo.



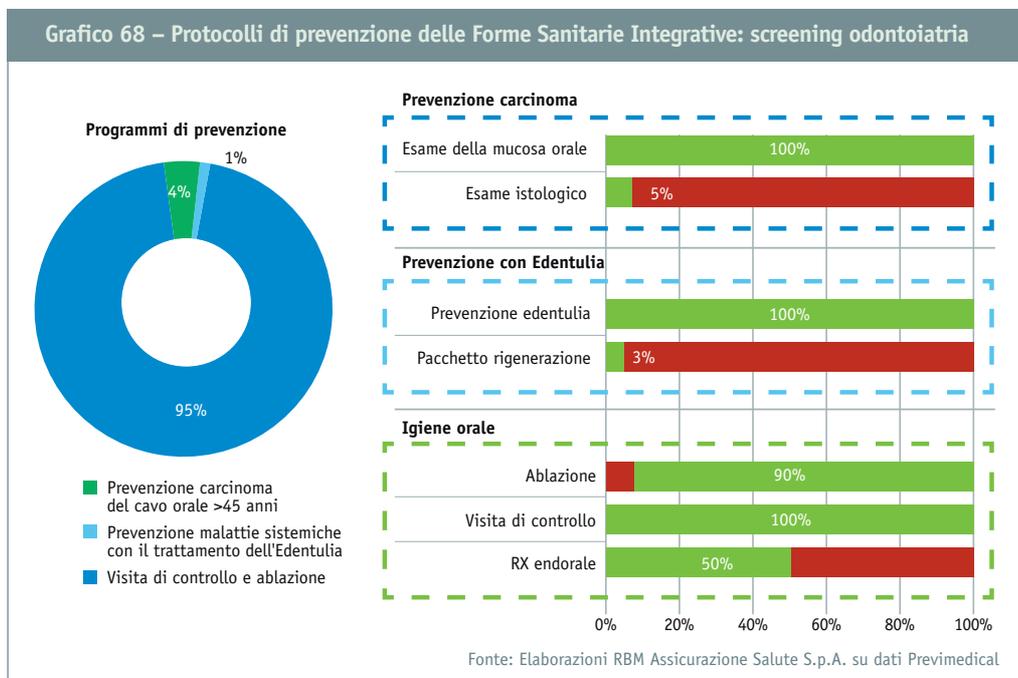
7.1.3 Prevenzione odontoiatrica

La prevenzione odontoiatrica ha fatto il suo ingresso in modo assolutamente diffuso nei Piani di tutte le Forme Sanitarie Integrative, soprattutto di natura Collettiva, a far data dal 2008 con l'entrata in vigore del "Decreto Turco". Attesi,

infatti, i costi e la frequenza piuttosto elevati delle prestazioni odontoiatriche e, contestualmente, le dotazioni economiche piuttosto limitate delle Forme Sanitarie Contrattuali buona parte di tali Enti ha ritenuto di attendere al nuovo disposto normativo in materia di prestazioni vincolate puntando sull'adozione di tali protocolli in associazione all'erogazione di contributi forfetari per l'area dell'implantologia. L'impostazione di fondo che si sono date in questo campo le Forme Sanitarie Integrative è quella di promuovere un primo engagement del paziente, magari favorendo anche una prima conoscenza con gli odontoiatri convenzionati con la rete della Compagnia o del *Third Party Administrator* (TPA), ed un monitoraggio annuale continuativo finalizzato a favorire un intervento tempestivo rispetto all'eventuale insorgenza di patologie più gravi, non necessariamente assicurate dal Piano Sanitario.

Come mostra il **Grafico 68**, pertanto, il 95% delle Forme Sanitarie Integrative prevede un protocollo di igiene orale che comprende sempre una visita di controllo, l'ablazione del tartaro nel 90% dei casi e un RX endorale nel 50% dei casi. Un novero ristretto di Forme Sanitarie Integrative include inoltre la prevenzione del carcinoma del cavo orale per i maggiori di 45 anni (il 4% dei casi), articolata nell'analisi della mucosa orale (presente nella totalità dei casi) e nell'esecuzione di eventuali esami istologici (nel 5% dei casi), e la prevenzione di malattie sistemiche con trattamento dell'edentulia (l'1% dei casi), articolata in prevenzione dell'edentulia (nella totalità dei casi) e pacchetto di rigenerazione ossea (nel 3% dei casi).

Grafico 68 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: screening odontoiatria

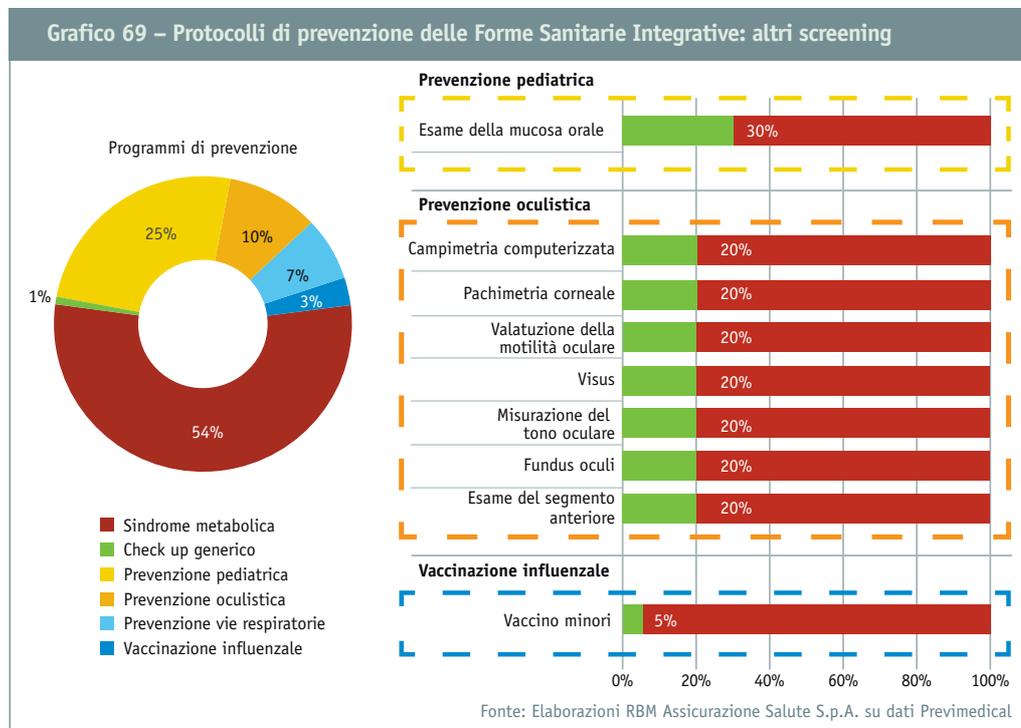


7.2 Altre tipologie di screening “specifici”

Come già anticipato, in affiancamento agli *screening* “di base” le Forme Sanitarie Integrative supportano una serie di *screening* “specifici”, talvolta direttamente collegati anche alla tipologia di attività lavorativa svolta dai propri assicurati. Si tratta, come mostra il **Grafico 69**, di una gamma piuttosto eterogenea di protocolli di prevenzione e/o promozione della salute che in alcuni casi va ad integrare organicamente anche i programmi “di base”. Si tratta, in particolare, dei seguenti *screening*:

- ◆ prevenzione della sindrome metabolica (nel 54% dei casi), organizzata sempre in visita anamnestica ed esami del sangue;
- ◆ prevenzione pediatrica (nel 25% dei casi), che comprende visita pediatrica (nel 30% dei casi) e vaccinazione minori (nel 5% dei casi);
- ◆ prevenzione oculistica nel (nel 10% dei casi), articolata in campimetria computerizzata (nel 20% dei casi), pachimetria corneale (nel 20% dei casi), valutazione della motilità oculare (nel 20% dei casi), misurazione tono oculare (nel 20% dei casi), variazione del *visus* (nel 20% dei casi), esame del segmento anteriore (nel 20% dei casi) e *fundus oculi* (nel 20% dei casi) ;
- ◆ prevenzione delle vie respiratorie (nel 7% dei casi);
- ◆ vaccinazione influenzale (nel 5% dei casi);
- ◆ *check up* generico (nell’1% dei casi).

117

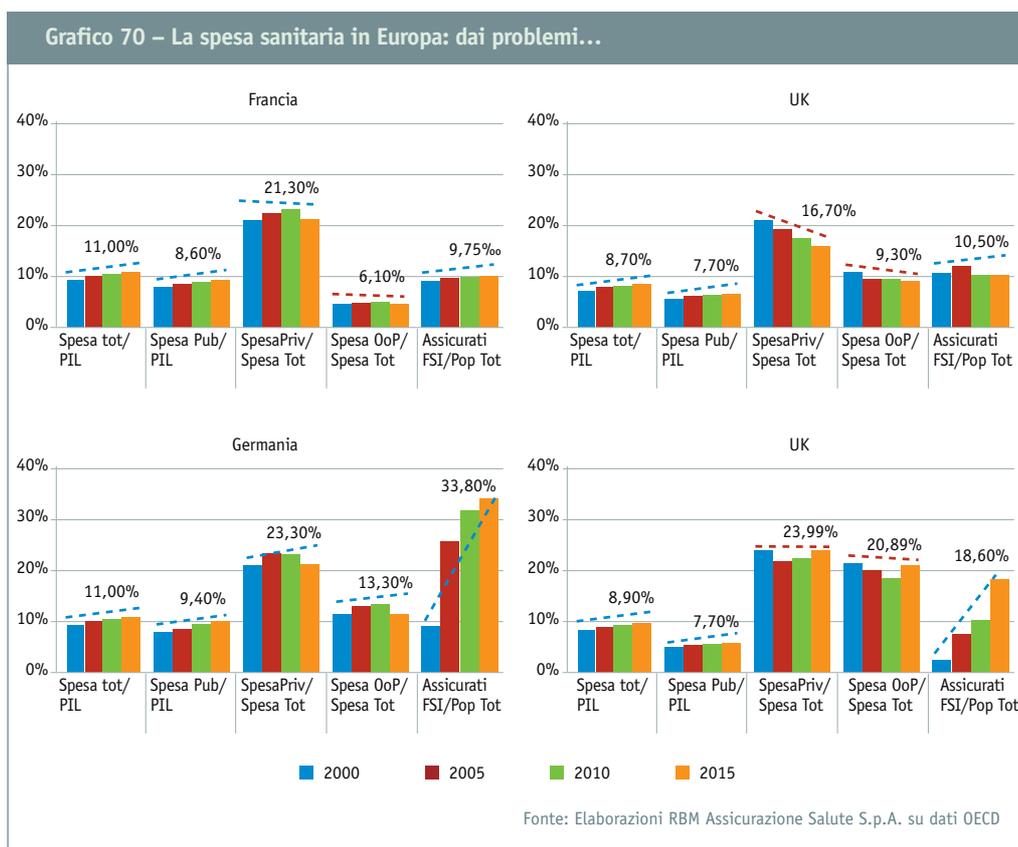


G) Il multipillar in Sanità: dai problemi alle soluzioni. Il percorso dei principali Paesi europei

1. L'evoluzione dei Sistemi Sanitari multipilastro in Europa

Come già accennato, nei principali Paesi OCSE già da tempo si è consolidato un *trend* evolutivo dei Sistemi Sanitari verso modelli *multipillar*. Una riorganizzazione in tal senso, del resto, è già realtà anche in molti Paesi Europei (quali Germania, Francia e Olanda) ed ha coinvolto anche Paesi con sistemi di *welfare*, come il nostro, tradizionalmente incentrati sul principio fondante dell'universalismo (si pensi, ad esempio, alla Gran Bretagna). Le scelte adottate in questi contesti possono, a nostro avviso, costituire spunti di discussione per cambiamenti da realizzare nel Sistema Sanitario Italiano. In questa prospettiva di particolare utilità appare un'analisi comparativa (Grafico 70) tra le dinamiche in atto nel nostro Paese e quelle registrate rispettivamente in Francia, Regno Unito e Germania.

118



1.1 Il percorso della Francia

Un primo caso è quello della Francia. L'interesse è rappresentato dalla presenza, in un sistema universalistico, di un'Assicurazione Malattia Complementare (*complémentaire de santé*) diffusa

alla quasi totalità della popolazione in uno scenario di integrazione “istituzionale” tra il sistema pubblico di copertura e quello privato.

Dal punto di vista della spesa, il Paese presenta un *trend* crescente negli ultimi 15 anni (dal 2000 al 2015) del rapporto tra spesa sanitaria totale e PIL (dal 9,5% del 2000 al 11% del 2015), trainato sostanzialmente dal sostegno alla spesa sanitaria pubblica. Nel medesimo periodo, infatti, a fronte di una crescita costante del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (dal 7,5% del 2000 al 8,6% del 2015) si registra una situazione sostanzialmente stabile sul fronte della spesa sanitaria privata (testimoniato da una crescita del rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa sanitaria totale dal 21,1% al 21,3%). In questo contesto il numero degli assicurati dal Secondo Pilastro Sanitario è cresciuto progressivamente passando dall’81% della popolazione (nel 2000) all’attuale 97,5%. Questo fenomeno ha garantito un importante contenimento della spesa sanitaria privata pagata di tasca propria (*Out of Pocket*) dai cittadini che, in termini di incidenza sulla spesa sanitaria pubblica, infatti fa osservare una riduzione dal 7% (del 2000) all’attuale 6,1%. Lo sviluppo del Secondo Pilastro Sanitario in Francia è frutto di un percorso di “istituzionalizzazione” delle Forme Sanitarie Private (private *health insurance*) che ha portato ad una riarticolazione complessiva del Sistema Sanitario francese su di una logica multipilastro.

Già prima del 2000 in Francia l’assicurazione complementare volontaria, che rimborsa i cittadini in relazione alle spese sanitarie non rimborsate dal sistema universalistico di base, aveva una diffusione piuttosto ampia presso la popolazione (poco meno dell’80%). In considerazione dell’importante funzione sociale svolta da questo strumento – anche perché in Francia, diversamente da quanto avviene in Italia, la stessa copertura di base prevede l’anticipo della spesa a carico dell’assicurato – lo Stato ha ritenuto di promuoverne ulteriormente la diffusione alle fasce di popolazione non ancora protette attraverso un sistema di assicurazioni sociali finanziato direttamente e rivolto, in particolare, ai cittadini meno abbienti. Per effetto di questo intervento, il livello di diffusione presso la popolazione dell’assicurazione sanitaria complementare è cresciuto al 93%. Da ultimo, nel 2016, la Francia ha deciso di ultimare questo percorso prevedendo l’obbligo per tutte le grandi aziende private di garantire al proprio personale l’Assicurazione Malattia Complementare arrivando a realizzare un tasso di copertura del 97,5% della popolazione. In questo contesto il Secondo Pilastro Sanitario ha assorbito di fatto i principi di universalismo ed uguaglianza che informano il sistema di base *standard* izzando le proprie coperture e beneficiando di una sostanziale eliminazione del fenomeno della selezione avversa.

La soluzione adottata in Francia, incentrata sulla diversificazione delle fonti di finanziamento del Sistema Sanitario, ha realizzato nei fatti una piena integrazione tra sistema sanitario pubblico e sistema sanitario privato che ha consentito nel contempo un significativo incremento della spesa sanitaria privata rimborsata (intermediata) dalle Forme Sanitarie private (Tabella 9).

1.2 Il percorso del Regno Unito

Differente il caso del Regno Unito. Nonostante un servizio pubblico di grande storia e tradizione (il *National Health System*), fortemente sorretto dall’opinione pubblica, il 42,8% delle spesa sanitaria privata è gestita (intermediata) da un’assicurazione sanitaria privata (*private health*

insurance) di tipo volontario. Lo sviluppo dell'assicurazione sanitaria nel Regno Unito è stato aiutato da una chiara definizione dei confini da parte del sistema pubblico. Il *National Health System (NHS)*, infatti, è caratterizzato da criteri di razionamento esplicito, rappresentati dalle soglie di costo-efficacia che un'Agenzia Pubblica Indipendente, il *NICE*, definisce per l'intero servizio sanitario nazionale in modo omogeneo per tutto il territorio britannico. In questo contesto, quindi, le Compagnie Assicuratrici e le altre Forme Sanitarie Private possono definire più agevolmente prodotti e piani sanitari che si adattano non solo a quanto il *NHS* lascia scoperto ma anche ai suoi punti deboli (ad esempio le liste di attesa). In questo caso, diversamente da quanto abbiamo visto per la Francia, possiamo dire che l'integrazione è guidata dal mercato nel senso che le soluzioni proposte tengono conto, talvolta con meccanismi espliciti, di ciò che il *NHS* effettivamente garantisce ai cittadini. Questo quadro ha consentito ai cittadini britannici di essere ben consapevoli della necessità di affiancare alla tutela pubblica un'assicurazione sanitaria privata finalizzata a coprire il *gap* di protezione rimasto direttamente a loro carico.

Dal punto di vista della spesa il Paese presenta un *trend* crescente negli ultimi 15 anni (dal 2000 al 2015) del rapporto tra spesa sanitaria totale e PIL (dal 6,3% del 2000 all'8,7% del 2015) e del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL (dal 5% del 2000 al 7,7% del 2015). Il rapporto tra spesa sanitaria privata e spesa totale mostra, invece, andamenti decrescenti (dal 20,4% del 2000 al 16,7% del 2015). Nel medesimo periodo, pur a fronte di una sostanziale stabilità della popolazione assicurata – circa l'11% dei cittadini totali – l'incidenza della spesa sanitaria privata *Out of Pocket* rispetto alla spesa sanitaria totale (dal 11% del 2000 al 9,3% del 2015) si è ridotta notevolmente grazie all'efficace gestione (intermediazione) garantita dalle Assicurazioni Sanitarie e dalle altre Forme Sanitarie Private (Grafico 70). La soluzione adottata dal Sistema Sanitario Britannico non è pertanto intervenuta, diversamente da quanto fatto in Francia, sul sistema di finanziamento della spesa sanitaria ma è ha operato invece direttamente sulle prestazioni sanitarie e sulla loro accessibilità, affidando la gestione e/o l'organizzazione di una parte di esse al settore privato (ci si riferisce, in particolare, all'assicurazione delle spese odontoiatriche ed alla gestione integrata delle liste di attesa tra pubblico e privato che rappresenta la base dell'assicurabilità dei tempi di accesso alle cure). Tali interventi hanno prodotto, da un lato, un aumento del ricorso alle Forme Sanitarie Integrative (e, di conseguenza, un aumento, seppur più contenuto rispetto a quello della Francia, della percentuale di spesa privata intermedia), dall'altro una maggiore competitività dei prodotti offerti pur a fronte di un meccanismo di adesione su base volontaria maggiormente esposto al rischio di selezione avversa (Tabella 9).

1.3 Il percorso della Germania

Infine il caso della Germania. Il Sistema Sanitario Tedesco, realizzato alla fine del XIX secolo, è storicamente considerato il primo Sistema Sanitario universale. Così come il sistema politico tedesco è caratterizzato dal federalismo (per il quale il potere politico appartiene sia ai *Länder* sia al Governo Federale) e corporativismo, anche le responsabilità

per la salute pubblica sono condivise tra il Governo Federale, i *Länder* e gli enti corporativi (organi rappresentativi di professionisti, industrie e assicurazioni). Il Sistema Sanitario Tedesco ha subito negli ultimi 15 anni una serie di trasformazioni necessarie a fronteggiare lo sviluppo demografico del Paese (la Germania è il Paese più longevo a livello europeo) ed il *trend* crescente della spesa sanitaria privata.

Il Sistema Sanitario Tedesco attualmente è prevalentemente finanziato attraverso contributi obbligatori per il sistema sanitario di base. In affiancamento al sistema sanitario di base opera un Secondo Pilastro attuato attraverso due circuiti paralleli uno, su base collettiva ed occupazionale, con funzione complementare rispetto al sistema di base e finanziato dai datori di lavoro e dai lavoratori e l'altro, su base semivolontaria (mediante il meccanismo dell'*Opting Out*), con funzione di assistenza primaria (ovvero alternativo al sistema sanitario di base) attivabile dai cittadini con redditi più elevati (reddito annuo lordo superiore ai 53.550), dai dipendenti pubblici e dai lavoratori autonomi. Il sistema di assicurazioni private è fortemente regolamentato con l'obiettivo, in particolare, di garantire la piena rispondenza dei prodotti alle finalità sociali affidate dalla legislazione federale e la sostenibilità economica dei premi per le famiglie. Il meccanismo prevede anche un sistema di disincentivi che penalizza i cittadini che, pur rientranti nella fascia di reddito prevista per l'opzione, decidano di non effettuare l'opzione di uscita, non favorendo la riduzione dei costi assistenziali del sistema sanitario di base e la riduzione delle liste di attesa per i cittadini meno abbienti.

Il Paese presenta un *trend* crescente negli ultimi 15 anni (dal 2000 al 2015) del rapporto tra spesa sanitaria totale e PIL (dal 9,8% del 2000 al 11,1% del 2015) e di quello tra spesa sanitaria pubblica e PIL (dal 7,8% del 2000 al 9,4% del 2015). Nel medesimo periodo, peraltro, si deve registrare anche un'importante incremento della spesa sanitaria privata, testimoniata dalla crescita del rapporto tra spesa sanitaria privata e totale (dal 21,4% del 2000 al 23,3% del 2015). Per far fronte a questa dinamica la Germania ha supportato in modo significativo lo sviluppo di un Secondo Pilastro Sanitario registrando un aumento della popolazione assicurata dal 9,1% del 2000 al 33,8% del 2015 (Grafico 70). Questa scelta ha consentito di contenere di quasi il 50% l'impatto sui redditi delle famiglie della crescita della spesa sanitaria privata come testimoniato dal rapporto tra spesa sanitaria privata *Out of Pocket* e spesa sanitaria totale che tra il 2000 ed il 2015 è passato (solamente) dal 12,2% al 13,3%. Come anticipato, la soluzione adottata dal Sistema Sanitario Tedesco diversamente da quanto fatto in Francia e nel Regno Unito, è intervenuta su alcune categorie di cittadini individuati su base reddituale e su una selezione di specifici stati patologici (in particolare la *Long Term Care*). Tali interventi hanno prodotto, da un lato, un aumento del ricorso alle Forme Sanitarie Private (e, di conseguenza, un aumento, significativo della percentuale di spesa privata intermediata), dall'altro una standardizzazione delle coperture ed un buon contenimento del rischio di selezione avversa, con effetti positivi in termini di contenimento dei costi anche all'interno di prodotti assicurativi destinati a garantire una copertura "a vita intera" (Tabella 9).

Tabella 9 – La spesa sanitaria in Europa: ... alle soluzioni

Paese	Ambito di intervento	Ambito di intervento	Strumenti attuativi	Integrazione Pubblicoprivato	Effetti
	<ul style="list-style-type: none"> Finanziamento 	<ul style="list-style-type: none"> Finanziamento del sistema mediante copayment generalizzato 	<ul style="list-style-type: none"> Co-payment proporzionale al costo per tutte le prestazioni (anche ospedaliere) Assicurazione complementare (AMC) istituzionalizzata Inassicurabilità dei ticket in cifra fissa 	<ul style="list-style-type: none"> Adesione: SI Cure: SI Costi: SI 	<ul style="list-style-type: none"> ricorso generalizzato a FSI standardizzazione delle coperture elevata quota di spesa privata intermediata assenza di selezione avversa
	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni Sanitarie Accessibilità 	<ul style="list-style-type: none"> Affidamento gestione di alcune prestazioni sanitarie specifiche al privato (odontoiatra) Assicurabilità estesa dei tempi di accesso alle cure 	<ul style="list-style-type: none"> Prestazioni individuate in modo chiaro e applicabili alla generalità dei cittadini Gestione integrata delle liste di attesa 	<ul style="list-style-type: none"> Dati: SI Cure: SI Costi: NO 	<ul style="list-style-type: none"> ricorso contenuto a FSI standardizzazione delle coperture e competitività sui prodotti offerti buona quota di spesa intermediata maggior rischio di selezione avversa
	<ul style="list-style-type: none"> Persone Stati Patologici 	<ul style="list-style-type: none"> Opting out per fasce specifiche della popolazione Stati patologici specifici (LTC) affidati al privato 	<ul style="list-style-type: none"> Selezione in base a parametri reddituali degli aventi diritto all'opzione Meccanismi di disincentivo fiscale per i NON optanti 	<ul style="list-style-type: none"> Dati: SI Cure: NO Costi: NO 	<ul style="list-style-type: none"> ricorso diffuso a FSI standardizzazione delle coperture e competitività sui servizi offerti negoziazione accentrata dei px delle prestazioni sanitarie istituzionalizzata a livello statale per calmierare i px buona quota di spesa intermediata buon contenimento della selezione avversa

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

2. Identikit dei principali Secondi Pilastri Sanitari in Europa

Il paragrafo che precede ha illustrato approfonditamente le scelte adottate a partire dagli anni 2000 da Francia, Regno Unito e Germania per far fronte alle sfide demografiche, tecnologiche ed assistenziali connesse alla sostenibilità dei rispettivi sistemi sanitari. Tali sistemi improntati tutti, è bene sottolinearlo, sul principio dell'universalismo dell'assistenza sanitaria hanno, sviluppato percorsi specifici volti a irrobustire la propria capacità di finanziamento, di fronte ai trend registrati nel campo della spesa sanitaria privata, ed a consolidare la propria capacità assistenziale, per poter abbracciare i nuovi bisogni della popolazione in un contesto sempre più caratterizzato dai fenomeni della cronicità e della longevità. Come documentato seppur con scelte piuttosto diverse sia in termini di policy sia rispetto alle soluzioni attuative, il tratto comune che caratterizza tutti e tre i percorsi evolutivi illustrati è l'intervento da parte dello Stato nel campo dell'assicurazione sanitaria privata al fine di definire un quadro regolatorio omogeneo all'interno del quale si possa

operare con strumenti di mercato per realizzare finalità sociali specifiche demandate al settore privato in base a condizioni predefinite. Proprio questo tratto comune rappresenta a nostro avviso l'elemento fondamentale per trasformare un mercato delle Forme Sanitarie Private, come quello attualmente presente nel nostro Paese, in un Secondo Pilastro Sanitario ovvero in una tutela sociale aggiuntiva in grado di migliorare la sostenibilità del Sistema Sanitario complessivo del Paese attraverso il recupero della governance sulla spesa sanitaria privata che oggi, totalmente affidata alla sola capacità reddituale delle famiglie, rischia di essere un potente *driver* di disuguaglianza sociale.

In questa prospettiva, prima di passare ad illustrare nel successivo capitolo H) le prospettive di sviluppo di un Secondo Pilastro Sanitario anche in Italia, si ritiene utile riepilogare di seguito i tratti distintivi dei Secondi Pilastri Sanitari dei Paesi appena analizzati.

2.1 Il Secondo Pilastro Sanitario Francese

Il Secondo Pilastro Sanitario in Francia assicura il 97,5% della popolazione e rimborsa (intermedia) circa il 68% della spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini (*Out of Pocket*).

Le Forme Sanitarie Private (*private health insurance*) in Francia si affiancano ad un Sistema Sanitario Pubblico universale di tipo *Bismark* che fornisce ai cittadini una copertura di base obbligatoria e finanziata attraverso la fiscalità generale, una contribuzione specifica in capo ai datori di lavoro ed ai lavoratori e da una quota di compartecipazione che rimane a carico dei pazienti. Il Secondo Pilastro Sanitario si basa su di un'adesione semiobbligatoria ed è finanziato attraverso premi assicurativi collettivi versati anch'essi da datori di lavoro e lavoratori. Le grandi imprese (che in Francia, diversamente che in Italia, rappresenta la quota preponderante del tessuto produttivo) hanno l'obbligo di garantire al proprio personale la copertura assicurativa da parte delle Forme Sanitarie Private (*private health insurance*). I cittadini che non sono tutelati dal sistema su base aziendale, provvedono direttamente mediante la sottoscrizione individuale di un'assicurazione sanitaria. Lo Stato si fa carico del finanziamento diretto, attraverso un sistema di assicurazioni sociali, del finanziamento del Secondo Pilastro Sanitario a favore dei cittadini meno abbienti che corrispondono a circa il 12% circa della popolazione.

Il Secondo Pilastro Sanitario in Francia svolge una funzione complementare dal momento che la sua mission istituzionale è quella di rimborsare (intermediare) la quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (con l'eccezione degli ammontari riferibili ai *ticket modérateur*) rimasta a carico di ciascun cittadino (Tabella 10).

2.2 Il Secondo Pilastro Sanitario Britannico

Il Secondo Pilastro Sanitario nel Regno Unito assicura l'11% della popolazione e rimborsa (intermedia) il 42,8% della spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini (*Out of Pocket*).

Le Forme Sanitarie Private (*private health insurance*) nel Regno Unito si affiancano ad un Sistema Sanitario Pubblico universale di tipo *Beveridge*, il *National Health System (NHS)*, che fornisce ai cittadini una copertura di base obbligatoria e finanziata attraverso la fiscalità generale e da una quota di compartecipazione che rimane a carico dei pazienti. Il Secondo Pilastro Sanitario si basa su di un'adesione volontaria ed è finanziato attraverso premi assicurativi individuali versati da ciascun cittadino.

Il Secondo Pilastro Sanitario nel Regno Unito svolge una funzione sostitutiva/duplicativa dal momento che la sua mission di mercato è quella di rimborsare (intermediare) la spesa sanitaria privata dei cittadini per le prestazioni non garantite dal *NHS* (quali ad es. le prestazioni odontoiatriche), assicurare migliori *standard* di servizio (ad es. mediante l'assicurazione dei costi alberghieri di *upgrade* qualitativo in caso di ricovero ospedaliero a carico del *NHS*) e garantire tempi adeguati di accesso alle cure (mediante l'assicurazione delle liste di attesa del *NHS*) (Tabella 10).

2.3 Il Secondo Pilastro Sanitario Tedesco

Il Secondo Pilastro Sanitario in Germania assicura il 33,8% della popolazione e rimborsa (intermedia) circa il 43% della spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini (*Out of Pocket*).

Le Forme Sanitarie Private (*private health insurance*) in Germania si affiancano ad un Sistema Sanitario Pubblico universale di tipo *Bismark* che fornisce ai cittadini una copertura di base obbligatoria e finanziata attraverso la fiscalità generale e da una contribuzione specifica in capo ai datori di lavoro ed ai lavoratori. Il Secondo Pilastro Sanitario si basa su di un'adesione semivolontaria ed è attuato attraverso due circuiti paralleli uno, su base collettiva ed occupazionale, con funzione complementare rispetto al sistema di base e finanziato dai datori di lavoro e dai lavoratori e l'altro, su base semivolontaria (mediante il meccanismo dell'*Opting Out*), con funzione di assistenza primaria (ovvero alternativo al sistema sanitario di base) attivabile dai cittadini con redditi più elevati (reddito annuo lordo superiore ai 53.550), dai dipendenti pubblici e dai lavoratori autonomi (Tabella 10).

2.4 Italia: A.A.A. Secondo Pilastro Sanitario cercasi...

Come già argomentato in precedenza, in Italia non esiste attualmente un vero e proprio Secondo Pilastro Sanitario. Sono tuttavia da tempo presenti un ampio numero di Forme Sanitarie Private organizzate prevalentemente dall'autonomia negoziale e dal mercato all'interno di un quadro normativo risalente ed appena tratteggiato.

Tali Forme Sanitarie Private, attualmente, assicurano il 19% della popolazione e rimborsano (intermedia) il 14% della spesa sanitaria sostenuta di tasca propria dai cittadini (*Out of Pocket*).

Come noto, le Forme Sanitarie Private in Italia si aggiungono ad un Sistema

Sanitario Pubblico universale di tipo *Beveridge*, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che fornisce ai cittadini una copertura di base obbligatoria e finanziata attraverso la fiscalità generale e da una quota di compartecipazione che rimane a carico dei pazienti. Nel nostro Paese sono operative Forme Sanitarie Private di tipo collettivo, finanziate dai contributi/premi dei datori di lavoro e dei lavoratori nonché dagli aderenti su base volontaria che abbiano titolo a rientrare nella categoria omogenea di soggetti tutelati dalla singola Forma Sanitaria, e Forme Sanitarie di tipo individuale, finanziate attraverso contributi/premi individuali. Il Secondo Pilastro Sanitario si basa su di un'adesione volontaria anche se, diversi Contratti Collettivi Nazionali e Regolamenti di Enti Previdenziali dei Liberi Professionisti dispongono l'adesione su base obbligatoria di tali lavoratori alla Forma Sanitaria Integrativa di riferimento. Poco meno del 70% dei contributi/premi delle Forme Sanitarie Integrative è gestito da Compagnie Assicuratrici (oltre il 50% attraverso Polizze Sanitarie Collettive rivolte alle Aziende ed ai Fondi Sanitari e circa il 18% attraverso Polizze Sanitarie Individuali), il 30% circa attraverso Enti operanti in regime di autoassicurazione (un 28% da Fondi Sanitari auto-assicurati, prevalentemente di risalente istituzione e rivolti alla categoria dei Dirigenti di Aziende Private, il 3% da Società di Mutuo Soccorso).

L'Italia a differenza di Francia, Regno Unito e Germania si caratterizza, innanzi tutto per l'assenza di un progetto organico relativo ad un Secondo Pilastro strutturato in Sanità. Stante la piena delega all'autonomia negoziale ed al mercato prevista dal labile quadro normativo in essere, le Forme Sanitarie Private nel nostro Paese assolvono attualmente a tre funzioni diverse e non necessariamente alternative tra di loro con un range di copertura che va dalla mera "integrazione" alla sostituzione (duplicazione), passando per la complementarità al Servizio Sanitario Nazionale. Ne risulta, pertanto, un quadro assistenziale estremamente frammentario e, troppo spesso sovrapposto, nel quale l'11% dei cittadini italiani risulta beneficiario di forme sanitarie complementari, il 3,9% di forme sanitarie integrative (in teoria quelle promosse e più incentivate dalla legislazione vigente) e il 2,8% da forme sanitarie sostitutive (duplicative) del Servizio Sanitario Nazionale.

Ricomponendo i dati appena presentati, tutto considerato, il nostro Paese farebbe quindi registrare anche un discreto livello di diffusione della Sanità Integrativa – che si attesta complessivamente, come già anticipato, al 19% della popolazione complessiva – che tuttavia non è in grado di garantire una capacità di rimborso (intermediazione) effettiva della spesa sanitaria privata (anche in questo caso, come già illustrato, si tratta del 14% della spesa sanitaria privata). Le cause di questa potenzialità mancata sono da ricercare proprio nell'assenza di un disegno organico relativo ad un Secondo Pilastro in Sanità ed alla mancanza di qualsiasi collegamento tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Forme Sanitarie Private attualmente operanti nel nostro Paese (Tabella 10). È per identificare una risposta efficace a queste problematiche che abbiamo condotto l'analisi illustrata nel seguente capitolo H).

Tabella 10 – Identikit dei secondi pilastri in Europa

	Francia	Pilastro Pubblico	Secondo Pilastro
	Funzione	Copertura di base	Complementare
	Affiliazione	Obbligatorio	Obbligatorio
	Pop. Coperta	100%	97,5% di cui 12% finanziato dal pubblico
	Spesa Privata Rimborsata ("Intermediata")	-	68%
Finanziamento	Fiscalità generale + contributi + compartecipazione		Premi assicurativi collettivi
	Regno Unito	Pilastro Pubblico	Secondo Pilastro
	Funzione	Copertura di base	Sostitutiva
	Affiliazione	Obbligatoria	Volontaria
	Pop. Coperta	100%	10,6%
Spesa Privata Rimborsata ("Intermediata")	-	42,8%	
Finanziamento	Fiscalità generale+ Compartecipazione		Premi assicurativi individuali
	Germania	Pilastro Pubblico	Secondo Pilastro
	Funzione	Copertura di base	Complementare, Sostitutiva (<i>Opting out</i>)
	Affiliazione	Obbligatoria	Semi-volontaria
	Pop. Coperta	100%	Complementare (22,9%), Sostitutiva (10,9%) (Totale: 33,8%)
Spesa Privata Rimborsata ("Intermediata")	Fiscalità generale + contributi	43%	
Finanziamento		Complementare: Premi assicurativi collettivi Sostitutiva: Premi assicurativi individuali	
	Italia	Pilastro Pubblico	Secondo Pilastro
	Funzione	Copertura di base	Complementare, Integrativa, Sostitutiva (duplicativa)
	Affiliazione	Obbligatoria	Volontaria
	Pop. Coperta	100%	19%
Spesa Privata Rimborsata ("Intermediata")	-	13%	
Finanziamento	Fiscalità generale+ Compartecipazione		Premi assicurativi collettivi (79%) ed Individuali (21%)

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

H) La Sanità Integrativa che vogliamo

1. Sanità Integrativa: le policy possibili

È importante capire che tipo di missione vogliamo assegnare alla Sanità Integrativa: sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale o riduzione dell'incidenza della spesa sanitaria privata sui redditi familiari.

Per raggiungere la sostenibilità del S.S.N., le Forme Sanitarie Integrative possono favorire un rientro nel sistema pubblico di una parte significativa della spesa sanitaria privata, rimborsando prioritariamente le prestazioni erogate in regime di *intramoenia* ed i

ticket, garantendo alle strutture pubbliche un rafforzamento del rapporto fiduciario con le proprie *équipe* mediche (mediante l'indennità sostitutiva da ricovero) e garantendo, con riferimento alle prestazioni di natura extraospedaliera, un riequilibrio delle sperequazioni causate da ultimo dall'introduzione dei c.d. "*super ticket*" che, avendo innalzato, in modo talvolta significativo, il costo delle prestazioni extraospedaliere, hanno prodotto uno *shifting* della spesa dal S.S.N. verso le strutture private.

Le Forme Sanitarie Integrative possono, inoltre, finanziare aree di prestazioni economicamente non più sostenibili dal S.S.N. garantendo comunque la loro erogazione mediante delle strutture pubbliche/convenzionate con il pubblico. Le Regioni potrebbero trasferire ad un soggetto terzo (Fondi Sanitari/Compagnia di Assicurazione), in tutto o in parte, l'onere economico connesso all'erogazione delle prestazioni sanitarie di una determinata area di trattamenti (ad esempio le analisi di laboratorio e/o l'alta diagnostica) garantendo comunque al cittadino il rispetto dei LEA predefiniti su base territoriale e a fronte di un *budget* di spesa predeterminato (il premio assicurativo).

Con riferimento invece alla seconda possibile funzione della Sanità Integrativa, le Forme Sanitarie Integrative possono integrare le prestazioni erogate dal S.S.N., garantendo un contributo ai cittadini per le prestazioni erogate dal pubblico e destinando almeno il 20% delle proprie risorse a copertura delle spese sostenute in proprio dai cittadini, così da assicurare l'erogazione delle prestazioni odontoiatriche, delle prestazioni socio-sanitarie e delle prestazioni socio-assistenziali, agendo, al contempo, in un'ottica sostitutiva (duplicativa) del S.S.N. (rimborso *ticket*, indennità sostitutiva da ricovero), anche negli ambiti previsti dai LEA nelle aree di attività nelle quali la programmazione regionale ed il monitoraggio delle liste di attesa evidenziano delle criticità in termini di effettività e fruibilità della prestazione.

Le Forme Sanitarie Integrative possono, quindi, operare con un approccio complementare finalizzato all'assorbimento della spesa *Out of Pocket* dei cittadini per servizi, così da garantire l'erogazione delle visite specialistiche, delle prestazioni odontoiatriche, delle prestazioni diagnostiche e delle prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali, concentrando il loro intervento sulla sola spesa privata dei cittadini. Infine, nelle Regioni della macro area Sud e Isole, peraltro, questa funzione potrebbe essere svolta concentrando l'operatività di base del fondo anche sull'area dei ricoveri privati intervenendo positivamente anche su flussi migratori verso altre Regioni.

1.1 Forme Sanitarie Integrative e sostenibilità del S.S.N.

Nel campo della sostenibilità le Forme Sanitarie Integrative potrebbero in primo luogo favorire un rientro nel sistema pubblico di una parte significativa della spesa sanitaria privata, orientando la propria attività di intermediazione nei confronti delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e recuperando flussi di finanziamento che attualmente la libera scelta dei cittadini indirizza verso le strutture sanitarie private. Si tratterebbe di favorire il rimborso dei *ticket* e delle prestazioni sanitarie erogate in regime di *intramoenia*, garantendo nel contempo

un rafforzamento del rapporto fiduciario tra le strutture pubbliche e le proprie *équipe* mediche. Tale approccio, peraltro, consentirebbe, con riferimento alle prestazioni di natura extraospedaliera, di arginare le sperequazioni causate dall'introduzione dei c.d. "*super ticket*" che, avendo innalzato in modo talvolta significativo il costo delle prestazioni extraospedaliere, hanno prodotto all'interno delle strutture sanitarie private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale un fenomeno di concorrenza impropria tra il costo *ticket* per il cittadino e la tariffa privata "scontata" (c.d. di "privato sociale") applicata sempre più spesso da tali strutture, anche per evitare il rischio di sforamento dei *budget* di produzione massimi annualmente imposti dalla Regioni sempre nel campo delle sostenibilità, inoltre, le Forme Sanitarie Integrative potrebbero assicurare gruppi omogenei di prestazioni sanitarie economicamente non più sostenibili (ad esempio le analisi di laboratorio e/o l'alta diagnostica) dal Servizio Sanitario Nazionale garantendo comunque mediante un'apposita convenzione la loro erogazione attraverso la propria rete di strutture sanitarie (pubbliche e private) convenzionate. In quest'ottica le Regioni potrebbero trasferire ad un soggetto terzo (Compagnie di Assicurazione/Fondi Sanitari), in tutto o in parte, gli oneri economici connessi all'erogazione di tali prestazioni sanitarie, garantendo comunque al cittadino il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e a fronte di un *budget* di spesa predeterminato (il premio assicurativo).

1.2 Forme Sanitarie Integrative e gestione (intermediazione della spesa sanitaria privata)

Nel campo della gestione (intermediazione) della spesa sanitaria privata alle Forme Sanitarie Integrative potrebbe essere assegnata una funzione "pienamente" integrativa del Servizio Sanitario Nazionale prevedendo il rimborso in favore dei cittadini delle spese sostenute per l'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (rimborso dei *ticket* erogazione di indennità sostitutiva in caso di ricovero presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale e rimborso della quota di maggior *comfort* alberghiero) e delle spese sostenute in proprio dai cittadini per i protocolli di diagnosi precoce ed i percorsi di prevenzione, per le vaccinazioni non dispensate dal Servizio Sanitario Nazionale, le cure odontoiatriche, le prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Alternativamente o in associazione alla funzione integrativa, il perimetro di operatività delle Forme Sanitarie Private potrebbe essere riposizionato in un'ottica di complementarità al Servizio Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di garantire il più elevato assorbimento della spesa sanitaria di tasca propria (*Out of Pocket*) dei cittadini. L'operatività di tali Forme andrebbe quindi estesa a tutte le componenti della spesa sanitaria privata in servizi e, ove economicamente possibile, ad una quota della spesa in beni riconducibile alla protesica. Al riguardo si potrebbe pensare di estendere il novero delle attuali prestazioni vincolate (cure odontoiatriche, prestazioni socio-sanitarie e prestazioni socio-assistenziali) alle visite specialistiche, all'alta diagnostica, alle analisi di laboratorio, alle protesi ferma restando comunque anche l'inclusione dei protocolli di

diagnosi precoce, dei percorsi di prevenzione e delle vaccinazioni non dispensate dal Servizio Sanitario Nazionale.

1.3 Forme Sanitarie Integrative e perequazione della capacità assistenziale territoriale

Da ultimo le Forme Sanitarie Integrative possono svolgere nei confronti dei cittadini un'importante funzione di perequazione della capacità assistenziale dei diversi Sistemi Sanitari Regionali restituendo dignità al territorio e liberando nuove risorse anche a favore di quelle Regioni che attualmente non sono in grado di garantire cure in linea con i Livelli Essenziali di Assistenza (attualmente 7 delle 16 Regioni a Statuto Ordinario) o, comunque, con i nuovi bisogni di cura dei cittadini.

Al fine di garantire lo svolgimento di tale funzione le Forme Sanitarie Private dovrebbero essere ammesse a svolgere la propria attività anche negli ambiti previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza, cosa che è bene sottolinearlo oggi già avviene nell'ambito della normativa vigente (non a caso il 40,5% della spesa sanitaria intermediata dalle Forme Sanitarie Integrative risulta di natura sostitutiva/duplicativa), in tutti quei casi in cui la programmazione regionale a monte e/o il monitoraggio delle liste di attesa evidenziano delle criticità in termini di effettività ed accessibilità alle prestazioni.

Si tratterebbe di fatto di implementare un approccio di natura sostitutiva (duplicativa) del Servizio Sanitario Nazionale analogo a quello applicato nel Regno Unito dalle assicurazioni sanitarie per le liste di attesa e la scelta del percorso di cura basato su razionamenti e *gap* assistenziali esplicitati, tempo per tempo, da ciascun Sistema Sanitario Regionale. Questa impostazione nelle Regioni della macro area Sud e Isole, peraltro, potrebbe fornire un'efficace risposta anche al problema dei flussi migratori verso le Regioni del Nord e del Centro che, come abbiamo visto, non solo penalizzano fortemente i cittadini ma drenano risorse proprio a danno di quei Sistemi Sanitari Regionali che, invece, avrebbero maggiore necessità di investire per implementare la qualità ed il livello delle cure garantite ai propri cittadini.

2. Le proposte del VII Rapporto RBM – Censis per una Sanità più sostenibile e più inclusiva

Per risolvere strutturalmente il problema della sostenibilità del S.S.N. (da 20 a 30 miliardi di Euro aggiuntivi nel prossimo decennio), delle cure rinunciate (che nel 2016 ha riguardato 12,2 milioni di italiani), delle liste di attesa (nel 2016 oltre 55 giorni di attesa in media per accedere alle cure del S.S.N., con punte fino ad oltre 200 giorni nel Centro e nel Sud Italia) e dei costi della sanità privata (quasi 2.000 Euro in media pagati di tasca propria (da ciascun nucleo familiare) sono state presentati, durante il Welfare Day 2017, due Progetti di Studio alle Istituzioni:

- ◆ l'attivazione di un Secondo Pilastro Sanitario Complementare (modello francese) e/o
- ◆ l'esternalizzazione di alcune assistenze "*Opting In*" (sulla base di meccanismi analoghi a quelli sui quali opera il modello tedesco di *Opting Out*)

2.1. Un Secondo Pilastro Complementare, anche in Sanità (il modello francese)

Il Secondo Pilastro Sanitario non è un modello nel quale i cittadini ricevono le cure privatamente, ma invece un sistema di finanziamento aggiuntivo al Servizio Sanitario Nazionale attraverso il quale “intermediare” la spesa sanitaria (*ticket* del Servizio Sanitario Nazionale inclusi) rimasta a loro carico.

Non si tratta, pertanto, di una soluzione antagonista del nostro sistema pubblico, ma, al contrario, di una fonte di alimentazione aggiuntiva per il sistema sanitario che attraverso l'organizzazione ed il governo della spesa sanitaria privata è in grado di favorire la sostenibilità futura dello stesso Servizio Sanitario Nazionale utilizzando strumenti messi a disposizione dal mercato assicurativo e finanziario. Del resto un'evoluzione *multipillar* del sistema sanitario è già realtà in molti Paesi Europei (si pensi alla Gran Bretagna, alla Francia e all'Olanda) e ha coinvolto, in ambito OCSE, anche Paesi con sistemi di welfare, come il nostro, ovvero tradizionalmente incentrati sul principio fondante dell'universalismo (quali la Gran Bretagna, il Canada e l'Australia).

I Fondi Sanitari, le Compagnie Assicuratrici e le Società di Mutuo Soccorso possono quindi garantire un supporto fondamentale al Servizio Sanitario Nazionale in termini di sostenibilità ed efficienza garantendo al contempo il recupero di importanti “quote di universalismo” perse dal sistema sanitario nel suo complesso per via della diversa capacità assistenziale di ciascuna Regione e del razionamento implicito derivante dalle politiche di riequilibrio della spesa pubblica in sanità degli ultimi anni. In quest'ottica, occorre lavorare alla costruzione di un Secondo Pilastro Sanitario “aperto”, ovvero non più riservato ai lavoratori dipendenti, che garantisca una protezione aggiuntiva a tutti i cittadini senza distinzioni di attività lavorativa, reddito/condizione sociale, età (lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi, liberi professionisti, P.IVA, pensionati, studenti, casalinghe etc.) e che si estenda all'intero nucleo familiare.

L'ambito di operatività del Secondo Pilastro Sanitario in prospettiva dovrebbe essere riposizionato rispetto all'attuale campo di azione delle Forme Sanitarie Integrative (odontoiatria, socio-sanitario e socio-assistenziale) per andare ad abbracciare l'intero campo della spesa sanitaria privata quindi pagata direttamente di tasca propria dai cittadini per la quota servizi (con particolare attenzione a odontoiatria, prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali) e finanziare Protocolli di Prevenzione contro le Malattie Croniche Non Trasmissibili”. In questo modo l'incidenza percentuale della spesa sanitaria privata sui redditi delle famiglie – attualmente la più alta (87%) in assoluto tra i Paesi OCSE – potrebbe essere notevolmente contenuta attraverso una più efficace azione di intermediazione da parte del Secondo Pilastro Sanitario.

Per raggiungere questi obiettivi servono regole omogenee per tutte le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) che prevedano l'obbligo per far parte del sistema di garantire: l'assenza di

selezione del rischio in ingresso, il divieto di recesso unilaterale da parte della Forma Sanitaria Integrativa per sopraggiunta onerosità della copertura, l'estensione dei Piani Sanitari Integrativi al nucleo familiare, la prosecuzione della copertura sanitaria anche dopo il pensionamento e un'adeguata solvibilità finanziaria in linea con la recente normativa *Solvency II* applicata in tutti i Paesi UE.

I contributi versati a tutte le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) in possesso dei suddetti requisiti devono essere deducibili, senza ulteriori distinzioni, per tutti i cittadini.

Essenziale in questo contesto la costituzione di un'Autorità di Vigilanza Unica in grado di garantire l'applicazione delle regole per le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso).

Inoltre andrebbe rimossa l'imposta sui premi (pari attualmente al 2,5%) versati dai Fondi Sanitari, dalle Società di Mutuo Soccorso o dai cittadini nel momento in cui decidano di attivare una copertura assicurativa a protezione dei propri Piani Sanitari. Tale prelievo, peraltro di entità contenuta, genera un profondo disincentivo nei confronti dei cittadini e dà luogo ad un'inspiegabile diversificazione di regime fiscale tra le diverse Forme Sanitarie Integrative. Non bisogna dimenticare, infatti, che la copertura assicurativa dei Piani Sanitari promossi dai Fondi Sanitari e dalle Società di Mutuo Soccorso rappresenta un'importante garanzia in materia di solvibilità in favore degli assistiti.

I vantaggi derivanti dalla messa in atto della proposta fin qui illustrata sono essenzialmente i seguenti:

- ◆ recuperare *governance* da parte del SSN sulla spesa sanitaria privata dei cittadini attualmente gestita in completa autonomia con rischi di inappropriatelyzza, consumismo sanitario e, comunque, mancata rispondenza (*compliance*) ad un percorso sanitario specifico
- ◆ garantire un risparmio per i cittadini attraverso "l'intermediazione" da parte del Secondo Pilastro Sanitario di almeno il 50% della spesa sanitaria privata che attualmente grava sui redditi delle famiglie (prevalentemente a valere sulla quota "servizi")
- ◆ contenere i costi della sanità privata attraverso la negoziazione accentrata delle tariffe con le strutture sanitarie private da parte delle Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso)
- ◆ ridurre il fenomeno della rinuncia alle cure per motivi economici ed ottimizzazione delle Liste di Attesa con conseguente incremento dell'accessibilità alle cure a favore dei cittadini
- ◆ migliorare la salute dei cittadini attraverso Protocolli di Prevenzione contro le Malattie Croniche Non Trasmissibili a favore della popolazione assistita finanziata continuativamente dal Secondo Pilastro Sanitario, con un risparmio potenziale per l'intero sistema di oltre 8 miliardi di Euro nei prossimi 20 anni
- ◆ contrastare l'elusione fiscale in sanità (oltre 9 miliardi di Euro tra specialistica e badanti) in quanto per ottenere il rimborso da una Forma Sanitaria Integrativa (Fondo Sanitario, Compagnia di Assicurazione, Cassa di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) è necessario presentare la fattura della spesa sostenuta

- ◆ incrementare l'occupazione attraverso il finanziamento delle spese socio sanitarie e socio assistenziali da parte delle Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso), in quanto la necessità di regolarizzare i rapporti di lavoro per ottenere il rimborso delle prestazioni consente di realizzare tra i 500mila e gli 800mila nuovi posti di lavoro.

Il primo scenario che abbiamo analizzato è quello di un Secondo Pilastro Sanitario Aperto, in cui si ipotizza di applicare le Forme di Sanità Integrativa a tutta la popolazione italiana, senza distinzioni di attività lavorativa, reddito e condizione sociale (lavoratori dipendenti, autonomi, liberi professionisti, p. iva, studenti, casalinghe, etc.), attraverso un'adesione semivolontaria che preveda la copertura di tutte le voci della spesa sanitaria privata (con particolare attenzione a odontoiatria, prestazioni socio sanitarie e socio assistenziali e prevenzione (Tabella 11)). È necessario, inoltre, prevedere regole omogenee per tutte le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari, Casse di Assistenza, Compagnie di Assicurazione e Società di Mutuo Soccorso), nello specifico prevedendo la necessità della mancanza di selezione del rischio, della possibilità di estendere le coperture al proprio nucleo familiare, della copertura dei cittadini anche a seguito di pensionamento, mantenendo comunque un margine di solvibilità adeguato. I contributi versati ai soggetti che rispettino quanto sopra potranno dunque ritenersi deducibili. Infine, è evidente la necessità di istituire un'Autorità di Vigilanza unica, in grado di garantire l'applicazione ed il rispetto delle regole da parte delle Forme Sanitarie Integrative.

132

Questa ricetta può garantire sostenibilità aggiuntiva al Servizio Sanitario Nazionale (recupero della *governance* da parte del S.S.N. della spesa sanitaria privata dei cittadini), può consentire ai cittadini di risparmiare almeno il 50% della spesa sanitaria privata che attualmente grava sui redditi delle famiglie nonché un contenimento dei costi della sanità privata attraverso la negoziazione accentrata delle tariffe con le strutture da parte delle Forme Sanitarie Integrative.

Non si tratta di una tassa aggiuntiva, ma di uno sconto del 50% su quello che già pagano oggi e, probabilmente, con livelli di servizio migliori. Un vero e proprio recupero dell'universalismo: da un lato la riduzione della rinuncia alle cure per motivi economici, dall'altro un'ottimizzazione delle liste di attesa con incremento contestuale dell'accessibilità alle cure. Le Forme Sanitarie Integrative sono in grado di garantire un flusso continuativo e costante di alimentazione di Protocolli di Prevenzione a favore della propria popolazione di assistiti; l'attuazione di questi protocolli, incentivata dalle Forme Sanitarie Integrative, anche per motivazioni legate al contenimento del rischio, assicura un efficace contrasto contro le malattie croniche non trasmissibili e potrebbe evitare il pagamento delle cure di tasca propria da parte di 36 milioni di italiani attraverso un'intermediazione collettiva della spesa sanitaria privata. Questa impostazione potrebbe garantire al sistema sanitario 22 miliardi di Euro annui aggiuntivi ed un contenimento della spesa sanitaria privata compreso tra 8,7 miliardi di Euro e 4,3 miliardi di Euro annui.

Tabella 11 – Una possibile riforma del S.S.N. - Ipotesi 1: un Secondo Pilastro Sanitario Aperto a tutti i cittadini (modello francese)

HP1 (con beneficio fiscale)	Importo
A) ASSUMPTIONS	
Cittadini italiani (dati ISTAT 2016)	
> Totali	60.656.000,00
- Cittadini che sostengono spese sanitarie private	37.000.160,00
Spesa sanitaria privata	35.182.000.000,00
> di cui spesa sanitaria privata per servizi	16.535.540.000,00
> di cui spesa sanitaria privata per beni	18.646.460.000,00
B) INPUT	
> spesa sanitaria privata intermediabile	21.627.343.700,00
> spesa sanitaria privata NON intermediabile	13.554.656.300,00
> % assicurati su popolazione totale	97,50%
> costi attuali per detrazione	2.205.911.400,00
> costi futuri per detrazione	849.876.950,01
> costi futuri per deduzione	4.557.460.157,11
> maggiori entrate per imposta sui premi	411.694.684,47
> maggiori costi per beneficio fiscale	2.789.731.022,65
C) OUTPUT	
> Finanziamenti aggiuntivi per il Sistema Sanitario	21.627.343.700,00
> Saldo per la Finanza Pubblica	- 2.789.731.022,65
> Riduzione netta spesa sanitaria privata	8.729.688.174,65
> Riduzione pro capite spesa sanitaria privata cittadini	143,92
> % Riduzione spesa sanitaria privata cittadini	24,81%
HP2 (senza beneficio fiscale)	
Importo	
A) ASSUMPTIONS	
Cittadini italiani (dati ISTAT 2016)	
> Totali	60.656.000,00
- Cittadini che sostengono spese sanitarie private	37.000.160,00
Spesa sanitaria privata	35.182.000.000,00
> di cui spesa sanitaria privata per servizi	16.535.540.000,00
> di cui spesa sanitaria privata per beni	18.646.460.000,00
B) INPUT	
> spesa sanitaria privata intermediabile	21.625.495.700,00
> spesa sanitaria privata NON intermediabile	13.556.504.300,00
> % assicurati su popolazione totale	97,50%
> costi attuali per detrazione	2.205.911.400,00
> costi futuri per detrazione	849.992.819,61
> costi futuri per deduzione	-
> maggiori entrate per imposta sui premi	411.643.864,47
> maggiori costi per beneficio fiscale	-
C) OUTPUT	
> Finanziamenti aggiuntivi per il Sistema Sanitario	21.625.495.700,00
> Saldo per la Finanza Pubblica	1.355.918.580,39
> Riduzione netta spesa sanitaria privata	4.315.343.450
> Riduzione pro capite spesa sanitaria privata cittadini	71,14
> % Riduzione spesa sanitaria privata cittadini	12,27%

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Da non sottovalutare, infine, i temi del maggior gettito fiscale e della nuova occupazione: la necessità di presentare le fatture alle Forme Sanitarie Integrative per ottenerne il rimborso garantirebbe un forte contrasto all'evasione in sanità (almeno 2 miliardi di Euro tra specialistica e badanti) e la necessità di regolarizzare i rapporti di

lavoro per ottenere il rimborso dalle Forme Sanitarie Integrative consentirebbe di realizzare tra i 500.000 e gli 800.000 posti di lavoro in più per garantire l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali.

Questa ricetta potrebbe mettere a disposizione del nostro Sistema Sanitario più di 20 miliardi di Euro di risorse aggiuntive, colmando da sola il *gap* che dovremo affrontare di qui al 2025, restituendo più equità e più inclusione a tutti i cittadini italiani, che sarebbero coperti dalle Forme di Sanità Integrativa attraverso una forma di assicurazione sociale, ovvero calmierata a tariffe predefinite con obbligo di sottoscrizione e con l'impegno a "non lasciare indietro nessuno". Questa soluzione potrebbe portare una riduzione netta della spesa sanitaria privata di 10 miliardi di Euro direttamente nelle tasche dei propri cittadini; richiederebbe, nello scenario con beneficio fiscale, ovvero estensione della deducibilità fiscale a tutti i cittadini (come prevista oggi per i lavoratori dipendenti), un costo aggiuntivo per lo Stato di poco meno di 2 milioni di Euro (una spesa "minima", considerate le dimensioni effettive del fenomeno analizzato). Si potrebbe persino dimezzare l'impatto delle deduzioni fiscali e, con questo, finanziare una campagna informativa a favore dei cittadini. E i risultati, come premesso, sarebbero straordinari.

2.2. L'esternalizzazione di alcune assistenze.

Dall'*Opting Out* all'*Opting In* (modello tedesco)

134

Una seconda ipotesi è quella che prevede l'esternalizzazione di alcune assistenze o meglio un sistema di "*Opting In*" attraverso il quale recuperare quella quota crescente di cittadini italiani a medio-basso reddito che hanno dovuto rinunciare alle cure per motivi economici o per via delle liste di attesa (Tabella 12). Un sistema di *Opting In*, peraltro, potrebbe garantire nel contempo importanti *savings* al Servizio Sanitario Nazionale, che potrebbero essere destinati alla promozione della Salute dei cittadini, ed una riduzione delle liste di attesa attraverso una prioritizzazione della risposta assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale in favore dei cittadini a reddito medio-basso. In altri termini, invece di accettare passivamente la rinuncia alle cure da parte di 12,2 milioni di Italiani (di cui due terzi a basso reddito), si intende promuovere un'assunzione di responsabilità da parte dei cittadini con redditi più alti (15 milioni di cittadini) mediante l'assicurazione privata della totalità delle loro cure sanitarie con un risparmio previsto spesa sanitaria pubblica da 18,5 miliardi di Euro a 3,1 miliardi di Euro annui da investire a favore dei cittadini più bisognosi (economicamente ed a livello di salute).

Tale scenario consentirebbe a fasce identificate della popolazione (ad esempio per livelli reddituali) di optare su base volontaria per una rinuncia al Servizio Sanitario Nazionale e per l'affidamento, per sé stessi e per la propria famiglia, ad un sistema sanitario a gestione privata (comunque supervisionato dal Ministero della Salute ed integrato con i sistemi informatici delle Regioni). Tale modello, che trae origine dal sistema sanitario adottato in Germania (dove la fetta di popolazione con reddito più alto non grava sul sistema sanitario pubblico, favorendo di conseguenza l'assistibilità delle fasce di popolazione più bisognose,

ma comunque lo sostiene finanziariamente attraverso una contribuzione di solidarietà prevede anche l'estensione, in favore del cittadino optante, del regime di deducibilità fiscale previsto per le Forme Sanitarie Integrative di natura collettiva, mantenimento per il cittadino optante di una contribuzione di solidarietà (in misura ridotta) al S.S.N. e, soprattutto, un sistema di disincentivi che penalizza i cittadini che, pur rientranti nella fascia di reddito prevista per l'opzione, decidano di non effettuare l'opzione di uscita, non contribuendo quindi allo snellimento delle liste di attesa e dei costi del S.S.N.. Anche in questa seconda ipotesi vi è poi la necessità di una supervisione del sistema sanitario privato da parte del Ministero della Salute, mediante lo sviluppo di un rapporto di coordinamento e controllo analogo a quello attualmente in essere con ciascun sistema sanitario regionale.

L'*Opting In* sarebbe dunque in grado di contenere i costi del Servizio Sanitario Nazionale, di garantire la piena assistibilità dei cittadini di basso reddito (recupero dell'equità e contenimento del fenomeno della rinuncia alle cure) e di recuperare la capacità assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (riduzione delle liste di attesa) attraverso l'uscita di fasce della popolazione che dispongono della capacità reddituale per affidare le proprie cure ad un sistema sanitario a gestione privata.

Inoltre, garantirebbe un risparmio per i cittadini grazie alla riduzione della spesa sanitaria privata di tasca propria, per effetto di un ampliamento della quota di spesa sanitaria privata gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative.

Anche in questa seconda ipotesi è importante sottolineare, infine, i benefici già sopra esposti in materia fiscale (aumento del gettito fiscale) ed occupazionale (nuovi posti di lavoro).

In Italia oggi ci sono 8 milioni di Italiani che non riescono ad accedere alle cure per motivi economici; abbiamo, al tempo stesso, 15 milioni di Italiani con redditi medio alti. Si tratta di capire se vogliamo mantenere il modello attuale di spesa sanitaria privata non governata, dove ciascuno spende in base a quello che può, oppure richiedere un sacrificio alla fascia di cittadini con reddito maggiore. Questa ricetta, se applicata per le famiglie che hanno un reddito superiore a 60.000 Euro¹², sarebbe in grado di liberare un risparmio in termini di spesa sanitaria pubblica di oltre 18,5 miliardi di Euro, garantendo un risultato positivo di oltre 9 miliardi di Euro per la finanza pubblica. Un tale scenario comporterebbe una riduzione complessiva delle liste d'attesa del 23% e porterebbe un decremento della spesa sanitaria privata *pro capite* di 105 Euro p per i cittadini optanti, ovvero per quelli che, avendo reddito più alto, sarebbero invitati e incentivati a uscire dal sistema per affidarsi alla "seconda gamba" del sistema sanitario.

La medesima soluzione, se spostata su chi ha redditi più elevati, passando dai 60.000 ai 100.000 euro annui, riduce il risparmio per la spesa sanitaria pubblica: si tratterebbe di passare da 18,5 miliardi di Euro a 3,1 miliardi di Euro, ma in ogni caso consentirebbe, come avvenuto nel caso della Germania, di introdurre un meccanismo nel quale il sistema

12 Come abbiamo visto, nel precedente paragrafo G), in Germania l'*Opting Out* è riservato, su base reddituale, ai soli cittadini che presentano redditi annui lordi superiori ai 53.550 Euro annui.

Tabella 12 – Una possibile riforma del S.S.N. - Ipotesi 2: l'esternalizzazione di alcune assistenze (Opting In) (modello tedesco)
 Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

HP1 (opting in per famiglie > € 60.000)	Importo
A) ASSUMPTIONS	
Cittadini italiani (dati ISTAT 2016)	60.656.000,00
Famiglie	25.816.311
- Famiglie con Reddito over 60.000	5.324.193
- Componenti Famiglie con Reddito over 60.000	15.542.528
Spesa sanitaria pubblica	113.300.000.000,00
> Diversificazione per componenti di spesa pubblica	-
- Voci di spesa collegate al volume dei servizi erogati	41.606.353.632
- Voci di spesa riducibili al volume dei servizi erogati	71.387.680.656
- Voci di spesa non comprimibili	9.286.607.496
> Incidenza per fasce di reddito	-
- Reddito da 60.001 a 100.000	15,57%
- Reddito oltre 100.001	5,18%
Spesa sanitaria privata	35.182.000.000,00
> Diversificazione per componenti di spesa privata	-
- spesa sanitaria privata intermediabile	21.627.343.700,00
- spesa sanitaria privata NON intermediabile	13.554.656.300,00
- spesa sanitaria privata riconducibile alle liste di attesa	7.202.881.224,00
B) INPUT	
Spesa sanitaria pubblica risparmiabile	3.106.570.166,34
> Spesa sanitaria pubblica famiglie Reddito over 60.000	23.519.113.878,46
> Quota spesa sanitaria pubblica cmq necessaria	4.983.883.292,44
> % optanti per sistema sanitario assicurativo	66,66%
> Sconto contributivo per optanti su finanziamento SSN	30,00%
> Aliquota media tassazione IRPEF redditi interessati	37,77%
> Maggiorazione contributiva per i non optanti	30,00%
Entrate	
> Maggiori entrate contributive	2.352.381.770,12
> Entrate fiscali IRPEF	4.144.571.381,84
Imposta premi assicurativi	203.995.680,00
Uscite	
> Minore contribuzione verso il SSN	10.974.488.917,97
> costi attuali per detrazione	4.468.631.636,91
> costi futuri per detrazione	1.489.841.787,74
> costi futuri per deduzione	3.425.669.163,87
C) OUTPUT	
> Risparmio Spesa Sanitaria Pubblica	18.535.230.586,02
> Saldo per Finanza Pubblica	9.346.179.548,40
> Riduzione complessiva liste di attesa (in gg.)	12,38
> % Riduzione complessiva liste di attesa	23%
> Risparmio complessivo per cittadini optanti	6.240.330.987,15
> Riduzione spesa sanitaria privata cittadini optanti	105,31
> % Riduzione spesa sanitaria privata cittadini optanti	18,16%

136

deve essere accessibile per le classi più deboli e residualmente va a servire le classi più ricche, le quali hanno più facilità nell'accesso anche alla spesa sanitaria privata e rispetto alle quali le cure rinunciate hanno un'incidenza ben diversa.

Ai fini della realizzazione dello scenario dell'Opting In, è stata utilizzata a base di calcolo la distribuzione delle famiglie per classi di reddito lordo e per numero di componenti, come da Indagine ISTAT sui redditi e consumi delle famiglie italiane. Inoltre, sulla base della spesa sanitaria pubblica *pro capite* e della spesa sanitaria privata pro nucleo, è derivato il dato la spesa sanitaria media complessiva pro nucleo. Da

Tabella 12 bis – Una possibile riforma del S.S.N. - Ipotesi 2: l'esternalizzazione di alcune assistenze (Opting In) (modello tedesco)

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

HP2 (opting in per famiglie > € 100.000)	Importo
A) ASSUMPTIONS	
Cittadini italiani (dati ISTAT 2016)	60.656.000,00
Famiglie	25.816.311
- Famiglie con Reddito over 60.000	1.462.264
- Componenti Famiglie con Reddito over 60.000	4.361.701
Spesa sanitaria pubblica	113.300.000.000,00
> Diversificazione per componenti di spesa pubblica	-
- Voci di spesa collegate al volume dei servizi erogati	41.606.353.632
- Voci di spesa riducibili al volume dei servizi erogati	71.387.680.656
- Voci di spesa non comprimibili	9.286.607.496
> Incidenza per fasce di reddito	-
- Reddito da 60.001 a 100.000	15,57%
- Reddito oltre 100.001	5,18%
Spesa sanitaria privata	35.182.000.000,00
> Diversificazione per componenti di spesa privata	-
- spesa sanitaria privata intermediabile	21.625.495.700,00
- spesa sanitaria privata NON intermediabile	13.556.504.300,00
- spesa sanitaria privata riconducibile alle liste di attesa	7.202.881.224,00
B) INPUT	
Spesa sanitaria pubblica risparmiabile	3.106.570.166,34
> Spesa sanitaria pubblica famiglie Reddito over 60.000	5.873.664.167,51
> Quota spesa sanitaria pubblica cmq necessaria	2.767.094.001,17
> % optanti per sistema sanitario assicurativo	66,66%
> Sconto contributivo per optanti su finanziamento SSN	30,00%
> Aliquota media tassazione IRPEF redditi interessati	39,42%
> Maggiorazione contributiva per i non optanti	50%
Entrate	
> Maggiori entrate contributive	979.139.816,72
> Entrate fiscali IRPEF	1.080.428.289,72
Imposta premi assicurativi	57.247.325,63
Uscite	
> Minore contribuzione verso il SSN	2.740.769.173,84
> costi attuali per detrazione	1.115.996.191,83
> costi futuri per detrazione	372.073.130,36
> costi futuri per deduzione	984.654.000,75
C) OUTPUT	
> Risparmio Spesa Sanitaria Pubblica	3.106.570.166,34
> Saldo per Finanza Pubblica	1.125.889.293,46
> Riduzione complessiva liste di attesa (in gg.)	5,45
> % Riduzione complessiva liste di attesa	10%
> Risparmio complessivo per cittadini optanti	1.435.530.314,94
> Riduzione spesa sanitaria privata cittadini optanti	165,34
> % Riduzione spesa sanitaria privata cittadini optanti	28,51%

Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A.

quest'ultimo dato e sulla base di alcune ipotesi di come tale spesa è suddivisa tra le due componenti (pubblica e privata) è stata stimata la distribuzione delle stesse componenti per classe di reddito. Inoltre combinando la spesa sanitaria media per nucleo con la distribuzione dei nuclei familiari per fasce di reddito si è verificato che la ripartizione della spesa ipotizzata fosse coerente con il dato disponibile della spesa sanitaria pubblica e con quella della spesa privata. Le ipotesi adottate hanno dunque portato ad ottenere valori di spesa sanitaria pubblica (113 miliardi di Euro) e privata (35 miliardi di Euro) molto vicini ai valori reali.

Con riferimento invece all'applicazione dello scenario dell'*Opting In* ai nuclei familiari con reddito superiore a 60.000 Euro annui, si è ipotizzato che la spesa pubblica afferente a tale fascia di popolazione sia di circa 23,5 miliardi di Euro. Dal momento che solo alcune voci di spesa sono riconducibili alla sanità privata, si è ipotizzata una spesa aggredibile di 18,5 miliardi di Euro. Con il medesimo ragionamento, si è stimata a 5,2 miliardi di Euro la spesa aggredibile relativamente ai nuclei familiari con reddito superiore a 100.000 di Euro annui.

2.3. Altri scenari possibili

Altri scenari sono comunque possibili: la Riforma del sistema dei *ticket* secondo un modello progressivo collegato agli scaglioni Irpef o secondo un modello proporzionale differenziato in ragione della tipologia della prestazione effettuata; l'affidamento al settore privato di un *set* definito di prestazioni sanitarie/stati patologici specifici che già presentino attualmente un'elevata quota di finanziamento della spesa di tasca propria e che corrispondano ad aree non sostenibili per il S.S.N., attraverso la creazione, ad esempio, di un Fondo Nazionale o Fondi Regionali per l'Odontoiatria e per la Non Autosufficienza e un Fondo Nazionale per la Prevenzione, con meccanismi di incentivo collegati al livello dei *ticket*.

Anche tale ipotesi garantirebbe una maggiore sostenibilità, equità ed inclusività al sistema sanitario complessivo (spesa pubblica e spesa privata) del nostro Paese, restituendo una dimensione collettiva alla spesa sanitaria privata e canalizzando le risorse già oggi investite dalle famiglie in sanità per la promozione della prevenzione e degli stili di vita attivi, al fine di realizzare più elevati livelli di salute, anche attraverso il *know how* e capacità organizzativa (*network* di strutture sanitarie private convenzionate, digitalizzazione, *remote patient monitoring & mobile health*) delle Forme Sanitarie Integrative e del settore assicurativo.

Al di là dei Progetti sopra illustrati, siamo profondamente convinti che la Sanità Integrativa possa rappresentare una straordinaria risorsa per il nostro Paese per identificare risposte efficaci alle sfide che dovrà fronteggiare nel campo dell'equità e della sostenibilità del Sistema Sanitario. In quest'ottica è importante che la Sanità torni ad essere al centro dell'agenda politica italiana e che gli operatori del settore siano considerati come interlocutori affidabili di questo cambiamento così importante per la nostra e per le future generazioni.

2.4. Linee Guida comuni per una possibile Riforma della Sanità Integrativa

Il lavoro di ricerca condotto sulle Forme Sanitarie Integrative ha evidenziato sostanzialmente sette aree sulle quali concentrare una riflessione per una possibile Riforma della Sanità Integrativa:

- ◆ **Effettività delle prestazioni:** la diffusione della sanità integrativa non può limitarsi esclusivamente alla dimensione della numerosità degli assicurati ma deve avere come *focus* le prestazioni sanitarie garantite dalle Forme Sanitarie Integrative. In quest'ottica appare

fondamentale favorire dei meccanismi di selezione delle Compagnie Assicuratrici da parte delle Forme Sanitarie Collettive – ed in particolare da parte delle Forme Sanitarie Contrattuali che assicurano platee molto ampie di cittadini – che siano in grado di promuovere la migliore competizione tra le Imprese Assicuratrici partecipanti, come oggi già avviene per le Forme Sanitarie istituite dalle Pubbliche Amministrazioni e per le Forme Sanitarie Integrative istituite dagli Enti Previdenziali (che applicano con ottimi risultati, come palesato anche dalle evidenze del presente Rapporto, la disciplina del c.d. “Codice Appalti”)

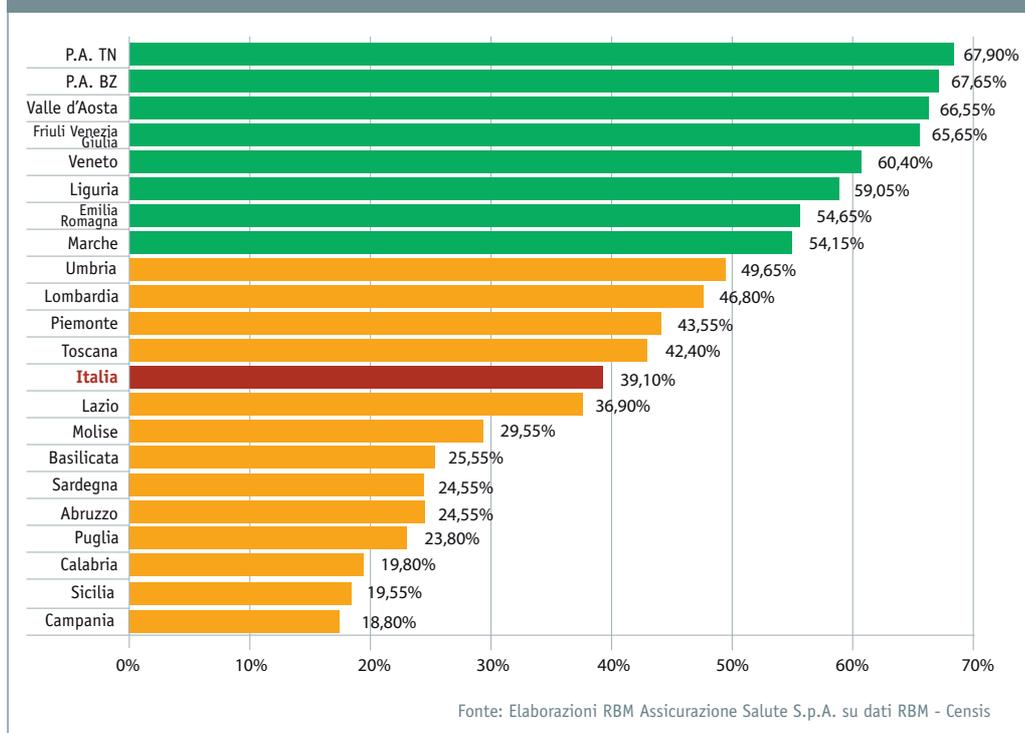
- ◆ Intermediazione della spesa sanitaria privata: la Sanità Integrativa andrebbe riorientata a partire dai bisogni effettivi dei cittadini ampliando il campo di azione delle Forme Sanitarie Integrative all’intero perimetro della spesa sanitaria privata
- ◆ Territorio: se la *mission* delle Forme Sanitarie è integrativa non si può prescindere dal rapporto con il Territorio (S.S.R.) nel quale vivono gli assicurati. Andrebbe valutata una declinazione territoriale delle *policy* assistenziali delle Forme Sanitarie Integrative
- ◆ Nucleo familiare e ciclo di vita: fondamentale recuperare la dimensione del Nucleo Familiare e del ciclo di vita anche per la Sanità Integrativa
- ◆ Flessibilità: inserire elementi di maggiore flessibilità nelle Forme Sanitarie Integrative per consentire agli assistiti di adeguare ai propri bisogni di cura il livello di copertura garantito dai Piani Sanitari collettivi
- ◆ Livellare il campo di gioco: sono sempre più necessarie regole omogenee che disciplinino il settore intervenendo sulle modalità di gestione del rischio, sulla *governance*, sugli assetti organizzativi, sulle regole bilancistiche e di solvibilità delle Forme Sanitarie Integrative
- ◆ Fiscalità:
 - rimuovere la penalizzazione di natura fiscale che riguarda i versamenti effettuati alle Forme Sanitarie Integrative da parte dei soggetti aventi un reddito diverso da quello di lavoro dipendente perché il Secondo Pilastro in Sanità è un’esigenza per tutti
 - collegare i benefici fiscali alla capacità di intermediazione effettiva della spesa sanitaria da parte delle Forme Sanitarie Integrative

2.5. Servizio Sanitario Nazionale, cosa ne pensano gli Italiani?

Il 52% degli Italiani considera inadeguato il Servizio Sanitario della propria Regione (la percentuale sale al 68,9% nel Mezzogiorno e al 56,1% al Centro, mentre scende al 41,3% al Nord-Ovest e al 32,8% al Nord-Est). Peraltro al dato, già di per sé piuttosto critico, si associa un *trend* in costante decremento nell’ultimo triennio e che solo tra 2014 e 2015 fa registrare un deterioramento medio del 3%.

Scende anche la qualità percepita delle cure erogate dal Servizio Sanitario Nazionale. Per il 45,1% degli Italiani la qualità del Servizio Sanitario della propria Regione è peggiorata negli ultimi due anni (lo pensa il 39,4% dei residenti nel Nord-Ovest, il 35,4% nel Nord-Est, il 49% al Centro, il 52,8% al Sud), per il 41,4% è rimasta inalterata e solo per il 13,5% è migliorata.

Grafico 71 - Opinione dei cittadini sull'adeguatezza e la qualità del proprio Servizio Sanitario Regionale nell'ultimo biennio



2.6. Un Secondo Pilastro anche in Sanità, cosa ne pensano gli Italiani?

La sanità integrativa è da un punto di vista "ideologico" largamente sdoganata tra gli Italiani visto che ben il 57,1% è d'accordo che chi può permettersi di acquistare una Polizza Salute Individuale o lavora in un settore in cui esiste un Fondo Sanitario Contrattuale è giusto e utile che la stipuli, perché potranno ricorrere a strutture private disintassando il pubblico e perché così la sanità nel suo insieme avrà più risorse. Quasi il 43% di contrari invece teme sanità a più velocità e il 13,7% teme il vantaggio della doppia copertura per alcuni.

Sono 25,8 milioni gli Italiani che esprimono una propensione all'acquisto di una Polizza Salute Individuale o all'adesione ad un Fondo Sanitario Integrativo. Si potrebbero mettere in moto risorse pari a 15 miliardi di euro l'anno.

Il 23,1% degli italiani intervistati nel corso della propria vita si è visto proporre l'acquisto di una Polizza Salute Individuale oppure l'adesione ad un Fondo Sanitario Integrativo; di questi ad aderire sono stati l'8,8% laddove il 14,3% ha rifiutato. Il 30,7% ha accettato perché dichiarava di spendere troppo *Out of Pocket* per la sanità e così risparmia, il 25% perché comunque era una tutela estendibile a tutto il nucleo familiare, il 13,6% per poter accedere più velocemente alle prestazioni. Le ragioni del rifiuto sono

state soprattutto l'alto costo della polizza per il 49,7% e per il 29% il non essere convinto della loro utilità, il 21% perché non si fida di assicurazioni private, Fondi Sanitari Integrativi, ecc.

Riguardo alla propensione all'innovazione nei rapporti con la Sanità Integrativa riscontrata tra i cittadini, il 22,6% acquisterebbe una Polizza Salute Individuale se per le risorse che già spende per la sanità fosse data possibilità di scegliere se versarli al Servizio Sanitario Nazionale o destinarli alla Sanità Integrativa, di contro al 77,4% che invece preferirebbe lasciarli al S.S.N.

Il 59,7% dei cittadini è d'accordo con l'adozione di un sistema di Secondo Pilastro Sanitario Complementare (sviluppato in linea con l'impostazione del modello francese), ovvero con la previsione di una gestione di tutta la spesa sanitaria privata attraverso un sistema di Forme Sanitarie Integrative (Compagnie Assicuratrici e Fondi Sanitari) aperta a tutti i cittadini e coordinati istituzionalmente con il Servizio Sanitario Nazionale. Tra coloro che hanno espresso un'opinione favorevole il 48,75% (il 29,10% degli italiani) ritiene che però debba essere una scelta volontaria del cittadino, mentre il 51,24% (il 30,59% degli italiani) pensa che debba essere un obbligo.

L'adozione di un sistema di *Opting In* (sviluppato in linea con l'impostazione del modello tedesco), ovvero la previsione dell'uscita di alcuni gruppi sociali dalla copertura pubblica e l'acquisto di una Polizza Salute sostitutiva (e non integrativa come quelle attualmente in uso in Italia), incontra invece un livello di consensi più contenuto, il 46,9% dei cittadini, ma comunque assolutamente significativo. Tra questi il 57,99% (il 27,2% degli italiani) ritiene che però debba essere una scelta volontaria del cittadino, mentre il 42% (il 19,7% degli italiani) pensa che debba essere un obbligo.

Conclusioni

La popolazione italiana sta cambiando, come del resto il suo rapporto con la salute e con la vecchiaia; la cronicizzazione delle patologie e la multicronicità sono condizioni sempre più frequenti. L'invecchiamento, l'aumento della longevità, il costo della tecnologia, i farmaci innovativi mettono a dura prova la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale facendo crescere il fabbisogno di risorse finanziarie aggiuntive necessarie per mantenerne inalterata la capacità assistenziale. Entro la fine del prossimo decennio per poter garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario del nostro Paese saranno necessari dai 20 ai 30 miliardi di Euro aggiuntivi.

Nel contempo la spesa sanitaria privata continua a crescere (35,2 miliardi di euro nel 2016), oltre 580 Euro *pro capite* corrispondenti a poco meno di 2.000 Euro per nucleo familiare, come pure il numero delle persone costrette a rinviare e/o rinunciare alle cure (12,2 milioni di italiani nel 2016) certificando le difficoltà crescenti del Servizio Sanitario Nazionale e dei relativi Livelli Essenziali di Assistenza a garantire una copertura efficace ai bisogni assistenziali degli Italiani.

Non si tratta solamente di identificare un sostegno di natura economica per i cittadini, ma di rinnovare il patto sociale sul quale si basa l'intero sistema attraverso la promozione di un'alleanza pubblico - privato che sia in grado di garantire diritti effettivamente esigibili e duraturi nel tempo. Coniugare previdenza e sanità, longevità e salute, benessere fisico ed economico attraverso le tecniche dell'assicurazione e le soluzioni tecnologiche più avanzate mantenendo sempre come valore cardine la centralità della persona. Per far fronte adeguatamente a tali sfide è fondamentale porre al centro dell'agenda politica un «robusto tagliando» al nostro Sistema Sanitario che intervenga strutturalmente sul tema del finanziamento e della qualità delle cure, per recuperarne le «quote di universalismo perdute» e ripristinarne la capacità redistributiva.

Il Sistema Sanitario deve essere riorganizzato sulla base di un modello multipilastro perchè la sostenibilità è una direttrice prioritaria per guidare nuove politiche, piani e programmi. È importante tornare ad investire sulla Salute attraverso l'empowerment e la responsabilizzazione dei cittadini, la riorganizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, la prevenzione e la diversificazione delle fonti di finanziamento **misure che complessivamente possono liberare risorse aggiuntive per il Servizio Sanitario per oltre 35 miliardi**. La miglior tutela dell'universalismo e dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale passa per lo sviluppo di un Secondo Pilastro anche in Sanità, da aggiungere al Servizio Sanitario Nazionale ed in grado di recuperare una dimensione collettiva per la spesa sanitaria privata, contenendone nel contempo l'impatto sui redditi delle famiglie.

142

In questa prospettiva i Fondi Sanitari Integrativi e le Compagnie di Assicurazione possono mettere a disposizione del Paese delle risorse determinanti per garantire qualità e sostenibilità delle cure per i cittadini di oggi e di domani.

Questa la sfida che crediamo fermamente di poter affrontare **insieme** con le Parti Sociali, **insieme** con tutte le Forme Sanitarie Integrative, **insieme** con le migliori forze del nostro Paese. Occorre camminare **insieme** in questa direzione non lasciando più soli i cittadini, informandoli di questa nuova importante opportunità e scrivendo nuove regole che possano preservare i fondamentali del nostro Sistema Sanitario, assicurando una risposta sicura per la nostra Salute e per quella delle future generazioni.

Così come insieme in questi anni abbiamo fatto la differenza, siamo convinti che insieme – nei rispettivi ruoli – riusciremo ad essere il cambiamento che vogliamo vedere nel nostro Paese.

APPENDICE 1 – Indice grafici e tabelle SEZIONE 1

A) Il Sistema Sanitario in Italia

• Grafico 1 – <i>Trend</i> della spesa sanitaria in Italia dal 2001 al 2016	17
• Grafico 2 – <i>Trend gap</i> Italia Europa rapporto spesa sanitaria/PIL	18
• Grafico 3 – <i>Trend Rapp.</i> Spesa Sanitaria Pubblica/PIL	19
• Grafico 4 – <i>Trend Rapp.</i> Spesa Sanitaria Privata/PIL	19
• Grafico 5 – Indice di buona salute dei Sistemi Sanitari Regionali	20
• Grafico 5 bis – Rapporto tra finanziamento e qualità dei Sistemi Sanitari Regionali	21
• Grafico 6 – La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva multipilastro SCENARIO 1: spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative costante Ipotesi A: valori assoluti della spesa gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative costanti	25
• Grafico 6 bis – La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva multipilastro SCENARIO 1: spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative costante Ipotesi B: incidenza % della spesa gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative costante	25
• Grafico 7 – La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva multipilastro SCENARIO 2: spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative crescente Ipotesi A: tassi di adesione alle Forme Sanitarie Integrative uguali ai tassi di adesione dei Fondi Pensione	27
• Grafico 7 bis – La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva multipilastro SCENARIO 2: spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative crescente Ipotesi B: % spesa gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative crescente	27
• Grafico 8 – La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva multipilastro SCENARIO 3: mantenimento situazione economico-sanitaria Ipotesi A: mantenimento valori attuali della spesa <i>Out of Pocket</i>	29
• Grafico 8 bis – La sostenibilità futura del Servizio Sanitario Nazionale in una prospettiva multipilastro SCENARIO 3: mantenimento situazione economico-sanitaria Ipotesi B: mantenimento attuale capacità di cura	29
• Grafico 9 – Speranza di vita alla nascita per sesso	30
• Grafico 10 – Speranza di vita alla nascita per ripartizione	31
• Grafico 11 – Evoluzione della popolazione anziana	31
• Grafico 12 – Speranza di vita a 65 anni per condizioni di salute	32
• Tabella 1 – Speranza di vita a 65 anni senza limitazioni per macro area	33
• Grafico 13 – Malattie croniche gravi e multiconicità tra 2005 e 2013	33

B) Sistemi Sanitari a confronto

• Grafico 14 – Composizione della spesa sanitaria dei Paesi OCSE (2016)	34
• Grafico 15 – Assicurati da Forme Sanitarie Integrative (Private Health Insurance) nei Paesi OCSE (2016)	37
• Grafico 16 – Qualità e finanziamento dei Sistemi Sanitari europei	38
• Grafico 16 bis – Stato di salute nei Paesi EU14 e nelle Regioni Italiane	39

C) Identikit della Spesa Sanitaria Privata

• Grafico 17 – <i>Identikit</i> della spesa sanitaria privata	40
• Grafico 18 – Composizione della spesa sanitaria privata	41
• Grafico 18 bis – Composizione della spesa sanitaria privata	42
• Tabella 2 – <i>Trend</i> della spesa sanitaria privata	43
• Grafico 19 – Quote di universalismo perduto dal Servizio Sanitario Nazionale	44
• Grafico 20 – Quote di uguaglianza perdute dal Servizio Sanitario Nazionale	45

D) Sanità e Territorio

• Grafico 21 – Composizione spesa sanitaria per Regioni (2016)	47
• Grafico 21 bis – Funzione della spesa sanitaria privata in servizi per Regione (2016)	49
• Grafico 22 – Quota compartecipazione (<i>ticket</i>) regionale <i>pro capite</i> per utilizzo del S.S.N.	52
• Tabella 3 – Andamento della lunghezza in giorni delle liste di attesa per alcune prestazioni sanitarie nel periodo 2014-2017	54
• Grafico 23 – Liste di attesa: Incidenza dei giorni di attesa in relazione alle diverse prestazioni diagnostiche	55
• Grafico 24 – Liste di attesa: tutte le prestazioni escluse le analisi di laboratorio	58
• Grafico 24bis – Liste di attesa: tempi di accesso per prestazioni e macro area geografica	59
• Grafico 25 – Cittadini che hanno rinunciato alle cure per Regione e macroarea	60
• Grafico 26 – Mobilità sanitaria: i migranti della salute	62
• Grafico 27 – Mobilità sanitaria: i migranti della salute (solo pazienti)	62
• Grafico 28 - Mobilità sanitaria: i migranti della salute. Motivazioni	63
• Grafico 29 - Mobilità sanitaria: i migranti della salute. Suddivisione della spesa tra pazienti e accompagnatori e ripartizione percentuale per patologia	63
• Grafico 30 – Speranza di vita alla nascita: il rischio di traslare gli effetti della disuguaglianza di oggi sulle generazioni future	64
• Tabella 4 – Speranza di vita alla nascita: un'ingiustizia per molti	65
• Grafico 31 – Gli indicatori della disparità territoriale	66

E) Identikit della Spesa Sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative

• Grafico 32 – Identikit della spesa sanitaria gestita (intermediata) dalle Forme Sanitarie Integrative	69
---	----

• Grafico 33 – Ruolo delle Forme Sanitarie Integrative in Italia in base all'importo richiesto per macrocategorie di prestazioni	72
• Grafico 34 – Ruolo delle Forme Sanitarie Integrative in Italia: suddivisione rischio/frequenza dell'importo richiesto per tipo di Forma Sanitaria Integrativa	73
• Grafico 35 – Contributi e prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative	74
• Grafico 36 – Assicurati per genere (dati anagrafici)	75
• Grafico 37 – Assicurati per relazioni familiari (dati anagrafici)	76
• Grafico 38 – Assicurati per fascia di età (dati anagrafici)	77
• Grafico 39 – Assicurati per macro area geografica (dati anagrafici)	79
• Grafico 40 – Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per macrogaranzia (dati di spesa)	81
• Grafico 41 – Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per regime di erogazione (dati di spesa)	83
• Grafico 42 – Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative (dati di spesa): prestazioni ospedaliere	84
• Grafico 43 – Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative (dati di spesa): alta diagnostica	85
Grafico 44 – Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative (dati di spesa): visite specialistiche	86
• Grafico 45 – Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative (dati di spesa): accertamenti diagnostici	87
• Grafico 46 – Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative (dati di spesa): farmaci	88
• Grafico 47 – Livelli assistenziali garantiti dalle Forme Sanitarie Integrative (dati di spesa): odontoiatria	89
• Grafico 48 – Indicatori di <i>performance</i> : Indice di Effettività Sanitaria (IES) 2016	91
• Grafico 49 – Indicatori di <i>performance</i> : Indice di Effettività Sanitaria (IES) 2016 (dettaglio per macrocategorie di prestazioni)	92

F) Prevenzione e promozione della salute

• Grafico 50 – L'abitudine al fumo: fumatori abituali per sesso e ripartizione per macroarea geografica	94
• Grafico 51 – L'abitudine al fumo: fumatori abituali per Regione	95
• Grafico 52 – L'obesità: ripartizione per sesso	96
• Grafico 53 – L'obesità infantile per macroarea geografica	96
• Tabella 5 – Il consumo di alcol: soggetti maggiori di 10 anni per frequenza di consumo di alcol	97
• Grafico 54 – Il consumo di alcol: soggetti maggiori di 10 anni per comportamento a rischio suddiviso per Regione	97
• Grafico 55 – La sedentarietà: % popolazione maggiore di 14 anni che non pratica attività fisica per sesso	99

• Grafico 56 – La sedentarietà: % popolazione maggiore di 14 anni che non pratica attività fisica per sesso e macroarea geografica	99
• Tabella 6 – Esposizione ai fattori di rischio modificabili	100
• Tabella 7 – Numero decessi evitabili per sesso	102
• Grafico 57 – Giorni di vita persi per mortalità evitabile per sesso	103
• Grafico 58 – Ripartizione delle principali patologie causa di decesso	104
• Tabella 8 – Numero di decessi per patologia	106
• Grafico 59 – L'importanza della prevenzione per la sostenibilità	108
• Grafico 60 – La spesa totale in prevenzione nei Paesi EU14 (% spesa sanitaria) 2014 e dettaglio Italia per sottocategorie di spesa	109
• Grafico 61 – La spesa <i>pro capite</i> in prevenzione nei Paesi EU14 (€) 2014 e dettaglio Italia per sottocategorie di spesa	110
• Grafico 62 – Estensione % e numero degli <i>screening</i> oncologici in Italia per macroarea geografica	110
• Grafico 63 – Adesione % agli <i>screening</i> oncologici in Italia per macroarea geografica	111
• Grafico 64 – Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: investimenti in prevenzione	112
• Grafico 65 – Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: numero protocolli prevenzione gestiti	112
• Grafico 66 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: <i>screening</i> oncologico	114
• Grafico 67 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: <i>screening</i> cardiovascolare	115
• Grafico 68 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: <i>screening</i> odontoiatria	116
• Grafico 69 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: altri <i>screening</i>	117

G) Il *multpillar* in Sanità: dai problemi alle soluzioni. Il percorso dei principali Paesi europei

• Grafico 70 – La spesa sanitaria in Europa: dai problemi...	118
• Tabella 9 – La spesa sanitaria in Europa: ... alle soluzioni	122
• Tabella 10 – <i>Identikit</i> dei principali Secondi Pilastri Sanitari in Europa	126

H) La Sanità Integrativa che vogliamo

• Tabella 11 – Una possibile Riforma del S.S.N. - Ipotesi 1: un Secondo Pilastro Sanitario Aperto a tutti i cittadini (modello francese)	133
• Tabella 12 – Una possibile Riforma del S.S.N. - Ipotesi 2: l'esternalizzazione di alcune assistenze (Opting In) (modello tedesco)	136
• Grafico 71 Opinione dei cittadini sull'adeguatezza e la qualità del proprio Servizio Sanitario Regionale nell'ultimo biennio	139

Bibliografia

- Agency for Healthcare Research and Quality, National Healthcare Quality & Disparities Reports, <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrd/index.html>
- AHIP (America's Health Insurance Plans), The value of providers network and the role of out of network charges in rising health care cost: a survey of charges billed by out of network physicians
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, Ospedali & Salute - Rapporto annuale, 2015
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, Ospedali & Salute - Rapporto annuale, 2009
- Altman S., Schachtman D., Power, Politics, and Universal Health Care: The Inside Story of a Century-Long, 2011
- Altman S., Schachtman D., Sen. Kerry J., Battle
- Anell A., Glenngård A. H., Merkur S., United States of America: Health System Review, Health Systems in Transition, 15(3):1-431, 2012
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), Le proposte del settore assicurativo per un sistema sanitario più efficiente, Position Paper, 2014
- Begg D., Fisher S., Dornbusch R., Economia, 2001
- Biles B., Arnold G., Guterman S., Health Policy, 50:219-240, 2011
- Biles B., Arnold G., Guterman S., Medicare Advantage in the era of health reform: progress in leveling the playing field, Issue brief, 2011
- Briggs A., The Welfare State in Historical Perspective, 1961
- Busse R., Blümel M., DOI: 10.1787/data-00285-en, accessed Oct. 6, 2014, 2014
- Busse R., Blümel M., Germany: Health System Review. Health Systems in Transition, 16(2):1-296 NHS Choices, 2013
- Calltop J., Canadian Medical Association Journal, 17:177-183, 2000
- Calltop J., The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care, 2000
- CEIS-C.R.E.A. SANITÀ (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), IX Rapporto CEIS-CREA SANITÀ, 2009
- CERGAS Bocconi, I consumi privati in sanità - Rapporto OASI 2014, 2014
- CERGAS Bocconi, Rapporto OASI 2013 - Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano, 2013
- Chevreul K. et al., Canadian Public Policy, 34(1):65-87, 2010
- Corte dei Conti, La tutela della salute e il ruolo della Corte dei conti: le spese pubbliche in materia sanitaria, 2011
- Cox T., Legal and ethical implications of health care provider insurance risk assumption, 2010
- Curtis L. J., MacMinn W. J., Health care utilization in Canada: twenty-five years of evidence, 2008
- Department of Health, France, France: health system review. Health Systems in Transition, 12(6):1-291, 2000
- Department of Health, UK, Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services, 2000
- Department of Health, UK NHS England, NHS Five Year Forward View, <https://www.england.nhs.uk/ourwork/>, 2014
- Dirindin N., Vineis P., Economia Sanitaria, 2004
- Enthoven A., Introducing forces into health care: a tale of two countries (Paper presentato alla Fourth Conference on Health Economics), 2002
- EUROSTAT (Ufficio Statistico dell'Unione Europea), Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile (POSAS), 2015
- Fattore G., Sistemi di competizione amministrata in sanità, MECOSAN, 1996
- Fattore G., Clarifying the scope of Italian NHS coverage. Is it feasible?, 1999

- Fattore G., Clarifying the scope of Italian NHS coverage: Is it feasible? Is it desirable?, *Health policy*, 50: 123–142, 1999
 - Figueras J., Sakellarides C., *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham: Open University Press Enthoven A.C., 1998
 - Figueras J., Saltman R.A., Sakellarides C., *Contracting models and provider competition*, 1998
 - Fondazione CENSIS, 45° Rapporto sulla situazione sociale del Paese, 2011
 - Fondazione CENSIS, *Il ruolo della sanità integrativa nel Servizio Sanitario nazionale*, 2011
 - Fondazione CENSIS, *Quale futuro per le risorse in sanità? Quale sanità dopo i tagli?*, 2012
 - Fondazione CENSIS, Carla Collicelli, *Il nuovo welfare in transizione: dalla protezione pubblica al mercato sociale*, 2011
 - Fondazione CENSIS, ISPE Sanità (Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità), RISSC (Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità), *Rapporto Curiamo la corruzione - Transparency International Italia in partnership con Fondazione Censis, Ispe-Sanità e Rissc*, 2016
 - GovernanceUni, *DH Corporate Plan 2014-2015*, 2014
 - Health Insurance Association of America, *Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care - Part A*, 1995
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Indagine multiscopo ISTAT Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 2016
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Annuario statistico italiano*, 2009, 2009
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Annuario statistico italiano*, 2010, 2010
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Annuario statistico italiano*, 2011, 2011
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Annuario statistico italiano*, 2016, 2016
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Conti economici nazionali*, 2016
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Conti economici regionali*, 2016
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Conti economici regionali*, *Comunicato stampa 28 settembre 2010*, 2010
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà*, 2016
 - ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica), *I conti nazionali secondo la nuova classificazione delle attività economiche*, *Comunicato stampa 19 ottobre 2011*, 2011
 - Keehan S. P., Kuckler G., Sisko A. M., *National Health Expenditure Projections: Modest Annual Growth Until Coverage Expands and Economic Growth Accelerates*, (7):1600–1612, *National Healthcare Quality Report and National Healthcare Disparities Report*, 2012
- King's fund, *Think differently, Managing the transition to the reformed health system*, *Future Trends*, <https://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/trends>
- Kongstvedt P. R., *The Managed Health Care Handbook*, 2001
 - Labate G., *Le esperienze Europee e i processi di modificazione degli schemi di protezione: i fondi sanitari integrativi verso dove?*, 2011
 - Le Grand J., Bartlett W., *Quasi-markets and Social Policy*, 1993
 - Lega F., Longo F., *Programmazione e governo dei sistemi sanitari locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto*, *MECOSAN*, (41) 9-21, 2002
 - Lynch M. E., *Health Insurance Terminology*, Health Insurance Association of America, 1992

- Mapelli V., Lo Stato non conosce i modelli regionali, *Il sole 24 ore*, 4 febbraio 2002, 2002
- Mastrobuono I., Federalismo e fondi sanitari integrativi: un modello italiano di "big society", 2012
- MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze), Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e del sistema socio-sanitario, 2015
- Mellet H., Williams J., Accountability an the accounting regime in the public sector. Some messages from NHS. *International Journal of Public Sector Management*. 9, (1), pp. 61-70, 1996
- MEV(i), Rapporto MEV(i) Mortalità Evitabile (con intelligenza), 2017
- Mittone L., Razionalità limitata e servizio del medico di base: un'analisi della riforma dei quasi-mercati, *Mecosan* (19): 12-22, 1996
- Mougeot M., Régulation du système de santé, Paris: La documentation française, 1999
- National Audit Office, Annual Report and Accounts 2012-13, 2013
- National Library of Medicine, Managed Care Programs
- Nuffield Provincial Hospitals Trusts, Reflections on the Management of the National Health Service, 1985
- OPCS (Osservatorio Consumi Privati in Sanità), SDA Bocconi, L'innovazione nell'assicurazione salute, 2016
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), Health at a Glance, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>, 2015
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), OECD Health Data, <https://data.oecd.org/> <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm> , 2015
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), Sweden: Health System Review, *Health Systems in Transition*, 14(5):1-161 Organization for Economic Co-operation and Development, OECD Stat (database), 2014
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems, 2009
- ONS (Osservatorio Nazionale Screening), Rapporto Osservatorio Nazionale Screening, 2016
- Pammolli F., Salerno N. C., Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: 13 buone ragioni per i fondi aperti del welfare, 2008
- Previmedical S.p.A., Relazione degli Amministratori al Bilancio 2009, 2009
- Previmedical S.p.A., Relazione degli Amministratori al Bilancio 2010, 2010
- Previmedical S.p.A., Relazione degli Amministratori al Bilancio 2011, 2011
- Previmedical S.p.A., Relazione degli Amministratori al Bilancio 2012, 2012
- Previmedical S.p.A., Relazione degli Amministratori al Bilancio 2013, 2013
- Price Waterhouse Coopers, The Factors Fueling Rising Healthcare Costs - Report prepared by Price Waterhouse Coopers for America's Health Insurance Plans, 2006
- RBM Assicurazione Salute S.p.A., TUTTASALUTE!: La soluzione globale per l'assistenza sanitaria, 2014
- RBM Assicurazione Salute-Fondazione Censis, II° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - I Fondi Sanitari tra Integrazione, Sostituzione e Complementarietà (ISBN: 978-88-941528-2-1), 2013
- RBM Assicurazione Salute-Fondazione Censis, III° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Sanità, Previdenza e Assistenza. Prospettive Evolutive per il Welfare Integrativo (ISBN: 978-88-941528-5-2), 2014
- RBM Assicurazione Salute-Fondazione Censis, IV° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed

Intermediata - Costruire la Nuova Sanità Integrativa (ISBN: 978-88-941528-8-3), 2015

- RBM Assicurazione Salute-Fondazione Censis, V° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Oltre l'attuale Welfare Integrativo. Rinnovare la Previdenza Complementare e la Sanità Integrativa (ISBN: 978-88-941528-4-5), 2016
- RBM Assicurazione Salute-Fondazione Censis, Anticipazione VI° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Servizio Sanitario Nazionale, Sanità Privata e Forme Sanitarie Integrative (ISBN: 978-88-941528-0-7), 2016
- RBM Assicurazione Salute-Fondazione Censis, I° Rapporto Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Territoriale - Secondo Pilastro Sanitario e Bilateralità Territoriale nella Prospettiva della Riforma del Titolo V della Costituzione (ISBN: 978-88-941528-1-4), 2016
- RBM Assicurazione Salute-Fondazione Censis, VI° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Il Servizio Sanitario Nazionale e le Forme Sanitarie Integrative, nella prospettiva di un Secondo Pilastro in Sanità (ISBN: 978-88-941528-7-6), 2017
- Reviglio F., Sanità. Senza vincoli di spesa?, 1999
- Rice T., Rosenau P., Unruh L. Y. et al., The World Bank Development Research Group Human Development and Public Services Team Rice, 2013
- Ricerca LUISS, AIOP Giovani (Associazione Italiana Ospedalità Privata), L'evoluzione dei Sistemi Sanitari Nazionali a confronto, 2016
- Ruggeri A., L'evoluzione di sistemi sanitari in Italia, Supplemento, n. 18, 15-32, Mecosan, 1996
- Rummel B., Munich Health: Pioneering Global Healthcare
- Russo S., Dispensa di Economia delle Aziende Sanitarie, 2004
- Saltman R. B., Edwards N., Hensher M., Werneke U., Changing hospital systems, 1998
- Saltman R. B., Figueras J., Sakellarides C., Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, 1998
- Saltman R.A., Sakellarides C., Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Buckingham: Open University Press, 1998
- SDA Bocconi, Consumi pubblici e consumi privati nel futuro della sanità – Sintesi del rapporto annuale OCPS 2013, 2013
- Spandonaro F., Morelli G., Servizi alla persona in sanità: il trade-off efficienza-equità, 2010
- UNISON - The public service union, <https://www.unison.org.uk/> , 2016
- van Doorslaer E. et al., Unequal access to medical care in the OECD countries, 2006
- Vecchiotti M., Analisi delle Soluzioni Assicurative per l'Assistenza Sanitaria Integrativa, 2012
- Vecchiotti M., Corporate Welfare Luiss Business School (Atti): Soluzione Gestionali per il Welfare Contrattuale, 2012
- Vecchiotti M., Sanità, Previdenza ed Assistenza: nuovi modelli per assicurare e gestire le forme di Welfare Integrativo (ISBN: 978-88-94152-85-2), 2014
- Vecchiotti M., Scenari evolutivi per la Sanità Integrativa (ISBN: 978-88-94152-82-1), 2012
- Wagstaff A., The Commonwealth Fund, 2009
- World Health Organization, European Health for All database (HFA-DB), <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-forall-database-hfa-db> , 2016
- World Health Organization, Global Health Observatory data repository, <http://www.who.int/gho/en/> , 2016

Sezione 2

Per tanti... non più per tutti –
la sanità italiana al tempo
dell'universalismo selettivo

Per tanti... non più per tutti – la sanità italiana al tempo dell'universalismo selettivo

Fondazione Censis

A) L'universalismo diseguale

La spesa sanitaria privata annuale a 35,2 miliardi di euro, in crescita più della spesa per consumi in generale nel 2013-2016 (+4,2% di contro a +3,4%) e 12,2 milioni di persone che rinviando e/o rinunciano a prestazioni sanitarie in un anno (+1,2 milioni rispetto all'anno precedente) certificano che oggi il fabbisogno sanitario degli italiani non trova piena copertura nell'offerta di servizi e prestazioni del servizio sanitario pubblico.

E non potrebbe essere altrimenti visto che il doloroso ma necessario ripristino degli equilibri finanziari delle sanità regionali, in particolare di alcune, è proseguito con successo ricorrendo ad un taglio in termini reali della spesa sanitaria pubblica procapite che la Corte dei Conti ha quantificato in media in -1,1% annuale per il periodo 2009-2015.

Nello stesso periodo in Francia la spesa sanitaria pubblica è cresciuta in termini reali in media del +0,8% annuo ed in Germania del +2% medio annuo. In rapporto al Pil la spesa sanitaria pubblica in Italia è pari al 6,8%, in Francia all'8,6% e in Germania al 9,4%.

La ricostruzione della sostenibilità della sanità pubblica è stata non senza conseguenze sul grado di copertura e sulla qualità delle sanità pubbliche, in particolare nelle regioni meno performanti.

Gli italiani ormai devono ricorrere sempre più spesso all'acquisto di tasca propria di servizi e prestazioni sanitarie appropriate per esigenze che non trovano nel pubblico risposte adeguate, a causa della lunghezza delle liste di attesa che non smettono di allungarsi, o perché risiedono in un territorio in cui certe prestazioni non sono erogate o hanno una qualità inadeguata.

È così che nei bilanci delle famiglie è presente in modo ormai stabile e trasversale ai gruppi sociali, una voce di spesa per la salute che è più penalizzante per le persone

a basso reddito, per quelle che più hanno bisogno di cure, dagli anziani ai malati cronici ai non autosufficienti, e per quelle che risiedono nei territori a maggior disagio e con servizi sanitari meno performanti. E chi non dispone delle risorse necessarie per pagare per intero di tasca propria le prestazioni può essere costretto a rinunciare e/o rinviare.

E intanto si vanno ampliando le differenze tra le sanità regionali, non solo nella valutazione dei cittadini, ma anche nei valori di indicatori più strutturali degli esiti come mostra, ad esempio, la quota di malati cronici in buona salute che nelle regioni meridionali è inferiore a quella delle regioni del Centro-Nord e, soprattutto, è letteralmente crollata negli ultimi anni.

La retorica dell'universalismo del Servizio sanitario pubblico è un guscio vuoto di fronte alle evidenti diversità di accesso alla tutela della salute e alle cure, e alla moltiplicazione degli effetti di razionamento dei principali deficit del Servizio sanitario stesso.

Il rapporto con la salute è oggi segnato dalle disuguaglianze sociali e, a sua volta, il funzionamento della sanità amplifica le disuguaglianze stesse, in netta controtendenza con la funzione storica del Servizio sanitario e del welfare di rendere la società più coesa, meno divisa e meno ingiusta garantendo a tutti, a prescindere dal reddito e da altri fattori di differenziazione socioeconomica, culturale o territoriale, l'eguale diritto alla salute e alla cura.

Da questa inedita situazione occorrerà uscire in avanti con soluzioni originali e innovative, senza illudersi che prima o poi sarà possibile tornare a *budget* pubblici in grado di dare copertura al fabbisogno sanitario complessivo di una popolazione in piena transizione demografica ed epidemiologica, dove è ormai evidente la necessità di metter mano in tutti i territori all'asimmetria tra composizione dei bisogni sanitari e sociosanitari e matrice dei servizi e delle prestazioni di offerta.

I nuovi Lea, il Piano nazionale delle cronicità, il Piano nazionale per la prevenzione vaccinale sono di certo progressi importanti, ma guai a sottovalutare la portata della sfida di 21 sistemi sanitari locali in evidente traiettoria divaricante, e delle crescenti disparità nelle opportunità di cura, altrimenti a rischio sarà tutto il Servizio sanitario che gli italiani, pur non smettendo di criticarne aspetti del funzionamento, considerano una istituzione decisiva per il benessere e la coesione delle nostre comunità.

Di seguito sono presentati i risultati emersi da una complessa attività di ricerca qualiquantitativa del Censis con analisi ed elaborazione desk di dati di fonti varie, a cominciare dalle principali fonti istituzionali, metanalisi di materiale documentario come ricerche, studi, indagini ecc. già disponibile e una indagine su un campione nazionale di 1.000 cittadini maggiorenni, statisticamente rappresentativo della popolazione di riferimento per genere, classe d'età, ripartizione geografica e ampiezza del comune di residenza. La rilevazione con somministrazione di questionario

strutturato è stata effettuata nel periodo 29 marzo-5 aprile 2017 con il ricorso alla tecnica CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing).

B) Spendere di tasca propria per la salute: la nuova normalità

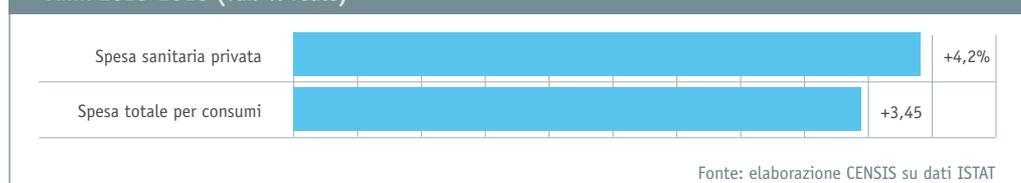
La spesa sanitaria privata degli italiani è pari a €35,2 miliardi nel 2016 e, in termini reali, nel 2013-2016 è aumentata del +4,2%, mentre la spesa totale per consumi è aumentata del +3,4% (Tabella 1 e Grafico 1).

Tabella 1 – Andamento della spesa sanitaria privata e della spesa totale per consumi degli italiani. Anni 2013-2016 (v. a. in milioni di euro correnti e var. % reale)

	2016 (v.a. in mln €)	var.% reale 2013-2016
Spesa sanitaria privata	35.182	+4,2
Spesa totale per consumi	1.023.660	+3,4

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Grafico 1 - Andamento della spesa sanitaria privata e della spesa totale per consumi degli italiani. Anni 2013-2016 (var. % reale)



155

Il citato dato della spesa sanitaria privata non include quella per assicurazione sanitaria, mentre include la spesa per la compartecipazione sanitaria, cioè i *ticket* sanitari e quelli per i farmaci che, in termini reali nel 2015 (ultimo dato disponibile) rispetto al 2007 sono aumentati del +53,7%: con +162,2% per il *ticket* farmaci e +6,1% per le compartecipazione per prestazioni sanitarie.

La spesa sanitaria privata non è appannaggio esclusivo di persone benestanti alla ricerca della sanità migliore o personalizzata, ma è ormai componente stabile dei *budget* familiari in modo trasversale ai gruppi sociali: quasi due terzi delle persone a basso reddito hanno dovuto affrontare spese sanitarie private di tasca propria, così come il 76,6% dei malati cronici.

La spesa sanitaria privata è ormai una componente stabile, quotidiana, minuta della spesa per consumi degli italiani; pertanto, nella razionalizzazione di spese e consumi delle famiglie imposta da crisi e stentata ripresa, la sanità ha continuato a drenare risorse private alimentando una matrice di domanda di servizi e prestazioni molto articolata.

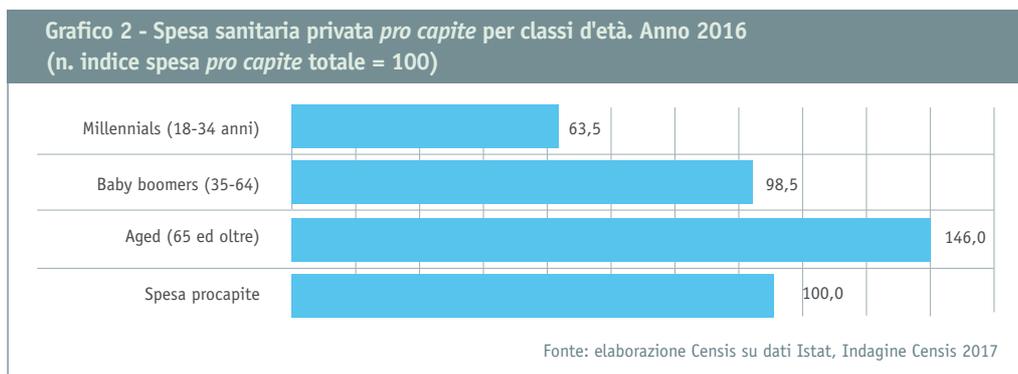
L'analisi della spesa sanitaria privata di tasca propria procapite per età mostra un *trend* crescente nel ciclo di vita poiché, fatta 100 la spesa sanitaria privata procapite degli italiani (Grafico 2):

- ◆ per i *millennials* il numero indice è pari a 63,5
- ◆ per i *baby boomers* a 98,5
- ◆ per gli anziani a 146

Al crescere dell'età e dei connessi fabbisogni sanitari le persone devono acquistare più servizi e prestazioni sul mercato privato: più si invecchia più si spende di tasca propria per acquistare prestazioni sanitarie di cui si ha bisogno.

La spesa sanitaria privata di un *baby boomer* è pari a una volta e mezza quella di un *millennial*, quella di un longevo è a sua volta pari a quasi una volta e mezza la spesa sanitaria privata di tasca propria di un *baby boomer*.

Il decollo della spesa sanitaria privata nel ciclo di vita sintetizza la complessità che, in una società che invecchia a ritmi sostenuti, va assumendo il rapporto tra tutela della salute, risorse finanziarie e sostenibilità del Servizio sanitario e più ancora dei bilanci di famiglie e persone.



Non solo: sempre con riferimento ai numeri indice e fatta 100 la spesa sanitaria privata procapite degli italiani, quella di una persona non autosufficiente è pari a 212,1.

In pratica, l'insorgenza di patologie che fanno perdere la piena autonomia nel quotidiano e moltiplicano la domanda sanitaria delle persone obbliga i cittadini a spendere di più di tasca propria, perché la copertura pubblica del Servizio sanitario non basta più.

Più si invecchia e/o più ci si ammala, e più si deve spendere di tasca propria per curarsi.

C) I fabbisogni sanitari reali dei cittadini e l'inadeguata copertura del Servizio Sanitario: gli Italiani e la sanità negata

I fabbisogni sanitari degli italiani crescono a seguito dell'evoluzione sociodemografica ed epidemiologica e, d'altro canto, il finanziamento pubblico non riuscirà a garantire una adeguata offerta di servizi e prestazioni, cosa che genererà sia una maggiore pressione sulla spesa privata dei cittadini che l'ampliamento dell'area della sanità negata, cioè delle persone che rinviando o rinunciano alle prestazioni.

Previsioni consentono di indicare che al 2030, tenuto conto dei *trend* sociodemografici e di consumi sanitari in atto e di quelli presumibilmente destinati a manifestarsi, la spesa sanitaria di tasca propria dei cittadini potrebbe salire oltre i 46 miliardi di euro, con una variazione reale del +39%. Un incremento che per la gran parte rinvierebbe all'aumento della spesa sanitaria privata in capo agli anziani, dando ulteriore conferma del nesso tra aumento dell'età e del fabbisogno sanitario e spesa privata di tasca propria.

Non a caso la spesa sanitaria privata di tasca propria dei non autosufficienti avrebbe nel periodo 2016-2030 un boom del +79,5%.

Le politiche per la salute devono ormai partire dal concetto chiave di fabbisogno sanitario che rinvia alle reali esigenze di tutela e cura delle persone, che se non è coperto dal Servizio sanitario e dalle relative risorse pubbliche, finisce per o costringere i cittadini a spendere di tasca propria o, se non hanno risorse, a rinunciare e/o rinviare le prestazioni.

In altre parole, quando l'offerta pubblica del Servizio sanitario non copre il fabbisogno sanitario, l'equilibrio viene ritrovato con una combinazione di spesa privata aggiuntiva delle famiglie e/o sanità negata, cioè rinuncia alle prestazioni. E quanto più crescono queste due aree, tanto più aumentano disuguaglianze di fatto e razionamenti.

Per questo non può non colpire il dato relativo alle persone che in un anno hanno rinunciato e/o rinviato almeno una prestazione sanitaria per ragioni economiche: sono 12,2 milioni con un incremento di 1,2 milioni (+10,9%) rispetto al dato 2016 (Grafico 3).

157



Pur non essendo persone che non si curano tout court, si tratta di individui che nei dodici mesi precedenti l'intervista sono stati costretti da ragioni economiche a non fare, rinunciando o rinviando, almeno una prestazione sanitaria come visite specialistiche, odontoiatriche, accertamenti diagnostici etc. che invece per prevenzione, diagnosi o cura avrebbero dovuto fare. Rinviare e/o rinunciare prestazioni sanitarie è ormai un comportamento stabile, consolidato, ordinario, delle famiglie italiane, una forma di sanità negata non più eccezionale o legata a difficoltà congiunturali, ma stabilmente presente nella società, i cui effetti nel lungo periodo potrebbero toccare lo stato di salute medio dei cittadini.

D) L'appropriatezza della Spesa Sanitaria Privata

Esiste una retorica che interpreta la spesa sanitaria privata come risultato in gran parte di una sorta di ipocondria di massa che porta a spendere in maniera incontrollata per visite specialistiche, farmaci, analisi e accertamenti di ogni tipo ecc. Si tratterebbe quindi di una spesa inappropriata, una escrescenza ingiustificata che secondo alcuni potrebbe sparire senza effetti reali sulla salute complessiva dei cittadini italiani e sulle opportunità di diagnosi e cura. E' un tema di grande rilievo che merita risposte puntuali.

Una prima documentata risposta arriva dalla Corte dei Conti che segnala come la spesa sanitaria privata dei cittadini sia presente non solo in regioni con livelli qualitativi inferiori del Servizio sanitario, ma anche in regioni come Trentino Alto Adige, Lombardia, Emilia Romagna e Veneto che pure vantano *performance* migliori dei propri servizi sanitari regionali.

Afferma la Corte dei Conti che: "l'attuale struttura di assistenza sanitaria, anche al di sopra degli *standard* minimi richiesti, non è sufficiente a rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana, affetta da cronicità e non autosufficienza."

È una autorevole e documentata certificazione istituzionale che i soldi usati dai cittadini per la sanità non servono per rispondere a richieste ingiustificate, ma alimentano l'acquisto di servizi e prestazioni appropriati e necessari.

In estrema sintesi si può dire che la spesa sanitaria di tasca propria dei cittadini esiste, è appropriata ed è destinata a restare.

Ma cosa concretamente spinge gli italiani ad andare oltre il Servizio sanitario e, più ancora, cosa li porta a usare risorse proprie per acquistare servizi e prestazioni sanitarie?

Rispondere a tale quesito consente sia di andare oltre le letture semplificatorie che associano la spesa privata di tasca propria a prestazioni inappropriate tout court, sia di capire meglio il meccanismo che sta consolidando una sanità alimentata da risorse private dei cittadini in un sistema che pure vuol essere universale.

Il meccanismo chiave è la lunghezza delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni nel pubblico che costituisce ad oggi il più formidabile strumento di razionamento sanitario e di moltiplicazione del ricorso al privato.

Inoltre, nel valutare se ricorrere al pubblico rassegnandosi alla durata della lista di attesa o ricorrere al privato pagando le prestazioni per intero di tasca propria, i cittadini considerano anche una dimensione di spesa privata che troppo spesso viene sottovalutata e che invece conta: la spesa per *ticket* che, dai farmaci all'ambulatoriale e alla specialistica pesa sulle tasche degli italiani e che rende per una quota importante di italiani l'accesso al pubblico comunque non gratuito e a volte con un costo che non è distante dalle tariffe praticate nel privato.

È l'accesso difficoltoso al pubblico la chiave per capire il decollo del ricorso al privato che, comunque, per parte sua si è andato strutturando in termini di quantità, qualità e tariffe della propria offerta in modo da intercettare la nuova domanda di sanità che si va spostando sui mercati privati.

E) La lunghezza delle liste di attesa, il vero collo di bottiglia

Sono 31,6 milioni gli italiani che hanno avuto urgente bisogno di almeno una prestazioni sanitaria ed a causa di liste di attesa troppo lunghe nel pubblico si sono rivolte al privato.

È accaduto al 72,9% dei residenti al Sud-Isole, al 68,9% al Centro, al 54,3% al Nord-Est ed al 50,8% al Nord-Ovest; ed è accaduto anche al 64,7% dei non autosufficienti ed al 72,6% delle famiglie con figli fino a 3 anni (Tabella 2).

Tabella 2 - Italiani che nell'ultimo anno hanno avuto urgente bisogno di una prestazione sanitaria e, a causa di attese troppo lunghe nel pubblico, hanno fatto ricorso al privato, per area geografica (val. %)

Negli ultimi 12 mesi Le è capitato di aver urgente bisogno di una prestazione e, a causa di attese troppo lunghe nel pubblico, di dover ricorrere al privato?	NO	NE	C	SI	TOT.
Sì	50,8	54,3	68,9	72,9	62,5
No	49,2	45,7	31,1	27,1	37,5

Fonte: indagine Censis, 2017

Esempio eclatante di prestazioni urgenti o percepite come tali con liste di attesa troppo lunghe nel pubblico che hanno spinto di pazienti a rivolgersi al privato sono le visite presso medici specialisti: il 52% degli italiani dichiara di avere optato per uno specialista privato a causa dell'attesa troppo lunga per l'accesso al pubblico.

Ma quanto sono lunghe le liste di attesa che spingono i cittadini a ricorrere al privato? Dati Censis del 2017 consentono di definire la lunghezza media in giorni per alcune prestazioni e le relative oscillazioni tra macroaree (Tabella 3)

Tabella 3 - La lunghezza in giorni delle liste di attesa per alcune prestazioni sanitarie, per area geografica

Visite specialistiche	NO	NE	C	SI	TOT.
Cardiologica	65	51	79	68	67
Ginecologica	42	32	72	41	47
Oculistica	89	104	89	74	87
Ortopedica	53	71	61	77	66
Visite diagnostiche					
Colonscopia	97	50	109	106	93
Mammografia	89	118	127	142	122
Ecografia	42	50	81	74	62
Risonanza magnetica	50	51	110	111	80

Fonte: indagine Censis, 2017

- ◆ per una visita cardiologica l'attesa media è pari a 67 giorni, con una oscillazione tra i 51 giorni del Nord-Est ed i 79 giorni del Centro
- ◆ per una visita ginecologica 47 giorni, passando da 32 giorni al Nord Est a 72 giorni al Centro
- ◆ per la visita oculistica 87 giorni, con 74 giorni al Sud-Isole e 104 giorni al Nord-Est
- ◆ per la visita ortopedica 66 giorni, con 53 giorni al Nord-Ovest e un picco di 77 giorni al Sud-Isole

- ◆ per una colonscopia si attendono 93 giorni, da un minimo di 50 giorni al Nord-Est ad un massimo di 109 giorni al Centro
- ◆ per una mammografia 122 giorni, da 89 giorni al Nord-Ovest a 142 giorni al Sud
- ◆ per una ecografia 62 giorni, da 42 giorni al Nord-Ovest a 81 giorni al Centro
- ◆ per una risonanza magnetica 80 giorni, da 50 giorni al Nord-Ovest a 111 giorni al Sud

Sono tempi di attesa per l'accesso alle strutture pubbliche o convenzionate che rendono più che comprensibile il ricorso al privato soprattutto in presenza di prestazioni urgenti o percepite come tali.

Con simili tempi di attesa è quasi inevitabile che i cittadini si convincano che il ricorso al privato sia obbligato; e anche se non sempre è dettato da una urgenza assoluta, tuttavia l'installarsi nel corpo sociale della convinzione che i tempi di attesa non siano riducibili, non può che generare, da un lato una erosione della fiducia nel servizio sanitario e, dall'altro, la pericolosa convinzione che la salute sia sempre più legata alla condizione economica.

Nel periodo 2014-2017 per la gran parte delle prestazioni sanitarie prese in considerazione si registra un allungamento della lunghezza delle liste di attesa (Tabella 4):

- ◆ le visite cardiologiche sono passate da 59 giorni a 67 giorni, +8 giorni
- ◆ le visite ginecologiche da 38 giorni a 47 giorni, +8 giorni
- ◆ le visite oculistiche da 70 a 87 giorni, con ben 18 giorni in più
- ◆ le visite ortopediche da 48 giorni a 66 giorni, con + 18 giorni
- ◆ la colonscopia da 87 giorni a 93 giorni, + 6 giorni
- ◆ la mammografia da 62 giorni a 122 giorni, con +60 giorni
- ◆ la risonanza magnetica da 74 giorni a 80 giorni, con +6 giorni

Un sentiero di espansione dei tempi di attesa che non è certo secondario rispetto al boom del privato e alla convinzione che in certe situazioni occorre far da se, utilizzando soldi propri.

Tabella 4 - Andamento della lunghezza in giorni delle liste di attesa per alcune prestazioni sanitarie nel periodo 2014-2017

Visite specialistiche	2014	2017	Diff. 2014-2017
Cardiologica	59	67	+8
Ginecologica	38	47	+8
Oculistica	70	87	+18
Ortopedica	48	66	+18
Visite diagnostiche			
Colonscopia	87	93	+6
Mammografia	62	122	+60
Risonanza magnetica	74	80	+6

Fonte: indagine Censis, 2017

F) Il micidiale gorgo della Spesa Sanitaria Privata, potente fonte di disagio e disuguaglianze

1. Gli intrappolati nel gorgo

Quali sono le conseguenze sociali provocate dal finanziamento di una spesa sanitaria privata annuale così ingente che pesa sulle tasche dei cittadini italiani?

È il quesito chiave per capire gli impatti sociali; in concreto, le spese sanitarie che gli italiani affrontano di tasca propria creano un gorgo di difficoltà e disuguaglianze che risucchia milioni di persone e che, ad oggi, è troppo poco compreso nella sua meccanica e rilevanza sociale. In estrema sintesi si rileva che per affrontare spese sanitarie di tasca propria (Tabella 5):

13 milioni di italiani hanno avuto difficoltà economiche con, ad esempio, una riduzione del tenore di vita

7,8 milioni di italiani hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o indebitarsi con parenti, amici o presso banche, istituti di credito vari

1,8 milioni di persone sono entrate nell'area della povertà, sono i saluteimpoveriti

Il gorgo si apre con le persone in difficoltà a causa di spese sanitarie di tasca propria e si chiude, in basso, con quelle risucchiate nelle nuove povertà: una miscela micidiale che moltiplica le disuguaglianze e l'ansia sociale.

È evidente che per i nuovi poveri della sanità e della malattia le spese sanitarie private hanno finito per abbattersi su situazioni di pregressa fragilità economica oppure hanno generato un tale flusso di spese da devastare i pregressi equilibri di *budget*, provocando effetti via via più gravi fino all'estremo della caduta nel girone dei nuovi poveri.

Quel che colpisce è la potenza della regressività degli impatti sociali del gorgo della spesa sanitaria privata coperta con risorse di tasca propria dai cittadini: le famiglie a reddito più basso, o residenti nei territori più deprivati o più bisognose di sanità sono rimaste intrappolate in misura maggiore nel gorgo che, per molti cittadini, ha portato alla povertà pura e semplice.

161

Tabella 5 - Il gorgo della spesa sanitaria privata: italiani che hanno subito conseguenze economiche nel dover affrontare spese sanitarie private (val. %)

Italiani che in un anno:	v.a.
Hanno avuto difficoltà nell'affrontare le spese sanitarie private di tasca propria	13.000.000
Hanno dovuto usare tutti i propri risparmi e/o si sono dovuti indebitare con parenti, amici e/o banche, altri istituti per coprire spese sanitarie private di tasca propria	7.800.000
Dichiarano di essere entrati nell'area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria	1.800.000

Fonte: indagine Censis, 2017

2. Aspetti del profilo degli intrappolati

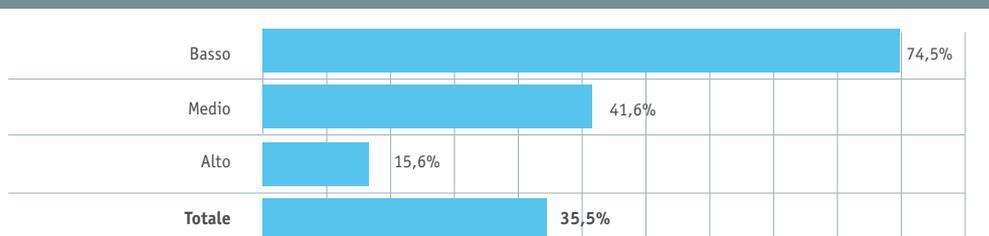
2.1. Le persone in difficoltà

13 milioni di italiani hanno avuto difficoltà nel pagare spese sanitarie di tasca propria, con un abbassamento del tenore di vita, magari dettato dalla necessità di

ridurre altri consumi. Il fenomeno ha carattere regressivo poiché:

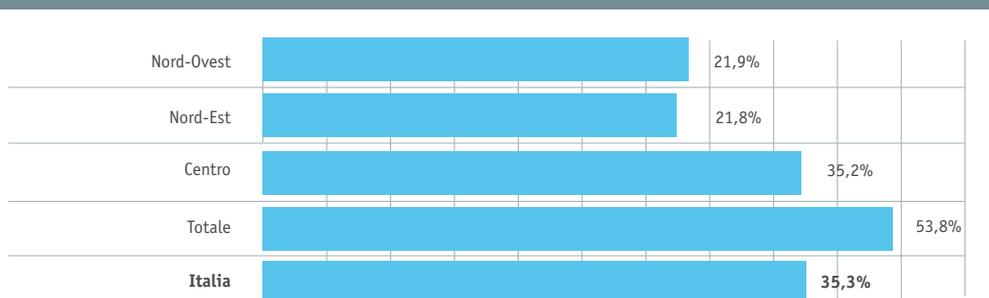
- ◆ il 74,5% delle persone a basso reddito che hanno affrontato spese sanitarie private ha avuto difficoltà di contro al 15,6% di quelle a reddito più alto (Grafico 4). La quota di persone a basso reddito che ha avuto difficoltà nel pagare spese sanitarie di tasca propria è pari a oltre quattro volte quella delle persone benestanti
- ◆ la percentuale sale dal 21,9% del Nord-Ovest e dal 21,8% del Nord-Est al 35,2% del Centro al 53,8% del Sud-Isole (Grafico 5). In quest'ultima area geografica le persone in difficoltà per le spese sanitarie private sono più del doppio di quelle registrate al Nord e oltre il 18% in più di quelle individuate al Centro

Grafico 4 - Italiani che hanno avuto difficoltà nell'affrontare spese sanitarie private di tasca propria, per livello di reddito (val. %) [Le percentuali indicano per ciascuna livello di reddito le quote di persone che nell'affrontare spese sanitarie di tasca propria hanno avuto difficoltà]



Fonte: indagine Censis, 2017

Grafico 5 - Italiani che hanno avuto difficoltà nell'affrontare spese sanitarie private di tasca propria, per area geografica (val. %) [Le percentuali indicano per ciascuna area geografica le quote di persone che nell'affrontare spese sanitarie di tasca propria hanno avuto difficoltà]



Fonte: indagine Censis, 2017

La sanità pagata privatamente con risorse di tasca propria dai cittadini è il perno di una dinamica sociale divaricante che approfondisce le linee di frattura sociale e territoriale. Non solo, ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure, più soffre sul piano economico.

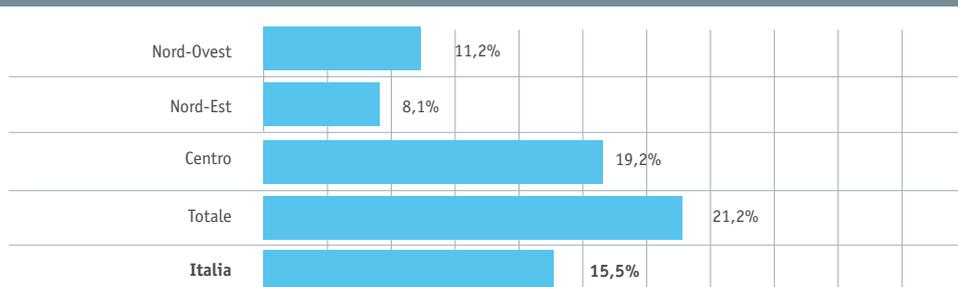
2.2. Le persone che hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o si sono indebitate

7,8 milioni di italiani per coprire le spese sanitarie private hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o indebitarsi con parenti e/o amici e/o presso banche, istituti di credito vari.

Se ne riscontrano di più:

- ◆ nel Sud-Isole (il 21,2% dei residenti che hanno affrontato spese sanitarie private) rispetto al Centro (19,2%) e, soprattutto, al Nord-Est (8,1%) ed al Nord-Ovest (11,2%) (**Grafico 6**)

Grafico 6 - Italiani che per affrontare le spese sanitarie private hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi e/o si sono indebitati, per area geografica (val. per 100 persone con le stesse caratteristiche) [Le percentuali indicano per ciascuna area geografica le quote di persone che per affrontare spese sanitarie private di tasca propria hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi e/o si sono dovute indebitare]

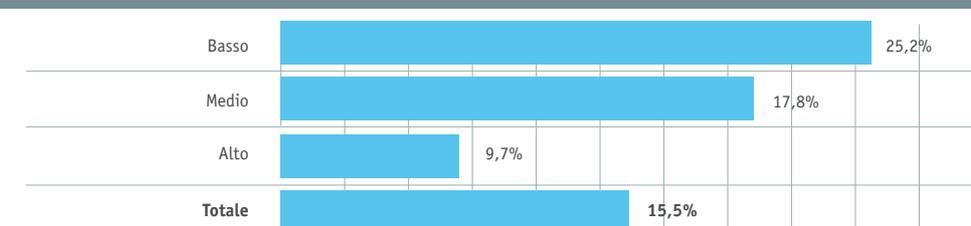


Fonte: indagine Censis, 2017

163

- ◆ tra le famiglie a basso reddito (25,2%) rispetto a quelle con reddito medio (17,8%) e quelle con reddito più alto (9,7%) (**Grafico 7**)

Grafico 7 - Italiani che per affrontare le spese sanitarie private hanno dovuto utilizzare tutti i risparmi e/o si sono indebitati, per livello di reddito (val. per 100 persone con le stesse caratteristiche) [Le percentuali indicano per ciascun livello di reddito le quote di persone che per affrontare spese sanitarie private di tasca propria hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi e/o si sono dovute indebitare]



Fonte: indagine Censis, 2017

- ◆ tra le persone affetta da patologie croniche (19,1%) e quelle con stato di salute insufficiente o pessimo (28,4%)

La mappa delle persone che hanno usato tutti i propri risparmi e/o si sono indebitate per ragioni sanitarie mostra come il fenomeno colpisca più duramente nei gruppi sociali più fragili e/o tra le persone che per condizione di salute più hanno bisogno della sanità.

2.3. I saluteimpoveriti

1,8 milioni di persone sono entrate nell'area della povertà a seguito di spese sanitarie che hanno dovuto affrontare di tasca propria: ne sono più coinvolte le persone a basso reddito (il 9%), i non autosufficienti (7,8%), i residenti al Centro (4,7%) e al Sud-Isole (4,1%) (Tabella 6).

Guai a sottovalutare che nell'area dei *saluteimpoveriti* ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale.

Che sia perché si abbattono su redditi risicati o che sia perché hanno una tale dimensione quantitativa da schiacciare le risorse disponibili delle persone coinvolte, le spese sanitarie private entrano a pieno titolo tra le cause di nuova povertà.

Dati ed esperienze dei *nuovi poveri della sanità e della malattia* raccontano di *budget* familiari saltati in aria a seguito di un flusso intenso e/o prolungato di pagamenti per la sanità.

Tabella 6 - I saluteimpoveriti: alcune caratteristiche del profilo

(val. per 100 persone con le stesse caratteristiche)

I saluteimpoveriti	val. %
Livello di reddito	
Basso	9,0
Medio	3,7
Alto	1,1
Area geografica	
Nord-Ovest	2,7
Nord-Est	2,4
Centro	4,7
Sud-Isole	4,1
Famiglie con	
Non autosufficienti	7,8
Neet	5,6
Figli minori	3,8
Totale	3,5

Fonte: indagine Censis, 2017

G) La copertura del Servizio Sanitario per i farmaci non è così completa

È utile individuare le prestazioni che più hanno generato difficoltà economiche per le persone che ne avevano bisogno e hanno dovuto acquistarle sul mercato privato.

Le visite specialistiche (74,7%), i farmaci (53,2%), gli accertamenti diagnostici (41,1%), l'odontoiatria (40,2%), le analisi del sangue (31%), lenti e occhiali da vista (26,6%), le prestazioni di riabilitazione (14,2%), protesi, tutori, ausili vari (8,9%), assistenza sociosanitaria a domicilio (5,7%) (Tabella 7).

Tabella 7 - Italiani che hanno avuto difficoltà economiche per tipologia di prestazione sanitaria acquistata (val. %)		Fonte: indagine Censis, 2017
I saluteimpoveriti		val. %
Visite specialistiche		74,7
Farmaci		53,2
Accertamenti diagnostici		41,1
Odontoiatria		40,2
Analisi del sangue		31,0
Lenti/occhiali da vista		26,6
Riabilitazione		14,2
Protesi, ausili, tutori		8,9
Assistenza sociosanitaria a domicilio		5,7

Fonte: indagine Censis, 2017

165

Le visite specialistiche sono ovunque la causa massima di difficoltà per le tasche degli italiani in ambito sanitario, con un epicentro della crisi al Centro dove sono richiamati dall'81,4% di coloro che hanno avuto difficoltà.

Gli accertamenti diagnostici hanno generato maggiori difficoltà per i residenti nelle regioni del Sud-Isole e, più ancora, del Centro, rispetto a quelli delle due macro aree del Nord.

Sui farmaci occorre ormai stracciare il velo della reale tutela costituita dai farmaci garantiti dal Servizio sanitario, perché al di là dei farmaci salvavita ve ne sono molti altri dei quali i pazienti non possono fare a meno, ma che devono acquistare di tasca propria.

Esempi indicativi riguardano i farmaci sottoposti a Note Aifa, indicazioni limitative prodotte dalla Agenzia Italiana del Farmaco che ciascun medico deve obbligatoriamente rispettare per poter prescrivere alcuni farmaci a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Si tratta di uno strumento regolatorio che fissa ambiti di rimborsabilità dei farmaci, ma senza interferire con la libertà di prescrizione del medico, in altre parole, esistono ambiti di prescrivibilità secondo indicazioni clinico-terapeutiche, per i quali il costo della terapia è a carico del cittadino.

Alcuni esempi riguardano gli antinfiammatori non steroidei, per i quali la Nota Aifa fissa precise condizioni patologiche (artropatie su base connettivica,

osteoartriosi in fase algica o infiammatoria, dolore neoplastico e attacco acuto di gotta), rendendo a carico del cittadino il farmaco antinfiammatorio per condizioni infiammatorie e dolorose dell'apparato muscolo-scheletrico anche molto comuni, come ad esempio tendiniti, periartite della spalla, traumatismi, algie post chirurgiche ecc..

In ambito dermatologico, i medici di medicina generale possono prescrivere i preparati per uso topico (creme, pomate, ecc.) a carico del Servizio sanitario solo per pazienti affetti da patologie cutanee gravi e croniche (ad es. psoriasi, dermatite atopica) solo su diagnosi specialistica, mentre per le altre condizioni patologiche della cute, peraltro anch'esse molto comuni (ad esempio, dermatiti, micosi, piccole ustioni, infezioni della cute, punture di insetto, ecc.) il cittadino deve pagarseli da solo.

In ambito oftalmico, sono prescrivibili a carico del Servizio sanitario i soli colliri per il trattamento del glaucoma, mentre sono a carico del cittadino (collocati in fascia C) la gran parte dei colliri a base di antinfiammatori, steroidi o antibiotici per il trattamento delle comuni e frequenti patologie oftalmiche, come capita per la totalità dei colliri per il post operatorio dell'intervento per cataratta.

Poi i farmaci antistaminici, la prescrivibilità a carico del Servizio sanitario è limitata ai pazienti affetti da patologie su base allergica di grado medio e grave (rinocongiuntivite allergica stagionale, orticaria persistente non vasculitica) per trattamenti prolungati (superiori ai 60 giorni); negli altri casi, in cui serve un trattamento con antistaminici per brevi periodi (ad esempio manifestazioni allergiche transitorie, orticaria occasionale, ecc.) il farmaco è a carico del cittadino.

Le difficoltà finanziarie rispetto all'acquisto di farmaci da parte dei cittadini, quindi, non sono necessariamente o esclusivamente legate ad una insana voglia di farmaci o all'assunzione inappropriata degli stessi: ci sono farmaci che semplicemente non sono erogati nell'ambito del Servizio sanitario pur appropriati dal punto di vista clinico.

Non sorprende quindi che il 69,2% dei non autosufficienti che hanno avuto difficoltà nel fronteggiare spese sanitarie private indichi il caso dei farmaci.

H) Dimmi dove vivi e ti dirò su quale sanità puoi contare

Lo sforzo di riequilibrio finanziario della sanità italiana è evidente nei numeri poiché nel periodo 2009-2015 la spesa sanitaria pubblica è stata tagliata in media per ciascun anno dell'1,1%, come indicato dalla Corte dei Conti. Nello stesso periodo la spesa sanitaria pubblica in termini reali aumentava in media annua del +0,8% in Francia e del +2% in Germania.

Dati Ocse 2015 indicano che in rapporto al Pil in Italia la spesa sanitaria pubblica è pari al 6,8%, mentre in Francia è pari all'8,6% e in Germania al 9,4%.

I cittadini italiani quindi possono contare su minori risorse pubbliche in sanità,

anche a seguito dei successivi, prolungati e differenziati per regione interventi per riconquistare la sostenibilità finanziaria del sistema: uno sforzo non senza impatti sulla qualità dell'offerta.

Dati Censis 2017 indicano che il 64,5% degli italiani è soddisfatto del Servizio sanitario, il 35,5% non è soddisfatto: sono soddisfatti il 76,4% al Nord-Ovest, l'80,9% al Nord-Est, il 60,4% al Centro ed il 47,3% al Sud-Isole (Tabella 8).

Tabella 8 - Giudizio dei cittadini sul Servizio Sanitario della propria regione, per area geografica (val. %)

Lei è soddisfatto del Servizio Sanitario della sua Regione?	NO	NE	C	SI	TOT.
Sì	76,4	80,9	60,4	47,3	64,5
No	23,6	19,1	39,6	52,7	35,5

Fonte: indagine Censis, 2017

Tabella 9 - Performance nell'ultimo anno del Servizio Sanitario regionale secondo i cittadini, per area geografica (val. %)

Secondo lei nell'ultimo anno, il Servizio Sanitario della sua Regione è	NO	NE	C	SI	TOT.
Migliorato	11,8	13,1	11,4	13,3	12,5
Peggiorato	25,2	26,1	34,2	38,9	31,8
Rimasto uguale	63,0	60,8	54,3	47,9	55,7

Fonte: indagine Censis, 2017

Il 31,8% degli italiani è convinto che nell'ultimo anno il Servizio sanitario sia peggiorato, il 12,5% che sia migliorato e il 55,7% che sia rimasto stabile (Tabella 9).

Nelle macro aree i valori corrispondenti sono:

- ◆ al Nord-Ovest il 25,2% ritiene sia peggiorato, l'11,8% migliorato, il 63% rimasto uguale
- ◆ al Nord-Est il 26,1% peggiorato, il 13,1% migliorato ed il 60,8% rimasto uguale
- ◆ al Centro il 34,2% peggiorato, il 11,4% migliorato ed il 54,3% rimasto uguale
- ◆ al Sud-Isole il 38,9% peggiorato, il 13,3% migliorato ed il 47,9% rimasto uguale

Storicamente la sanità italiana ha avuto *performance* territorializzate con diversificate capacità di copertura, in linea con quel divario Nord-Sud che è una costante della storia unitaria in ogni ambito.

La novità che va emergendo è però una dinamica centrifuga, con traiettorie distinte ma anche sempre più distanti che penalizzano in generale la macro area Sud-Isole e, presumibilmente all'interno della stessa alcune regioni che tendono a perdere ancora più terreno delle altre.

Così un sistema come quello sanitario, un tempo unitario e alla ricerca di meccanismi di perequazione per le tutele garantite ai cittadini, oggi non solo si riscopre ancora molto diversificato al suo interno, ma prende atto di una dinamica divaricante che moltiplica le disuguaglianze tra territori e gruppi sociali.

L'analisi delle quote di residenti soddisfatti e quelle relative alla valutazione delle

performance delle sanità regionali indicano esperienze completamente diverse dei cittadini in rapporto alla sanità del proprio territorio di residenza.

E' in atto una dinamica divaricante che si muove sicuramente lungo l'asse Nord-Sud e che tuttavia è poi fatta di una rilevante articolazione interna che genera una diversificazione estrema della reale tutela sanitaria garantita ai cittadini.

Tabella 10 - Graduatoria delle regioni per variazione delle persone con malattie croniche in buona salute, anni 2006-2016 (var. % 2006-2016, val. %)

Rank	Regioni	var.% 2006-2016	Cronici in buona salute 2016 (val. %)
1	Emilia-Romagna	+27,7	48,4
2	Valle d'Aosta	+23,8	52,7
3	Lombardia	+21,7	48,8
4	Trentino Alto Adige	+21,5	57,9
5	Piemonte	+17,5	43,5
6	Friuli-Venezia Giulia	+12,4	44,3
7	Veneto	+5,4	45,5
8	Marche	+1,5	42
9	Toscana	-1,4	40,6
10	Puglia	-1,7	40
11	Umbria	-2,3	43,5
12	Liguria	-6,5	39,1
13	Abruzzo	-6,6	37,5
14	Lazio	-8,2	40,8
15	Sicilia	-10,1	36
16	Campania	-11,6	38,4
17	Sardegna	-15,8	35,7
18	Molise	-17	35,8
19	Calabria	-29,9	28,7
20	Basilicata	-40,6	28,7
	Italia	+2,7	42,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Le disparità territoriali nelle opportunità di tutela e cura della salute hanno impatti rilevanti nel lungo periodo che emergono prepotenti anche su aspetti molto più concreti, specifici, come ad esempio l'andamento delle persone con malattie croniche in buona salute nel periodo 2006-2016 (Tabella 10).

Le regioni in cui le quote di cronici in buona salute sono diminuite di più sono rispettivamente la Basilicata (-40,6%, con 28,7% di cronici in buona salute), la Calabria (-29,9%, con 28,7% di cronici in buona salute), Molise (-17%, 35,8%), la Sardegna (-15,8%, 35,7%) e la Campania (-11,6%, 38,4%).

L'univocità dei *trend* degli indicatori che penalizzano le regioni meridionali segnala un processo sociale più profondo che chiama in causa anche le sanità locali, visibilmente in ritardo rispetto all'assistenza ospedaliera e alle nuove sfide assistenziali per le cronicità.

D'altro canto, anche un indicatore complesso e di lunga deriva come la speranza di vita comincia ad introiettare le diverse *performance* delle sanità regionali, se è vero che nel meridione da almeno due anni ha subito una torsione in basso, fenomeno assolutamente inedito rispetto al *trend* di lungo periodo.

I) I fuggiaschi delle sanità regionali che meno funzionano

Votare con i piedi è una pratica diffusa nelle società contemporanee, e vuol dire che il cittadino o consumatore semplicemente cambia luogo o provider quando non trova risposte adeguate alle proprie esigenze. Nella sanità italiana, in particolare in quella delle regioni meridionali, i fuggiaschi sono un componente stabile di antica data.

Di solito l'attenzione è focalizzata sui ricoveri ospedalieri e sulla mobilità interregionale ospedaliera che segna 740 mila ricoveri in un anno di cittadini in regioni diverse dalla propria; la maggiore facilità degli spostamenti e costi meno alti del passato hanno comunque moltiplicato i fuggiaschi anche per altre prestazioni sanitarie, dalle visite specialistiche agli accertamenti diagnostici alle pratiche riabilitative.

Si possono stimare in 6,5 milioni gli italiani che dichiarano che nell'ultimo anno si sono rivolti a vario titolo al sistema sanitario pubblico o privato di un'altra regione. In tale dato rientrano sia gli spostamenti legati alle acuzie che quelli relativi a specifiche prestazioni di tipo ambulatoriale o per accertamenti diagnostici o anche per visite specialistiche: e sono inclusi sia gli spostamenti più lunghi che quelli frontalieri tra regioni.

I *fuggiaschi della sanità* sono ormai una componente stabile e rilevante del popolo della sanità italiana: persone che vanno a cercare prestazioni che nel proprio territorio o non ci sono oppure valutano di qualità inadeguata.

Tecnicamente la mobilità sanitaria è stata un grande perequatore poiché ha spostato flussi di domanda, allentando la pressione quali-quantitativa sulle sanità considerate meno buone dai propri cittadini.

Ovviamente anche la mobilità sanitaria, soprattutto se obbligata, opera come un pericoloso moltiplicatore di disparità, sia perché chi deve spostarsi ha una condizione più penosa dei cittadini che possono beneficiare della sanità della propria regione, sia perché ci sono cittadini che non possono affrontare i costi degli spostamenti e quindi rientrano poi nell'area del rimpianto, cioè di coloro che sono convinti che se avessero avuto più soldi avrebbero potuto beneficiare della sanità di altre regioni, di più alto livello.

Il dato dei fuggiaschi ha una fortissima connotazione territoriale ed oscilla tra l'8,8% del Nord-Ovest e più del 16% del Sud-Isole.

Il ricorso alla sanità di un'altra regione espone comunque a spese sanitarie di tasca propria più alte, oltre che a spese di integrazione ineludibili, come ad esempio quelle legate a trasporto, vitto e alloggio; pur limitandosi alle spese sanitarie in senso stretto, il 57% delle persone che si sono rivolte alla sanità di un'altra regione ha avuto difficoltà nel fronteggiarle.

E' evidente a questo stadio che le dinamiche divaricanti tra le sanità regionali sono anche esito della stagione devolutiva che non ha attivato alcun virtuoso meccanismo di competizione verso l'alto e verso il meglio tra i Servizi sanitari dei vari territori, e

anzi ha messo ancor più in rilievo l'esistenza di coperture diversificate, con un ampliamento delle distanze regionali.

In Italia oggi ci sono 21 servizi sanitari diversificati, che mostrano quanto velleitario sia stato ogni tentativo di trasferire in modo tecnico e neutrale una presunta modellistica di *governance* e organizzazione sanitaria più efficiente e/o meno costosa da un contesto regionale all'altro; né le forzature sulla omogeneità dei costi delle prestazioni né quella sugli obblighi sui vincoli di bilancio con i processi di ristrutturazione imposti con i piani di rientro sono stati origine di meccanismi perequativi della qualità.

Nelle regioni in cui la sanità ha qualità più bassa si registra sempre più una dinamica di ulteriore peggioramento, con un più forte desiderio dei cittadini di tali regioni di fuggire altrove per avere accesso alla buona sanità.

Sezione 3
Chi siamo



RBM Assicurazione Salute S.p.A.[®] RBM Assicurazione Salute S.p.A.[®] è la più grande Compagnia specializzata nell'assicurazione sanitaria per raccolta premi e per numero di assicurati. Si prende cura ogni giorno degli assistiti delle più Grandi Aziende Italiane, dei principali Fondi Sanitari Integrativi Contrattuali, delle Casse Assistenziali, degli Enti Pubblici, delle Casse Professionali e di tutti i Cittadini che l'hanno scelta per prendersi cura della propria salute. È la Compagnia che dispone del più ampio *network* di strutture sanitarie convenzionate gestito secondo gli *standard* della Certificazione ISO 9001 per garantire sempre ai propri assicurati cure di qualità. Con RBM Assicurazione Salute la persona è sempre al centro perché prima delle spese sanitarie la mission è assicurare la Salute. È per questo che RBM Assicurazione Salute è l'unica Compagnia a garantire ai propri assicurati la possibilità di costruire un piano sanitario su misura (www.tuttosalute.it) e ad investire sulla loro salute promuovendo gratuitamente visite e controlli presso i tanti Centri Autorizzati presenti sul territorio nazionale (www.alwaysalute.it).

Nel 2017 RBM Assicurazione Salute è stata premiata per il terzo anno consecutivo come Miglior Compagnia Salute nello Sviluppo delle Polizze Malattia (Italy Protection Awards); ha ricevuto anche il premio come Miglior Campagna Prodotto con Servizio Sanitario Personale (MF-Milano Finanza). Nel 2016 ha conseguito il riconoscimento di Miglior Campagna Prodotto con RBMTUTTOSalute!2.0 (MF-Milano Finanza), nel 2015 come Eccellenza dell'Anno nell'Assicurazione Salute (Premio Internazionale Le Fonti) e come Top Investor nel Ramo Salute (MF-Milano Finanza), Excellence of the Year in the Health Insurance for Italy (LAIR Awards).



Fondazione CENSIS, - Centro Studi Investimenti Sociali, è un istituto di ricerca socioeconomica fondato nel 1964. A partire dal 1973 è diventato una Fondazione riconosciuta con D.P.R. n. 712 dell'11 ottobre 1973. Il Censis svolge da oltre cinquant'anni una costante e articolata attività di ricerca, consulenza e assistenza tecnica in campo socio-economico. Tale attività si è sviluppata nel corso degli anni attraverso la realizzazione di studi sul sociale, l'economia e l'evoluzione territoriale, programmi d'intervento e iniziative culturali nei settori vitali della realtà sociale: la formazione, il lavoro e la rappresentanza, il welfare e la sanità, il territorio e le reti, i soggetti economici, i media e la comunicazione, il governo pubblico, la sicurezza e la cittadinanza. Il lavoro di ricerca viene svolto prevalentemente attraverso incarichi da parte di ministeri, amministrazioni regionali, provinciali, comunali, camere di commercio, associazioni imprenditoriali e professionali, istituti di credito, aziende private, gestori di reti, organismi internazionali, nonché nell'ambito dei programmi dell'Unione Europea. L'annuale "Rapporto sulla situazione sociale del Paese", redatto dal Censis sin dal 1967, viene considerato il più qualificato e completo strumento di interpretazione della realtà italiana agli *standard* internazionali.



La popolazione italiana sta cambiando, come del resto il suo rapporto con la salute e con la vecchiaia, la cronicizzazione delle patologie e la multi-cronicità sono condizioni sempre più frequenti. L'invecchiamento, l'aumento della longevità, il costo della tecnologia, i farmaci innovativi mettono a dura prova la tenuta del Servizio Sanitario Nazionale facendo crescere il fabbisogno di risorse finanziarie aggiuntive necessarie per mantenerne inalterata la capacità assistenziale. Entro la fine del prossimo decennio per poter garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario del nostro Paese saranno necessari dai 20 ai 30 miliardi di Euro aggiuntivi.

Nel contempo la spesa sanitaria privata continua a crescere (35,2 miliardi di euro nel 2016), oltre 580 Euro pro capite corrispondenti a poco meno di 2.000 Euro per nucleo familiare, come pure il numero delle persone costrette a rinviare e/o rinunciare alle cure (12,2 milioni di italiani nel 2016) palesando le difficoltà crescenti del Servizio Sanitario Nazionale e dei Livelli Essenziali di Assistenza a garantire una copertura efficace dei bisogni di cura degli italiani.

Coniugare previdenza e sanità, longevità e salute, benessere fisico ed economico non richiede solamente di identificare soluzioni di natura economica a sostegno dei cittadini ma di rinnovare il patto sociale sul quale si basa l'intero sistema. Per far fronte adeguatamente a tali sfide è fondamentale porre al centro dell'agenda politica un «**robusto tagliando**» del nostro Sistema Sanitario che intervenga strutturalmente sul tema del finanziamento e della qualità delle cure, per recuperare le «quote di universalismo perdute» e ripristinarne la capacità redistributiva.

Il Sistema Sanitario deve essere riorganizzato sulla base di un **modello multipilastro** perché la **sostenibilità** è una direttrice prioritaria per guidare nuove politiche, piani e programmi. È importante tornare ad investire sulla Salute attraverso l'empowerment e la responsabilizzazione dei cittadini, la riorganizzazione dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, la prevenzione e la diversificazione delle fonti di finanziamento **misure che complessivamente possono liberare risorse aggiuntive per il Servizio Sanitario per oltre 35 miliardi**. La miglior tutela dell'universalismo e dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale passa per lo sviluppo di un Secondo Pilastro anche in Sanità, da aggiungere al Servizio Sanitario Nazionale ed in grado di recuperare una dimensione collettiva per la spesa sanitaria privata contenendone nel contempo l'impatto sui redditi delle famiglie.

Occorre camminare **insieme** in questa direzione non lasciando più soli i cittadini, informandoli di questa nuova importante opportunità e scrivendo nuove regole che possano preservare i fondamentali del nostro Sistema Sanitario, assicurando una risposta sicura per la nostra Salute e per quella delle future generazioni.

ISBN 978-88-941528-9-0

prima edizione luglio 2017