RAPPORTO RBM-CENSIS SANITÀ INTEGRATIVA

2017-2018

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

Prima edizione: febbraio 2019. Copyright® RBM.
Il presente Rapporto è stato realizzato grazie al supporto incondizionato di RBM.
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 che ne detiene tutti i diritti. L'utilizzo dei grafici e dei dati presenti nel volume potrà essere effettuato portando evidenza della fonte: "Rapporto RBM-Censis Sanità Integrativa 2017-2018".

RAPPORTO RBM-CENSIS SANITÀ INTEGRATIVA*

2017-2018

A cura di Marco Vecchietti

* Estratto delle sezioni della Spesa Sanitaria Intermediata del VII e VIII Rapporto RBM-Censis

INDICE

Introduzione 7

Premessa. Il Sistema Sanitario Italiano. Un quadro di sintesi 8
1) Il contesto 8
2) I "nuovi" bisogni di cura 8

A) Spesa Sanitaria Privata e Forme Sanitarie Integrative, il panorama internazionale 10
A.1) Spesa Sanitaria Privata in Italia e all'Estero 10
A.2) Diffusione delle Forme Sanitarie Integrative nei Paesi OCSE 12

B) Sanità Integrativa e Spesa Sanitaria Intermediata in Italia 15
B.1) Sanità Integrativa: prima di tutto un po' di chiarezza 15
B.1.1) Le Forme Sanitarie Integrative 15
B.1.2) Fondi DOC, Fondi NON DOC e regime fiscale 16
B.2) La Sanità Integrativa oggi 16
B.2.1) Diffusione della Sanità Integrativa per fascia di reddito 19
B.2.2) Diffusione della Sanità Integrativa per fase della vita 21
B.2.3) Diffusione della Sanità Integrativa per stato di salute 24
B.2.4) Diffusione della Sanità Integrativa per professione 27
B.2.5) Diffusione della Sanità Integrativa per territorio 28

C) Il Rapporto RBM – Censis Sanità Integrativa 2017-2018. Descrizione della metodologia, dei cluster di analisi e del campione utilizzato 32

D) Contributi e premi delle Forme Sanitarie Integrative 33

E) Livelli Assistenziali delle Forme Sanitarie Integrative 35
E.1) Quali prestazioni assicura la Sanità Integrativa 35
E.2) Regimi di erogazione delle Forme Sanitarie Integrative 37
E.3) Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: investire nella salute 37
E.4) I protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative 39
E.4.1) Screening di base 39
E.4.1.1) Screening oncologico 39
E.4.1.2) Screening cardiovascolare 40
E.4.1.3) Prevenzione odontoiatrica 40
E.4.2) Altre tipologie di screening "specifici" 42

F) Sanità Integrativa e settore assicurativo 43

G) Il regime fiscale della Spesa Sanitaria Privata e delle Forme Sanitarie Integrative 46

H) L'evoluzione dei principali Sistemi Sanitari Europei. Il modello multi-pilastro per garantire un "nuovo" universalismo 52
H.1) L'evoluzione dei Sistemi Sanitari multipilastro in Europa 52
H.1.1) Il percorso della Francia 52
H.1.2) Il percorso del Regno Unito 53
H.1.3) Il percorso della Germania 54
H.2) Identikit dei principali Secondi Pilastri Sanitari in Europa 54
H.2.1) Il Secondo Pilastro Sanitario Francese 55
H.2.2) Il Secondo Pilastro Sanitario Britannico 56
H.2.3) Il Secondo Pilastro Sanitario Tedesco 56
H.3) Italia: A.A.A. Secondo Pilastro Sanitario cercasi 56

I) Sanità Integrativa: opportunità e potenzialità 58
I.1) Cure private: meglio il "fai da te" o meglio la Sanità Integrativa? 58
I.2) Sanità Integrativa: le policy possibili 58
I.2.1) Forme Sanitarie Integrative e sostenibilità del S.S.N. 59
I.2.2) Forme Sanitarie Integrative e gestione (intermediazione) della Spesa Sanitaria Privata 60
I.2.3) Forme Sanitarie Integrative e perequazione della capacità assistenziale territoriale 60

J) Per una possibile Riforma della Sanità Integrativa 61
J.1) Proposte per un Sistema Sanitario più sostenibile, più equo e più inclusivo 61
J.2) I L.E.A., l'intermediazione della Spesa Privata e la mission delle Forme Sanitarie Integrative 61
J.3) Punti chiave per una Riforma efficace delle Forme Sanitarie Integrative 62

Conclusioni 63

Appendice 1 - Indice Grafici e tabelle 64

Appendice 2 - Bibliografia 67

Il Rapporto RBM-Censis Sanità Integrativa 71

Team di Ricerca 72

INTRODUZIONE

La Sanità Integrativa ha assunto ormai una dimensione autonoma nell'attuale Sistema Sanitario del nostro Paese. Si tratta di una realtà piuttosto eterogenea frutto dell'autonomia negoziale delle Parti Sociali e delle Professioni, del recupero da parte delle aziende di una "vocazione sociale" che affonda le sue radici nelle esperienze storiche di *Welfare* Aziendale e da una rinnovata attenzione del settore assicurativo per l'Assicurazione Sanitaria.
Obiettivo di questo lavoro, in continuità con l'approccio metodologico adottato sin dalla prima edizione di questo Rapporto (2010), è di mettere a disposizione del dibattito pubblico contenuti e misurazioni che consentano di apprezzare le dimensioni effettive del settore della Sanità Integrativa avvalendosi di strumenti valutativi statistici ed attuariali documentati nella letteratura scientifica.
L'indagine condotta dal nostro team di ricerca si basa su un campione di oltre 90 tra le principali Forme Sanitarie Integrative che assicurano complessivamente oltre 1/3 del totale degli assicurati della Sanità Integrativa.
Al fine di garantire il più elevato grado di comparabilità tra le diverse esperienze analizzate il Rapporto utilizza 7 macro-cluster identificativi delle diverse tipologie di Forme Sanitarie Integrative, ponderati in base alla loro effettiva rappresentatività. Si tratta in particolare delle 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 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 Assicurative mediante canale diretto (online e/o telefonico) o attraverso reti distributive (agenzie/banche).
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 preconcette sulla Sanità Privata, i Fondi Integrativi 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 e il valore sociale del modello di protezione che abbiamo tutti contribuito a costruire fino ad oggi.

Premessa. Il Sistema Sanitario italiano. Un quadro di sintesi

1) Il contesto

Le modifiche demografiche della popolazione italiana, l'aumento della longevità, l'evoluzione tecnologica e i nuovi farmaci mettono a rischio la sostenibilità del Sistema Sanitario del nostro Paese sia dal punto di vista finanziario sia in un'ottica di mantenimento di un'adeguata capacità assistenziale. Inoltre la crescente cronicizzazione delle malattie e l'incremento del tasso di dipendenza impongono di identificare modelli organizzativi e di servizio per rispondere con efficacia ai "nuovi" bisogni di cura.

Il Servizio Sanitario Nazionale, pilastro fondamentale per la tutela della salute di tutti i cittadini italiani, è stato istituito in un contesto demografico, sanitario ed economico molto diverso da quello appena descritto e non risulta oggi organizzato ad affrontare queste sfide.

Per troppo tempo si è guardato a questa situazione in una prospettiva esclusivamente ideologica sottovalutando la portata crescente del problema legata non solo alla riduzione progressiva della Spesa Sanitaria Pubblica ma, e soprattutto, ad un modello assistenziale non più allineato con il contesto di riferimento. La conferma di questa analisi viene dai fatti: la Spesa Sanitaria Privata, infatti, continua a crescere alimentandosi ogni anno prevalentemente attraverso il mancato assorbimento dei "nuovi" bisogni di cura dei cittadini da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Sono 150 milioni le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani (ovvero erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale), per una spesa complessiva di 39,7 miliardi[1] di EUR. Il fenomeno, in costante espansione (+9,6% tra 2013 e 2017), riguarda più di 2 italiani su 3 (oltre 44,1 milioni di persone) con un esborso medio di circa 655 € per cittadino. In particolare, 7 cittadini su 10 acquistano farmaci (per una spesa complessiva di 17 miliardi di EUR); 6 cittadini su 10 visite specialistiche (per circa 7,5 miliardi di EUR); 4 cittadini su 10 prestazioni odontoiatriche (per oltre 8 miliardi di EUR); oltre 5 cittadini su 10 prestazioni diagnostiche ed analisi di laboratorio (per poco meno di 3,8 miliardi di EUR); oltre 1,5 cittadini su 10 occhiali e lenti (per circa 2 miliardi di EUR) e meno di 1 cittadino su 10 protesi, presidi (per quasi 1 miliardo di EUR). È per questo motivo che è fondamentale iniziare a parlare di Spesa Sanitaria Privata, anche a prescindere dal Servizio Sanitario Nazionale, anzitutto per comprenderne le caratteristiche e le determinanti e con l'obiettivo di garantirne la compatibilità con i fondamentali del Sistema Sanitario del nostro Paese.

2) I "nuovi" bisogni di cura

L'Italia è tra i Paesi più longevi d'Europa e del Mondo, si colloca al secondo posto dopo la Svezia per la più elevata speranza di vita alla nascita per gli uomini (80,3 anni) e al terzo posto dopo Francia e Spagna per le donne (84,9 anni) (media UE rispettivamente di 77,9 anni e di 83,3 anni).

Tuttavia vivere a lungo non vuol dire necessariamente vivere bene: esaminando infatti la speranza di vita senza limitazioni, dovuta a problemi di salute, l'Italia si colloca in 15a posizione, al di sotto della media dell'UE. In particolare aumentano gli italiani con limitazioni fisiche, che non sono in grado di svolgere da soli attività quotidiane semplici come telefonare o preparare i pasti (+4,6% tra 2015 e 2016).

Il fenomeno della cronicità è in costante e progressiva crescita: secondo dati Istat nel 2013 circa il 38% dei residenti in Italia dichiarava di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche, nel 2016 tale quota sale al 39,1%, con conseguente necessità di ulteriori risorse sanitarie, economiche e sociali.

Aumenta anche la compresenza, in un paziente, di più di una di queste malattie. La prevalenza di pazienti con multicronicità risulta in crescita dal

1 In base agli ultimi dati pubblicati dall'Istat la Spesa Sanitaria Privata delle famiglie italiane nel 2017 è stata pari a 37,3 miliardi di EUR. In base alle rilevazioni effettuata in fase di predisposizione del presente Rapporto attualmente la Spesa Sanitaria Privata si attesta a poco meno di 40 miliardi di EUR.

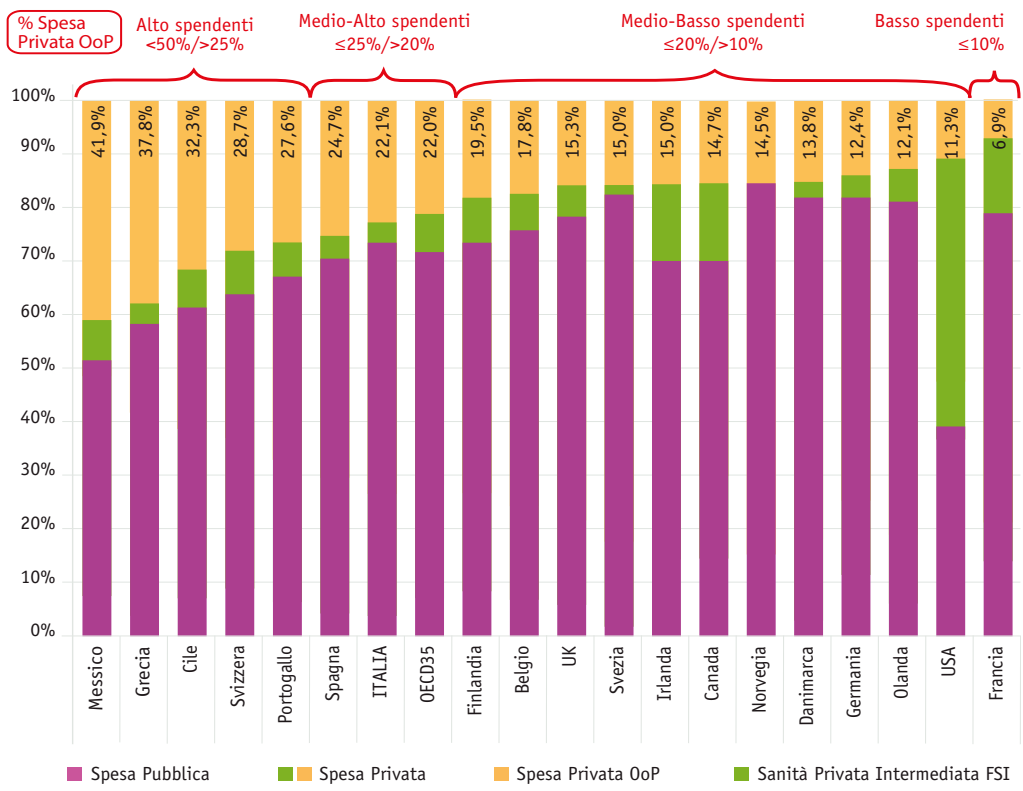
2012 (22,4%) al 2016 (25,1%). Tale prevalenza è più elevata nel genere femminile rispetto a quello maschile in tutti gli anni considerati e, nel 2016, è pari rispettivamente al 28,7% e al 21,3%.
Le Spesa Sanitaria di tasca propria dei cittadini italiani risponde in grandissima parte a questo «universo in espansione» che caratterizza in generale le società occidentali ed, in particolare, i Paesi più longevi del continente europeo.

A) Spesa Sanitaria Privata e Forme Sanitarie Integrative, il panorama internazionale

A.1) Spesa Sanitaria Privata in Italia e all'Estero

L'Italia è tra i Paesi OCSE che presentano un'incidenza della Spesa Sanitaria pagata di tasca propria dai cittadini (c.d. "Spesa *Out of Pocket*") più elevata (Paesi Medio-Alto spendenti). Nell'ambito dell'Europa a 14 quote più elevate di contributo diretto al finanziamento delle proprie cure da parte dei cittadini si riscontrano solo in Grecia, Portogallo e Spagna. Il dato che dovrebbe far riflettere è che nel nostro Paese, pur in presenza di un Servizio Sanitario Nazionale fortemente pubblico, l'incidenza delle spese sanitarie che i cittadini sono chiamati a dover pagare direttamente nel momento del bisogno è più che doppia rispetto a quella registrata negli USA che da sempre adottano un Sistema Sanitario di prevalente natura privata (Grafico 1).

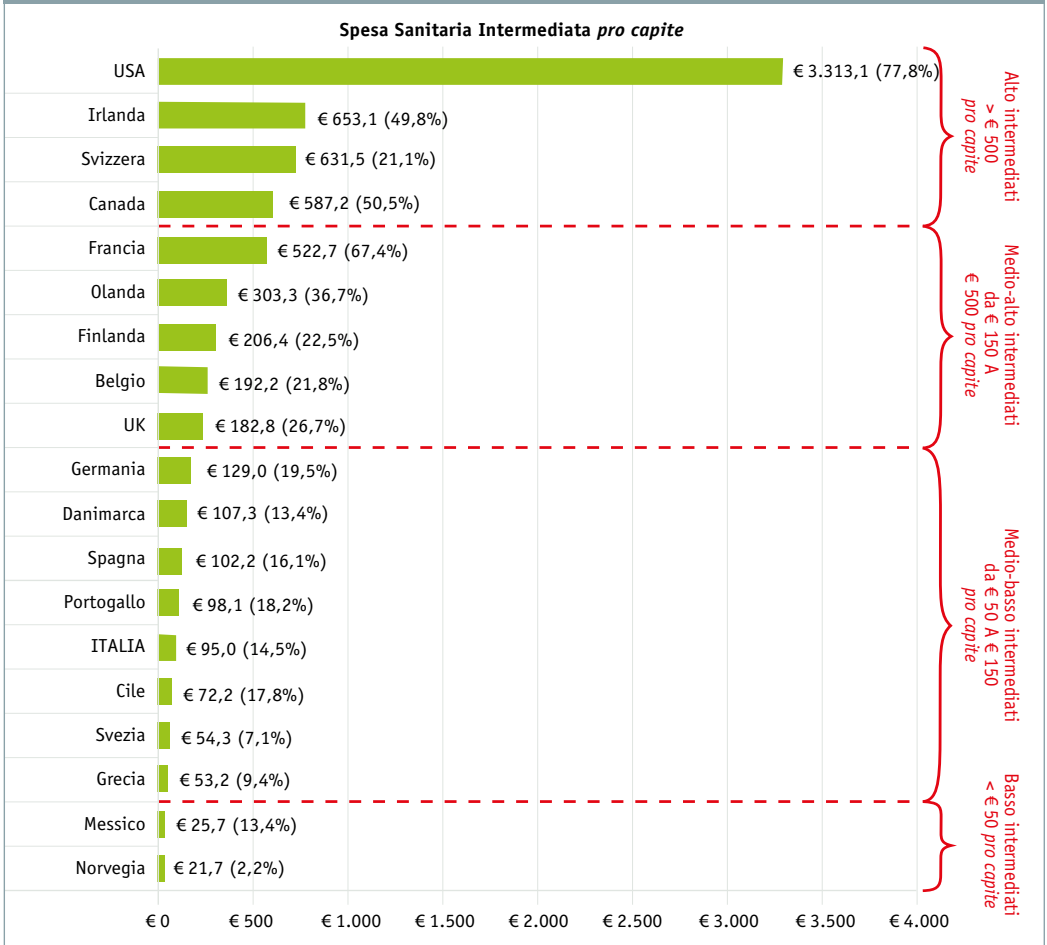
Grafico 1 – Incidenza della Spesa Sanitaria di tasca propria Paesi OCSE



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati OECD Health Data, 2017

Il dato di maggior attenzione che emerge con chiarezza dal presente Rapporto è che non è solo il livello raggiunto dalla Spesa Sanitaria Privata nel nostro Paese a dover preoccupare quanto, e soprattutto, il basso livello di intermediazione di tale spesa da parte della Sanità Integrativa (Polizze Sanitarie e Fondi Integrativi). Solo il 3,7% della Spesa Sanitaria Totale nel nostro Paese, infatti, è assicurata attraverso Forme Sanitarie Integrative con la conseguenza che il costo della Spesa Sanitaria Privata grava indiscriminatamente sui redditi familiari.
Attualmente nel nostro Paese Polizze Sanitarie e Fondi Integrativi intermediano una Spesa Sanitaria media di 95,0 € pro capite contro 522,7 € della Francia (oltre 5 volte), 183,0 € del Regno Unito (oltre 2 volte) e 129,0 € della Germania (oltre 1,3 volte) (Grafico 2). Si tratta di un contributo piuttosto contenuto ai bisogni complessivi delle famiglie italiane che risente sia del mancato avvio di un Secondo Pilastro Sanitario a favore di tutti i cittadini sia delle limitazioni attualmente imposte al perimetro di operatività della Sanità Integrativa che prescindendo dagli effettivi bisogni degli italiani, testimoniati anche quest'anno – come già accennato – dalla progressiva crescita della Spesa Sanitaria Privata, si è voluto limitare alle sole prestazioni sanitarie "integrative" del Servizio Sanitario Nazionale. A quest'ultimo riguardo, peraltro non bisogna dimenticare che tale tassonomia, ripresa dalle statistiche dell'OCSE, fa riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza che – come noto – identificano esclusivamente le aree mediche nelle quali dovrebbe operare il Pilastro Sanitario Pubblico senza, tuttavia, fornire indicazioni puntuali sull'effettiva esigibilità ed accessibilità dei cittadini a tali cure.
Dal 2016, dopo un quadriennio di sostanziale stabilità anche la Sanità Integrativa è tornata a crescere

Grafico 2 – Il caso Italia: l'intermediazione della Spesa Sanitaria Privata che non c'è...



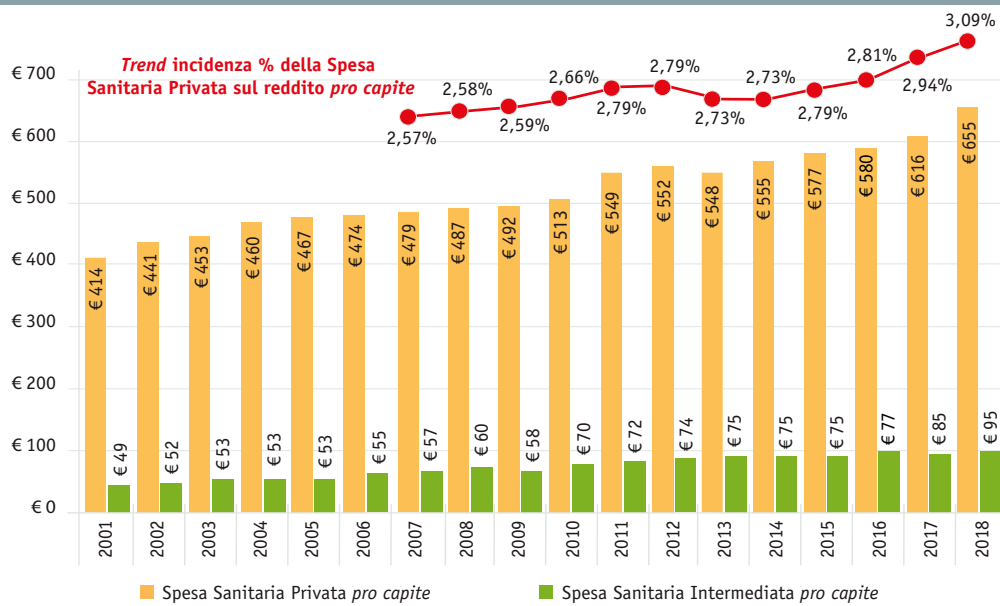
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati OECD Health Data, 2017

con un incremento della quota di Spesa Sanitaria Intermediata dal 12,8% (77 € pro capite) all'attuale 14,5% (95 € per cittadino) (Grafico 3).
Bisogna sottolineare, tuttavia, che per gli italiani già assicurati l'ammontare medio dei rimborsi erogati

A.2) Diffusione delle Forme Sanitarie Integrative nei Paesi OCSE

Un'evoluzione *multipillar* del sistema sanitario è già realtà in molti Paesi Europei (si pensi al Regno Unito, alla Francia, alla Germania e all'Olanda) e ha

Grafico 3 - *Trend* Spesa Sanitaria Privata e Intermediata *pro capite* in Italia

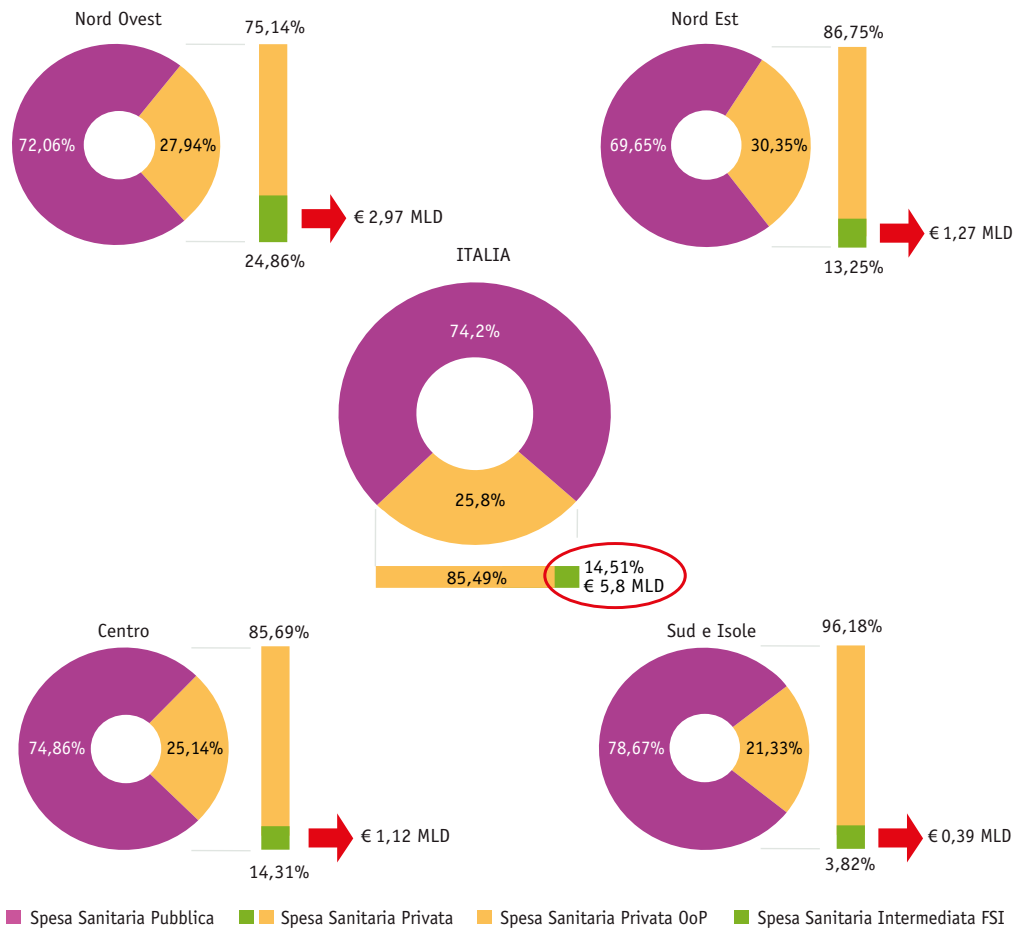


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Istat

dalle Forme Sanitarie Integrative nella medesima annualità è stato di 433,15 € (con un incremento di più del 30% rispetto all'esercizio precedente), con una copertura di oltre 2/3 (66,14%) della Spesa Sanitaria Privata.
Attualmente le Forme Sanitarie Integrative intermediano quasi 5,8 miliardi di EUR di Spesa Sanitaria Privata. Il ruolo dei Fondi è più significativo nel Nord Ovest (oltre il 50% della quota di Spesa Privata Intermediata) benché la quota di spesa privata in valore percentuale sia più elevata nel Nord Est, pur a fronte della minore quota di spesa privata registrata per macroarea.
Il Centro presenta un'incidenza significativa di spesa intermediata dalle Forme Sanitarie Integrative (Grafico 4).
In quest'ottica un Secondo Pilastro Sanitario aperto a tutti i cittadini, promosso su base territoriale attuando la potestà legislativa che in questa materia è già attribuita alle Regioni e che completi l'attuale impianto della Sanità Integrativa prevalentemente incardinato su di un modello di tipo occupazionale, potrebbe rappresentare uno strumento di grande efficacia per contenere le disuguaglianze territoriali.

coinvolto, in ambito OCSE, anche Paesi con sistemi di *Welfare* come il nostro, ovvero tradizionalmente incentrati sul principio fondante dell'universalismo (quali Il Regno Unito, 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 5), 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).

Grafico 4 – Composizione % della Spesa Sanitaria per macroarea geografica

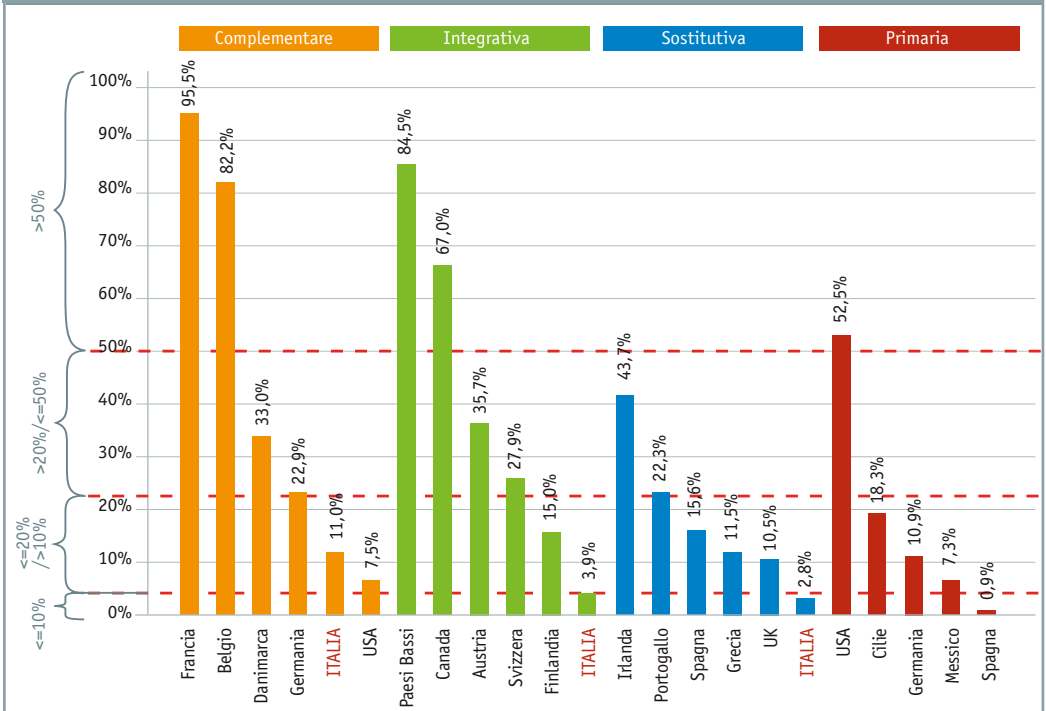


Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati C.R.E.A. Sanità e Previmedical

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 sui redditi delle famiglie 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 cure 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 riarticolazione dei propri sistemi sanitari secondo un impianto multipilastro, 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), 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 di assistenza primaria attraverso il model-

lo del c.d. "*Opting Out*"), 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 innanzi tutto 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 5) 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 dell'Opting Out riservato ai redditi più elevati –, 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.

Grafico 5 – Assicurati da Forme Sanitarie Integrative (Private Health Insurance) nei Paesi OCSE (2016)



Fonte: Elaborazioni RBM Assicurazione Salute S.p.A. su OECD Health Data, 2015

B) Sanità Integrativa e Spesa Sanitaria Intermediata in Italia

B.1) Sanità Integrativa: prima di tutto un po' di chiarezza…

Negli ultimi anni, anche a causa delle difficoltà in termini di finanziamento accusate dal nostro Servizio Sanitario Nazionale, è tornata a salire l'attenzione sui Fondi Sanitari, o meglio sulle Forme Sanitarie Integrative.

Tali strumenti, in effetti, sono di fondamentale importanza per il nostro Paese perché possono garantire il recupero di ulteriori risorse sempre più necessarie per il Sistema Sanitario e nel contempo favorire una "collettivizzazione" di quella Spesa Sanitaria Privata che, come abbiamo illustrato, sta scavando differenze profonde tra i cittadini. Tuttavia, seppure l'attuale impianto normativo che disciplina le Forme Sanitarie Integrative risulti assolutamente disorganico ed incompiuto, non si può pensare di cancellare con un colpo di spugna le regole del gioco partendo da presunte interpretazioni autentiche dello spirito originario di una normativa quadro che, è bene ricordarlo, risale ormai ad oltre 25 anni fa. È fondamentale quindi che qualsiasi intervento, in un settore così delicato come quello della salute dei cittadini, venga ben ponderato prendendo conoscenza delle evoluzioni attuative di tale impianto normativo e comprendendo l'effettivo ruolo che già oggi le Forme Sanitarie Integrative svolgono per oltre il 20% dei cittadini italiani.

B.1.1) Le Forme Sanitarie Integrative

Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ha introdotto nel nostro ordinamento i Fondi Sanitari come enti destinati a perseguire finalità assistenziali integrative e complementari al Servizio Sanitario Nazionale.

Alla costituzione di tali enti, peraltro, sono chiamati non solo attori di natura collettiva (ovvero le Parti Sociali attraverso la Contrattazione Collettiva Nazionale), ma anche altri soggetti sia pubblici (Enti Locali, Enti Previdenziali, Pubbliche Amministrazioni, etc.) che privati, comprese le Compagnie Assicurative, con l'unico requisito minimo di garantire l'assenza di qualsiasi forma di selezione del rischio.

Tutti i Fondi Sanitari a prescindere dalla propria fonte istitutiva (ovvero anche quelli istituiti dalle Compagnie Assicurative in favore della propria clientela) sono, in ogni caso, enti che non possono perseguire scopi di lucro. Anche i Fondi Sanitari istituiti dagli attori di natura collettiva, peraltro, si avvalgono nella maggior parte dei casi (il 85% circa, come di seguito illustrato) delle Compagnie Assicurative per garantire la sostenibilità economica dei propri Piani Sanitari.

Alla luce di queste precisazioni è importante sfatare due tabù – anche ai fini dello sviluppo di un dibattito sano e costruttivo sullo sviluppo delle Forme Sanitarie Integrative – chiarendo che oggi non esiste:

1) Competizione tra Fondi Sanitari "no profit" e Compagnie Assicurative "for profit";
2) Dicotomia tra Forme Sanitarie Collettive ("Secondo Pilastro") e Forme Sanitarie Individuali ("Terzo Pilastro").

In merito infatti alla presunta competizione tra Fondi Sanitari "no profit" e Compagnie Assicurative "for profit" è opportuno ricordare alcuni tratti essenziali della Sanità Integrativa nel nostro Paese: a) I Fondi Sanitari istituiti dagli attori collettivi (in primis le Parti Sociali) utilizzano, come appena argomentato, nella maggioranza dei casi polizze assicurative per garantire ai propri assistiti il pagamento delle prestazioni oggetto dei propri Piani Sanitari; b) Le stesse Compagnie Assicurative gestiscono la propria clientela collegata a gruppi omogenei di clienti (le cosiddette "collettive" ad adesione obbligatoria o individuale) attraverso Fondi Sanitari che esse stesse hanno direttamente costituito; c) Tutti i Fondi Sanitari, a prescindere da chi li abbia istituiti, sono comunque enti no profit; d) I Fondi Sanitari non operano selezione del rischio non perché siano soggetti no profit, ma perché da un punto di vista tecnico non ne hanno necessità. Non bisogna dimenticare, infatti, che il Fondo Sanitario per definizione si rivolgere ad una categoria omogenea di persone tendenzialmente iscritte su base obbligatoria. Modalità di selezione del rischio, pertanto, in questo caso sono da un punto di vista attuariale considerate meno efficaci perché è la stessa non volontarietà dell'adesione a proteggere il Fondo da comportamenti opportunistici (ci si riferisce, in par-

ticolare, ai fenomeni di moral hazard ed overtreatment) del suo assicurato.
Per quanto concerne invece la presunta dicotomia tra Forme Sanitarie Collettive ("Secondo Pilastro") e Forme Sanitarie Individuali ("Terzo Pilastro") è essenziale sapere che le Polizze Sanitarie Individuali operano al di fuori del settore dei Fondi Sanitari e, quindi, anche della disciplina del D.lgs. 502. Questo non perché si tratti di prodotti deregolamentati, ma perché assoggettati ad una normativa ben più stringente di quella destinata ai Fondi Sanitari definita dal Codice delle Assicurazioni e da tutti i relativi Regolamenti attuativi.
Tutte le polizze assicurative, e quindi anche quelle sanitarie, sono infatti direttamente assoggettate al controllo dell'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), un'Autorità amministrativa Indipendente che esercita la vigilanza sul mercato assicurativo italiano, per garantirne la stabilità e tutelare il consumatore. Le Polizze Sanitarie Individuali attualmente sono sottoscritte da tutti quei cittadini che non dispongono di un Fondo Sanitario o che, in ogni caso, necessitano di livelli di copertura superiori a quelli garantiti dai Fondi Sanitari. Ai premi pagati dai cittadini per le Polizze Sanitarie, diversamente da quanto avviene per i Fondi Sanitari, non sono mai stati riconosciuti benefici fiscali ed anzi è applicata una tassa del 2,5% sull'entità di ciascun versamento. Ciò nonostante le prestazioni assicurate dai Fondi Sanitari sono assolutamente identiche a quelle garantite dalle Polizze Individuali. In altre parole, sia Fondi Sanitari che Polizze Sanitarie assicurano prestazioni integrative e complementari al Servizio Sanitario Nazionale.

B.1.2) Fondi DOC, Fondi NON DOC e regime fiscale

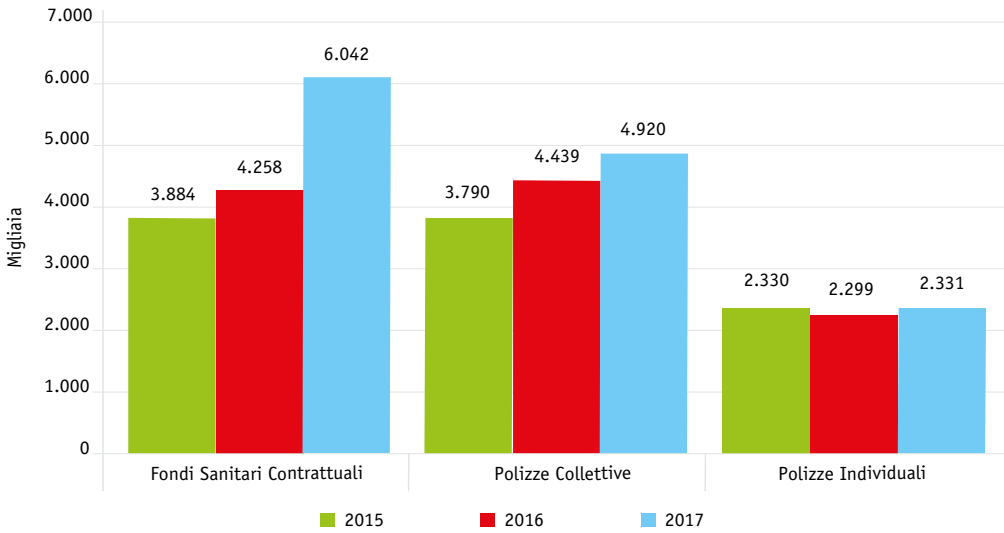
Con il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, modificato di successivi Decreti Turco (Decreto Ministero della Salute 31 marzo 2008) e Sacconi (Decreto Ministeriale 27 ottobre 2009) il quadro appena descritto ha subito un'ulteriore articolazione. Il combinato disposto delle disposizioni normative richiamate ha infatti distinto i Fondi Sanitari in Fondi DOC e Fondi NON DOC.
I Fondi DOC sono quelli esclusivamente integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, il cui campo di azione è limitato alle sole prestazioni non già ricomprese nei LEA (in primis l'odontoiatria), al rimborso dei ticket ed alle prestazioni sociosanitarie e socioassistenziali. Ai Fondi DOC la normativa ha riconosciuto sin dall'origine un trattamento fiscale più benevolo (corrispondente all'attuale deducibilità dei contributi versati entro la soglia annua di 3.615,20 €, in base a quanto previsto dall'art. 10 del TUIR) proprio in ragione della loro operatività esclusivamente integrativa del Servizio Sanitario Nazionale.
Pertanto i contributi versati a tali Fondi fruiscono sempre del beneficio fiscale a prescindere dalla tipologia reddituale prodotta dall'assistito (sia reddito di lavoro dipendente, sia reddito di lavoro autonomo o altri redditi) e della modalità di adesione (collettiva o individuale). I Fondi DOC, tuttavia, si sono rilevati scarsamente attrattivi per i cittadini perché di fatto, se si escludono le prestazioni odontoiatriche, non possono assicurare le principali prestazioni che rientrano nella Spesa Sanitaria Privata dei cittadini. Attualmente, è importante evidenziarlo, tutti i Fondi DOC sono istituiti da Compagnie di Assicurazione o, comunque, ricorrono al mercato assicurativo per assicurare i propri Piani Sanitari mentre i Fondi NON DOC (ribattezzati nell'ultima stesura normativa "enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali"), invece, possono erogare qualsiasi tipologia di prestazione sanitaria (anche quelle ricomprese nei LEA).
Nelle intenzioni del legislatore del 1999 tali fondi dovevano essere una categoria assolutamente residuale ma, visto il bisogno crescente di Sanità Privata dei cittadini italiani, sono oggi assolutamente preponderanti rispetto ai Fondi DOC.
Bisogna altresì sottolineare che tutti i Fondi Sanitari istituiti dalla Contrattazione Collettiva Nazionale sono dei Fondi NON DOC.
Originariamente i Fondi NON DOC garantivano ai propri assistiti un beneficio fiscale più contenuto (che peraltro veniva annualmente rinnovato nella sua entità all'interno della legge finanziaria) che poi, con gli ultimi Decreti Ministeriali, è stato pienamente allineato a quello dei Fondi DOC a condizione però che questi Fondi dimostrino di destinare almeno il 20% delle proprie prestazioni a cure odontoiatriche e/o a coperture sociosanitarie e/o socioassistenziali.
Come ribadito a fine 2014 dall'Agenzia delle Entrate, tuttavia, il beneficio fiscale per i contributi versati ai Fondi NON DOC è riservato solo ai percettori di reddito dipendente che abbiano aderito al Fondo stesso per via di un accordo collettivo, anche aziendale, o in base ad un regolamento aziendale (ex art. 51 del TUIR). Pertanto ai lavoratori autonomi o ai percettori di altri redditi che vogliano iscriversi su base individuale ad un Fondo NON DOC è precluso qualsiasi beneficio fiscale. Proprio questa situazione fa sì che attualmente il 53% dei lavoratori dipendenti beneficino già di una Forma di Sanità Integrativa a fronte di una percentuale di soggetti assistiti sul totale della popolazione italiana di oltre il 20%. Paradossalmente quindi, al di là dei possibili profili di incostituzionalità di un impianto normativo che penalizza fiscalmente tutti i cittadini che non beneficiano – spesso, loro malgrado – delle tutele della Contrattazione Collettiva, vengono tagliate fuori proprio quelle persone che più degli altri avrebbero bisogno di una Sanità Integrativa.

B.2) La Sanità Integrativa oggi

Attualmente il numero di assicurati dalla Sanità Integrativa è pari a 13.292.098. Tra il 2015 e il 2017 il numero degli assicurati è cresciuto di oltre 3 milioni[2]

di persone, con un contributo fondamentale assicurato dai Fondi Integrativi contrattuali (Grafico 6). In crescita nel medesimo periodo anche il settore delle polizze collettive alimentato anch'esso, in buona parte dalla contrattazione, seppure promossa che a tal fine hanno stipulato Polizze Sanitarie Collettive. Il 10,42% degli assicurati, invece, aderisce attraverso forme/regolamenti di *Welfare* Aziendale a Fondi Integrativi interaziendali promossi direttamente da Compagnie Assicurative o, in misura mi-

Grafico 6 – Distribuzione assicurati dalla Sanità Integrativa

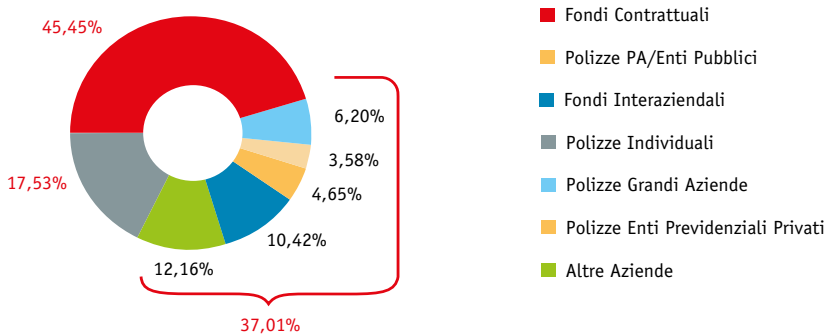


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ANIA e Previmedical

sul livello aziendale, e dalle forme emergenti di *Welfare* Aziendale. Stabile nell'orizzonte triennale, invece, il settore delle Polizze Individuali che nel 2017 è tornato ai livelli del 2015 recuperando la lieve flessione registrata nell'esercizio 2016.
Da questo quadro emerge come nel periodo considerato siano stati compiuti passi importanti in termini di incremento del livello di tutela sanitaria della popolazione, grazie anche all'importante impulso dato dalla Contrattazione Collettiva al settore.
Analizzando il settore per tipologia di contraente, ovvero di soggetto che promuove presso i propri assicurati una Forma di Sanità Integrativa mediante la sottoscrizione di una Polizza Sanitaria collettiva, emerge come oltre il 45% degli assicurati abbia come contraente un Fondo Integrativo contrattuale (Grafico 7). Il 17,53% degli assicurati, invece, ha sottoscritto direttamente con una Compagnia Assicurativa una Polizza Sanitaria Individuale finalizzata a garantire una tutela aggiuntiva per la propria salute. Il 12,6% degli assicurati, invece, è assicurato attraverso Piani Sanitari aziendali attuati da aziende di medie (ed in misura minore, piccole) dimensioni nore, da Broker per dare attuazione ai Piani Sanitari Aziendali in tutti quei casi (molto diffusi) nei quali l'azienda non risulti dotata di un Fondo Sanitario proprio o istituito dalla Contrattazione Collettiva Nazionale del proprio settore. Il 6,20% degli assicurati lo è mediante Piani Sanitari aziendali promossi da grandi aziende/multinazionali sempre attraverso la stipula di Polizze Sanitarie Collettive. Il 4,65% degli assicurati, tipicamente liberi professionisti e loro familiari, è assicurato attraverso Polizze Sanitarie Collettive stipulate da Enti Previdenziali privatizzati (Inarcassa, Cassa del Notariato, Enpav etc) o da Enti associativi di tali Casse, quali EMAPI, in attuazione della funzione assistenziale assegnata loro dalla legge. Il 3,58% degli assicurati, infine, è assicurato attraverso Polizze Sanitarie Collettive stipulate dalle principali Pubbliche Amministrazioni o da Enti Pubblici a favore del proprio personale in applicazione di accordi collettivi aziendali.
La distribuzione degli assicurati dalla Sanità Integrativa per macroarea geografica (Grafico 8) mostra una maggior incidenza del numero di assicurati riconducibile alla macroarea Nord Ovest, sia con

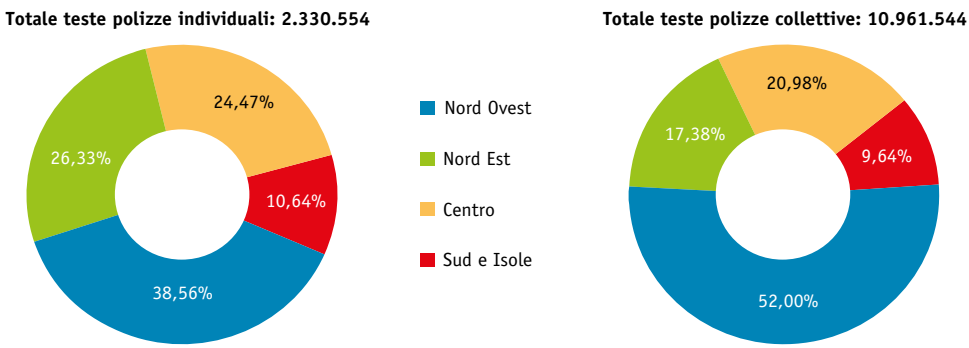
2 Attraverso il Fondo Sanitario mètaSalute che conta oggi oltre 1,5 milioni di assicurati. MètaSalute è assicurato da RBM Assicurazione Salute.

Grafico 7 – Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per contraente (2017)



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

Grafico 8 – Polizze individuali e collettive per macroarea geografica



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati ANIA e Previmedical

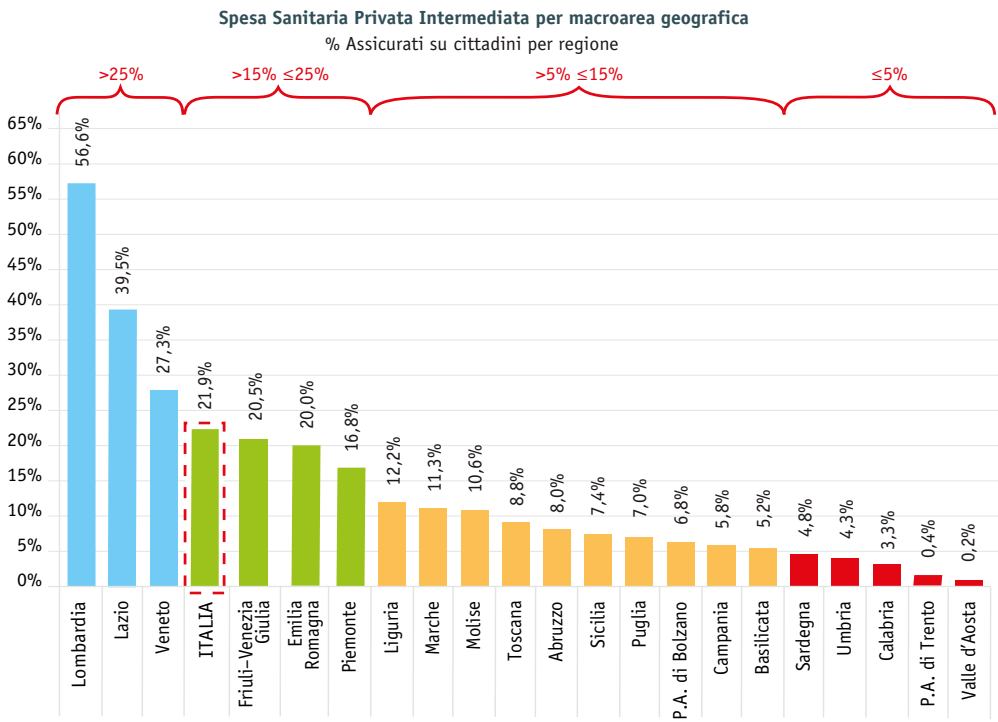
riferimento alle Polizze Sanitarie Individuali (38,5%) che alle Polizze Sanitarie Collettive/Fondi Integrativi (52%). Seguono nel segmento delle Polizze Sanitarie Individuali il Nord Est con il 26% ed il Centro con il 20,98% nel segmento delle Polizze Sanitarie Collettive/Fondi Integrativi. Ancora nel segmento delle Polizze Sanitarie Individuali si registra un 24%, di assicurati riconducibili alla macroarea Centro e nel segmento delle Polizze Sanitarie Collettive/Fondi Integrativi un 17% di assicurati della macroarea Nord Est. Il Sud e Isole è in entrambi i segmenti, Polizze Sanitarie Collettive/Fondi Integrativi e Polizze Sanitarie Individuali, la macroarea con il minor numero di assicurati, rispettivamente il 10,64% ed il 9,64%.

Da ultimo interessante rilevare che la macroarea Nord Ovest si caratterizzi per una maggiore incidenza dei propri assicurati nel segmento delle Polizze Sanitarie Collettive/Fondi Integrativi, le macroaree Nord Est e Centro per una prevalenza, invece, dei propri assicurati nel segmento delle Polizze Sanitarie Individuali mentre la macroarea Sud e Isole per una incidenza sostanzialmente analoga dei relativi assicurati sia nel segmento delle Polizze Sanitarie Collettive/Fondi Integrativi sia in quello delle Polizze Sanitarie Individuali.

Il 21,9% degli italiani è assicurato da Forme Sanitarie Integrative. Si assiste però ad una distribuzione piuttosto disomogenea dei cittadini tra le diverse Regioni italiane. Le Regioni che presentano il più elevato numero di assicurati sono Lombardia, Lazio e Veneto (Grafico 9). Le Regioni che presentano il minor numero di assicurati sono Sardegna, Umbria, Calabria, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Trento.

Alla luce delle analisi illustrate, appare evidente che l'attuale assetto della Sanità Integrativa necessiti di un'evoluzione complessiva che consenta di fornire risposte direttamente collegate ai crescenti bisogni di tutela dei cittadini italiani. Inoltre in un settore che è e sarà sempre più chiamato a fronteggiare l'intermediazione della Spesa Sanitaria di tasca propria, che nel nostro Paese è spesa prevalentemente di frequenza e non di rischio, le Compagnie

Grafico 9 – Incidenza assicurati Sanità Integrativa su cittadini per Regione



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

Assicurative possono fornire un importante valore aggiunto non solo in termini di assorbimento del rischio sanitario che grava su ogni cittadino, ma anche e soprattutto in un'ottica di organizzazione dei percorsi di cura privati e di negoziazione accentrata delle tariffe nei confronti degli operatori della Sanità Privata.

B.2.1) Diffusione della Sanità Integrativa per fascia di reddito

Polizze sanitarie e Fondi Integrativi non sono ad appannaggio esclusivo dei più ricchi. Sebbene il numero di cittadini già assicurati cresca all'aumentare delle fasce di reddito, la distribuzione complessiva degli assicurati risulta piuttosto omogenea e non mostra particolari scostamenti tra una fascia di reddito e quella successiva (Grafico 10).

Oltre 2 italiani su 10 sono assicurati. In particolare:

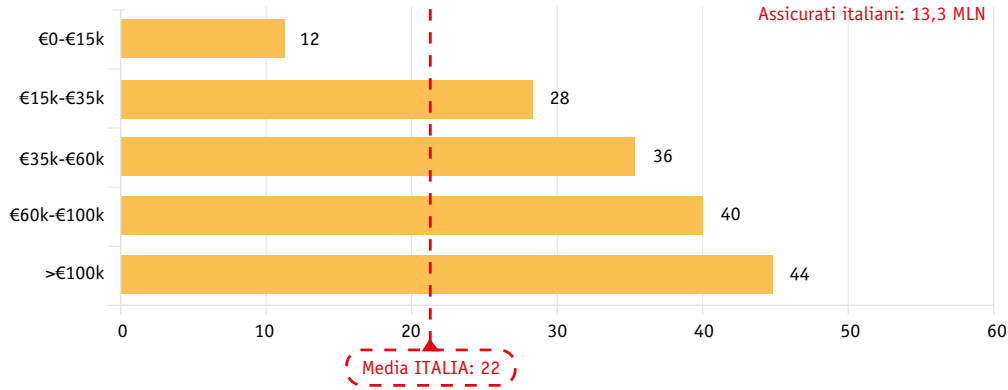
- oltre 1 cittadino su 10 nella fascia 0 € - 15.000 €;
- quasi 3 cittadini su 10 nella fascia 15.000 € - 35.000 €;
- oltre 3,5 cittadini su 10 nella fascia 35.000 € - 60.000 €;
- 4 cittadini su 10 nella fascia 60.000 €-100.000 €;
- poco meno di 4,5 cittadini su 10 nella fascia >100.000 €.

A fronte di una Spesa Sanitaria Privata media pro capite di 654,89 € la Spesa Sanitaria Intermediata media pro capite è pari a 95,02 € (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria Privata e Intermediata pro capite tra le diverse fasce di reddito (Grafico 11):

- 0 € - 15.000 €: 25,0 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 377,93 € (6,6%);
- 15.000 € - 35.000 €: 129,4 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 359,58 € (36,0%);
- 35.000 € - 60.000 €: 220,2 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 686,46 € (32,1%);
- 60.000 € - 100.000 €: 277,0 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 1.012,28 € (27,4%);
- >100.000 € - 376,2 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 1.491,30 € (25,2%).

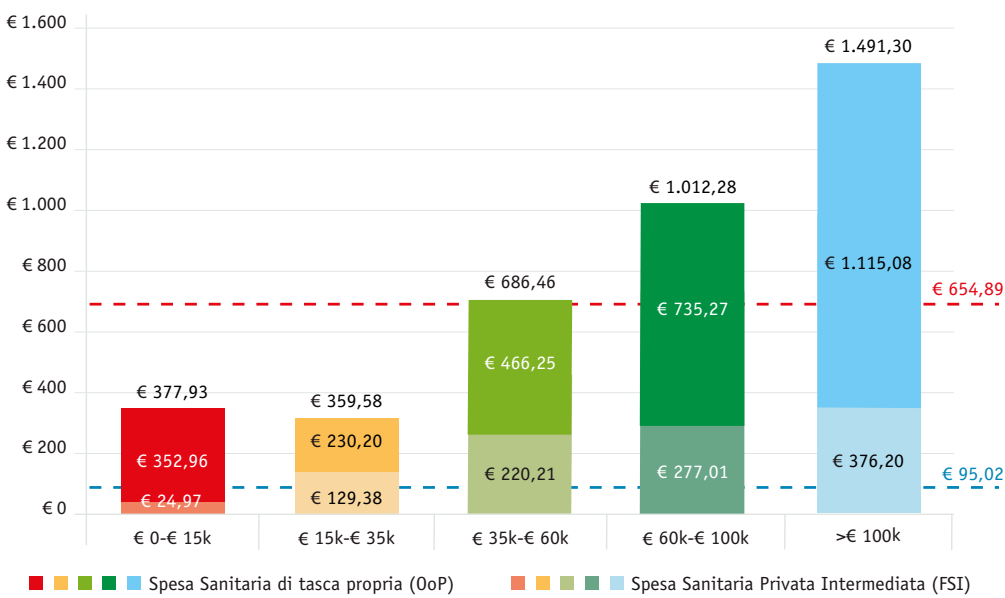
Dei 5,8 miliardi di EUR gestiti dalla Sanità Integrativa (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata), il 27,3%, pari a 695 milioni di EUR, sono riferibili ai cittadini con redditi inferiori a 15.000 €; il 48,0%, pari a

Grafico 10 – Assicurati ogni 100 cittadini per fascia di reddito



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

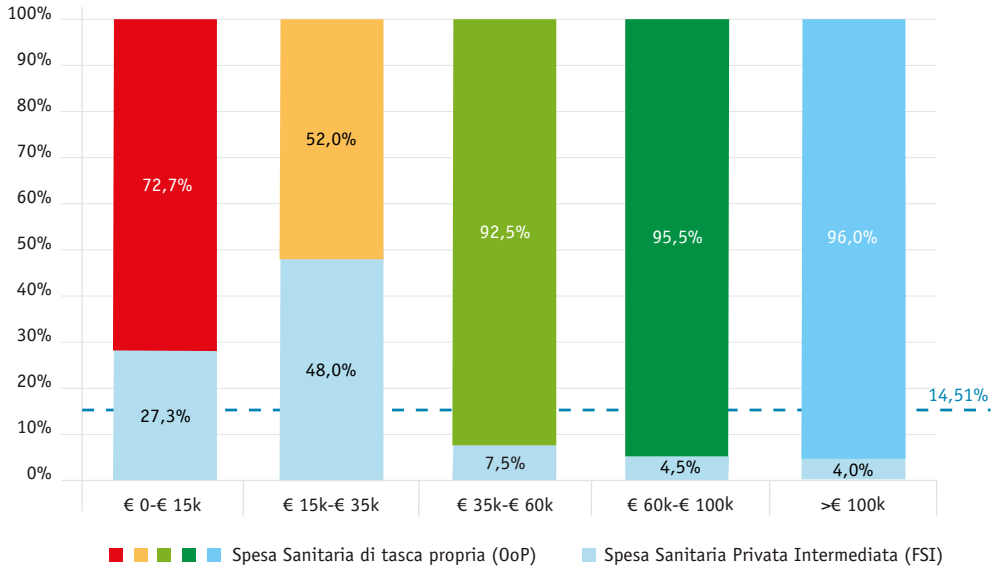
Grafico 11 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata *pro capite* per fascia di reddito



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

3,35 miliardi di EUR €, ai cittadini con redditi compresi tra 15.000 € e 35.000 €; il 7,5%, pari a 954 milioni di EUR, ai cittadini con redditi compresi tra 35.000 € e 60.000 €; il 4,5%, pari a 519 milioni di EUR, ai cittadini con redditi compresi tra 60.000 € e 100.000 €; il 4,0%, pari ad 237 milioni di EUR, ai cittadini con redditi superiori a 100.000 €. Anche questo dato, pertanto, conferma l'elevata capacità redistributiva della Sanità Integrativa che esplica la sua funzione massima in relazione alle fasce dei redditi medio-bassi. Rilevante, comunque, anche il contributo assicurato ai redditi medio-alti a conferma di un raggio di azione piuttosto distribuito della Sanità Integrativa (Grafico 12). Promuovere la Sanità Integrativa significa garantire una riduzione della Spesa Sanitaria di tasca propria soprattutto sui redditi medio-bassi. Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a 433,15 €, pari

Grafico 12 – Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per fascia di reddito



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

al 66,14% della Spesa Sanitaria Privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito (Grafico 13):

- 0 € - 15.000 €: 151,13 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 377,93 € (40,0%);
- 15.000 € - 35.000 €: 198,13 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 359,58 € (55,1%);
- 35.000 € - 60.000 €: 433,15 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 686,46 € (63,1%);
- 60.000 € - 100.000 €: 781,79 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 1.012,28 € (77,2%);
- 100.000 € - 1.275,66 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 1.491,30 € (85,5%).

In termini di rimborso, pertanto, emerge un livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata sostenuta dal cittadino progressivamente crescente all'aumentare della propria fascia di reddito. Tale dinamica, del resto, è direttamente riconducibile anche all'ammontare dei contributi versati dal cittadino in misura progressivamente crescente all'innalzarsi del livello di copertura richiesto alla propria Forma Sanitaria Integrativa.

B.2.2) Diffusione della Sanità Integrativa per fase della vita

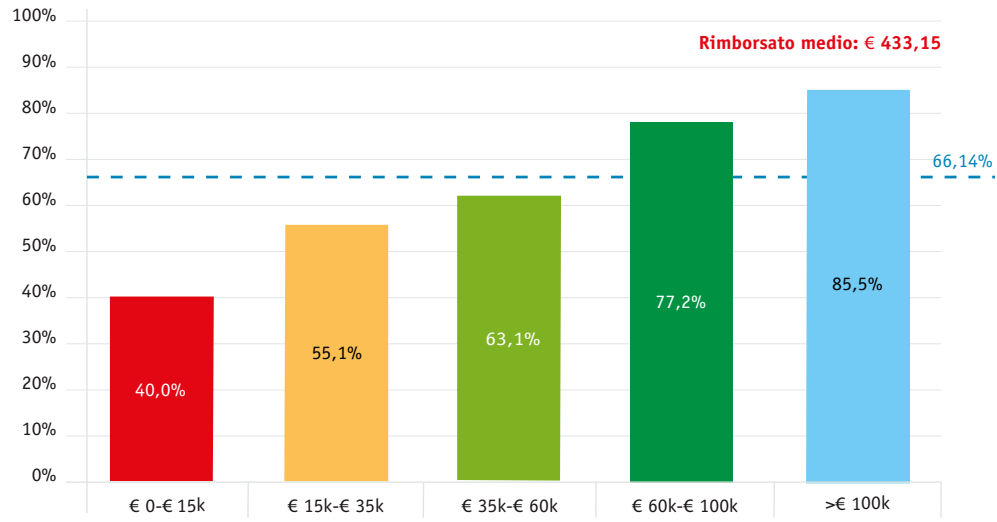
L'attuale impianto della Sanità Integrativa è fortemente collegato alla sua natura occupazionale. In particolare i Fondi Sanitari Contrattuali, che aggregano oggi il numero più ampio di assicurati, si prendono cura dei lavoratori prevalentemente durante l'attività lavorativa. La Sanità Integrativa con esclusione delle Polizze Collettive e dei Fondi Sanitari aziendali, non è attualmente estesa ai nuclei familiari e all'età del pensionamento (Grafico 14).

Oltre 2 italiani su 10 sono assicurati. In particolare: oltre 1 anziano su 10, 4 adulti su 10, 0,5 giovani su 10 e poco meno di 1 bambino su 10.

A fronte di una Spesa Sanitaria Privata media pro capite di 654,89 € la Spesa Sanitaria Intermediata media pro capite è pari a 95,02 € (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria Privata e Intermediata pro capite tra le diverse fasi della vita (Grafico 15):

- Bambini (0-10 anni): 10,70 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 153,10 € (7,0%);
- Giovani (11-30 anni): 13,40 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 236,37 € (5,7%);
- Adulti (31-60 anni): 154,30 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 471,55 € (32,7%);

Grafico 13 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per fascia di reddito (rimborsato medio)



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

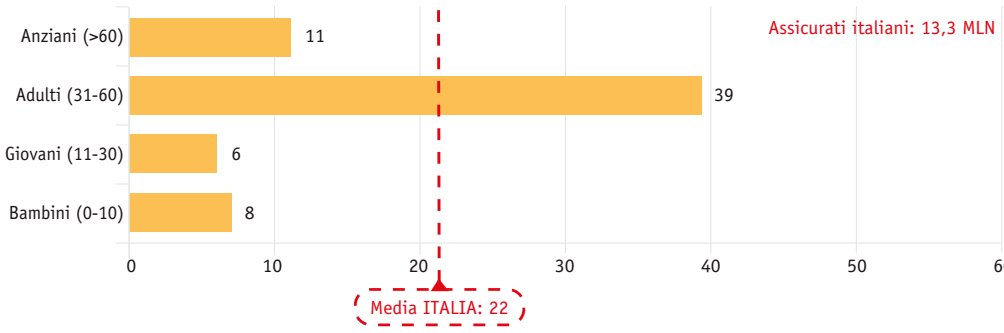
- Anziani (>60 anni): 88,50 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 1.356,23 € (6,5 %).

Dei 5,8 miliardi di EUR gestiti dalla Sanità Integrativa (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata), il 7%, pari a 57 milioni di EUR, sono riferibili ai bambini; il 5,7%, pari a 161 milioni di EUR, ai giovani; il 32,7%, pari a 4 miliardi di EUR, agli adulti; il 6,5%, pari a 1,5 miliardi di EUR, agli anziani (Grafico 16).

L'incidenza della Spesa Sanitaria Intermediata sulla Spesa Sanitaria Privata è maggiore con riferimento alla fase adulta, nella quale supera un terzo della spesa. Sempre inferiore al 7% per tutte le altre fasi della vita. Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a 433,15 €, pari al 66,14% della Spesa Sanitaria Privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito (Grafico 17):

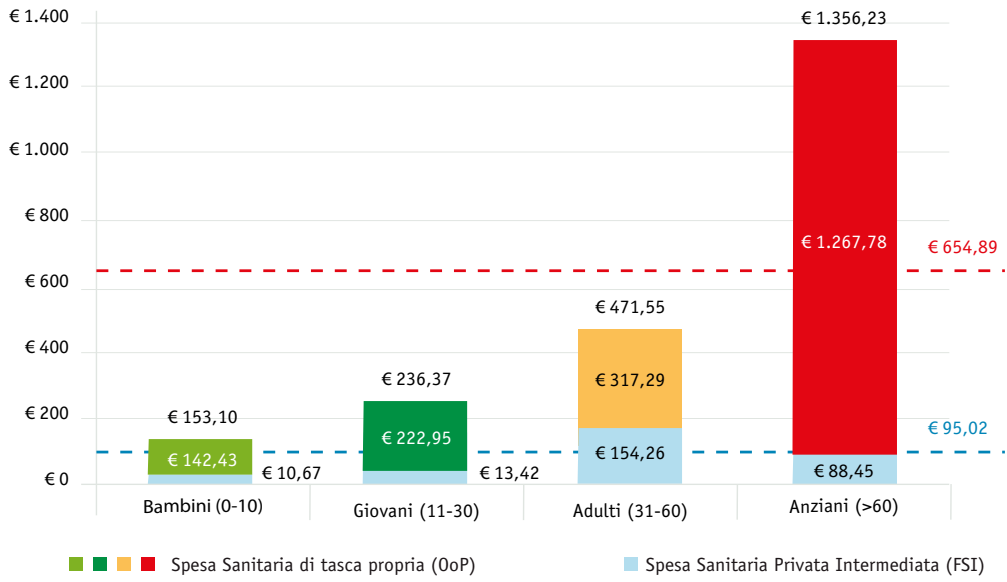
- Bambini (0-10): 130,32 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 153,10 € (85,1%);
- Giovani (11-30): 206,65 € pro capite a fronte

Grafico 14 – Assicurati ogni 100 cittadini per fase della vita



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

Grafico 15 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata *pro capite* per fase della vita

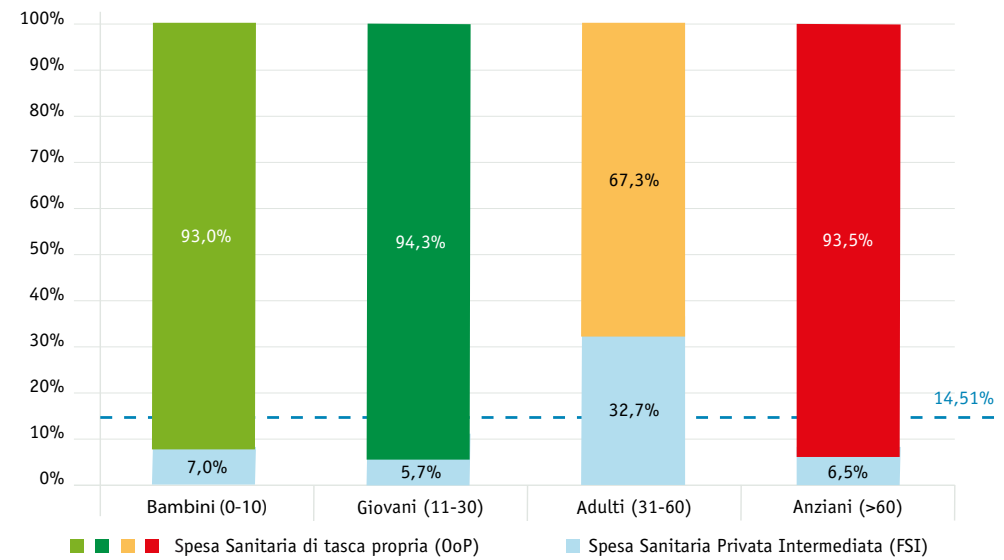


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 236,37 € (87,4%);

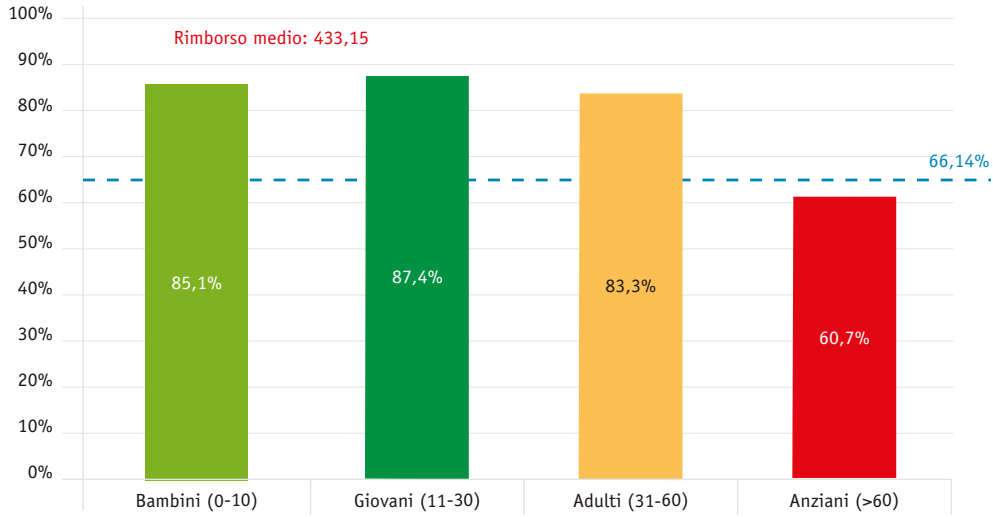
- Adulti (31-60): 392,66 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 471,55 € (83,3%);
- Anziani (>60): 823,60 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 1.356,23 € (60,7%).

Grafico 16 – Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per fase della vita



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

Grafico 17 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per fase della vita (rimborsato medio)



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

B.2.3) Diffusione della Sanità Integrativa per stato di salute

L'attuale impianto della Sanità Integrativa è strutturato prevalentemente per prendere in carico l'area della prevenzione, degli accertamenti, della diagnostica e della specialistica, accompagnando l'assicurato anche durante la fase acuta. Non trascurabile il contributo messo a disposizione anche nei confronti dei cronici. Attualmente le forme di Sanità Integrativa assicurano (Grafico 18):

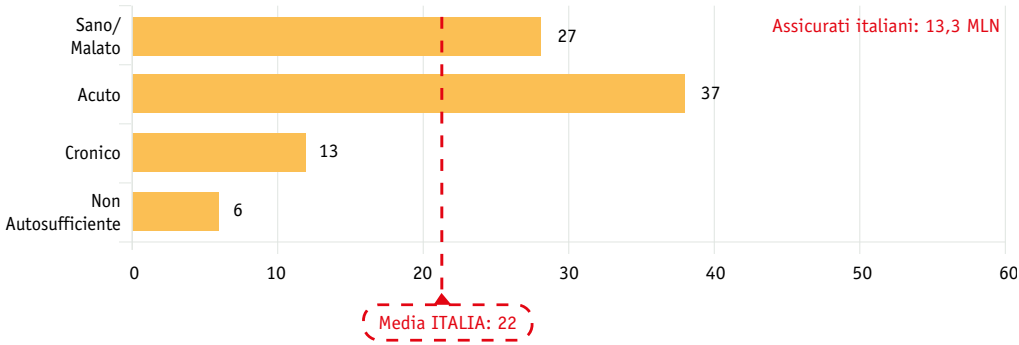
- 3 persone sane su 10;
- più di 3,5 persone su 10 per le quali si sia manifestata una patologia in stato acuto;
- poco meno di 1,5 cronici su 10;
- meno di 1 non autosufficiente su 10.

Nel misurare il supporto attualmente fornito dalla Sanità Integrativa nei confronti dei non autosufficienti, bisogna considerare che le Forme Sanitarie Integrative sono, in base alla normativa assicurativa vigente nel nostro Paese, degli strumenti prevalentemente finalizzati a garantire un supporto in fase di accesso ed esecuzione dei percorsi di cura e non finalizzati ad un mero accumulo al reddito e non per garantire accumulo di risorse (diversamente dai Fondi Pensione). In quest'ottica, come già evidenziato nel VI Rapporto RBM-Censis, la gestione degli stati di non autosufficienza potrebbe rappresentare il "ponte tra Previdenza Complementare e Sanità Integrativa", realizzando, da un punto di vista tecnico, un'ottimizzazione degli strumenti assicurativi utilizzati dai Fondi per la gestione del fenomeno della non autosufficienza. Infatti, mentre i Fondi Pensione potrebbero fronteggiare le problematiche connesse con la sopravvivenza dei propri aderenti mediante l'utilizzo del meccanismo della capitalizzazione, i Fondi Integrativi potrebbero garantire ai propri assicurati un'assistenza continuativa al verificarsi di eventi catastrofali di bassa frequenza, ma di alta severity, mediante l'adozione del meccanismo della ripartizione e valorizzando le soluzioni assistenziali disponibili presso il proprio Network di strutture sanitarie. A fronte di una Spesa Sanitaria Privata media pro capite di 654,89 € la Spesa Sanitaria Intermediata media pro capite è pari a 95,02 € (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria Privata e Intermediata pro capite tra i diversi stati di salute (Grafico 19):

- Sano/Malato: 44,80 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 221,17 € (18,5%);
- Acuto: 294,10 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 870,45 € (25,1%);
- Cronico: 99,80 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 967,96 € (9,1%);
- Non autosufficiente: 76,30 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 1.935,91 € (4,0 %).

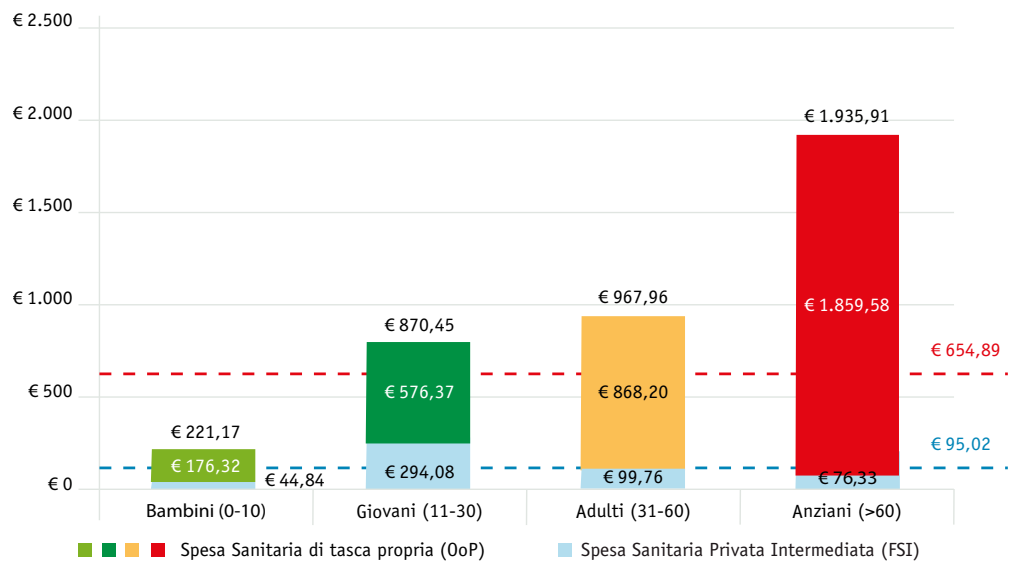
Dei 5,8 miliardi di EUR gestiti dalla Sanità Integrativa (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata), il 20,3%, pari a 1,24 miliardi di EUR, sono riferibili ai cittadini con uno stato di salute "ordinario"; il 33,8%, pari a

Grafico 18 – Assicurati ogni 100 cittadini per stato di salute



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

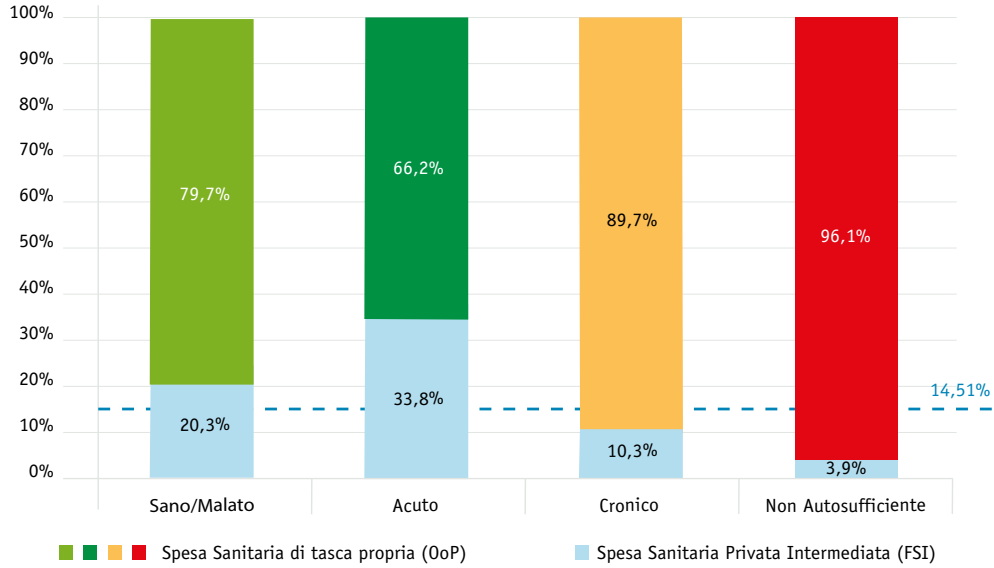
Grafico 19 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata *pro capite* per stato di salute (rimborsato medio)



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

1,96 miliardi di EUR, ai cittadini colpiti da patologie acute; il 10,3%, pari a 2,36 miliardi di EUR, ai cittadini con patologie croniche; il 3,9%, pari a 190 milioni di EUR, ai cittadini non autosufficienti (Grafico 20).
Si noti che l'incidenza della Spesa Sanitaria Intermediata sulla Spesa Sanitaria Privata è maggiore nel caso degli acuti e delle persone in stato di salute "ordinario"; l'incidenza dei cronici, invece, è pari alla metà di quella registrata per le persone in stato di salute "ordinario"; infine, l'incidenza della Spesa Sanitaria Intermediata registrata per i non autosufficienti è meno della metà di quella dei cronici. Alla luce di tali evidenze appare chiara la necessità di ampliare il livello di finanziamento dei Fondi Sanitari Integrativi, anche attraverso opportuni incentivi fiscali (di scopo), al fine di promuovere una loro più ampia operatività in relazione alle patologie croniche ed agli stati di non autosufficienza.
Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a 433,15 €, pari al 66,14% della Spesa Sanitaria Privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito

Grafico 20 – Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per stato di salute

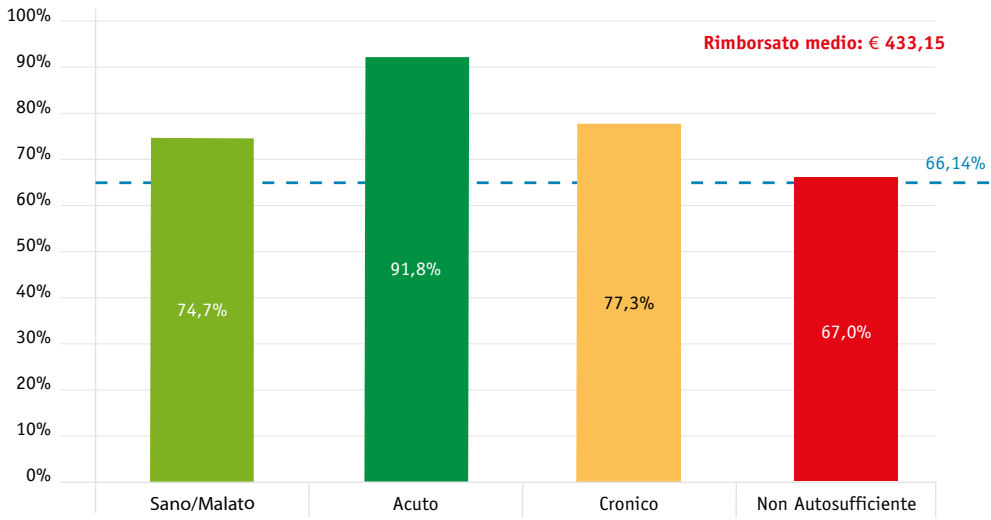


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

(Grafico 21):

- Sano/malato: 165,18 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 221,17 € (74,7%);
- Acuto: 798,96 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 870,45 € (91,8%);
- Cronico: 748,17 € pro capite a fronte di una Spe-

Grafico 21 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per stato di salute (rimborsato medio)



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

sa Sanitaria Privata pro capite pari a 967,96 € (77,3%);
- Non autosufficiente: 1.296,51 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 1.935,91 € (67,0%).

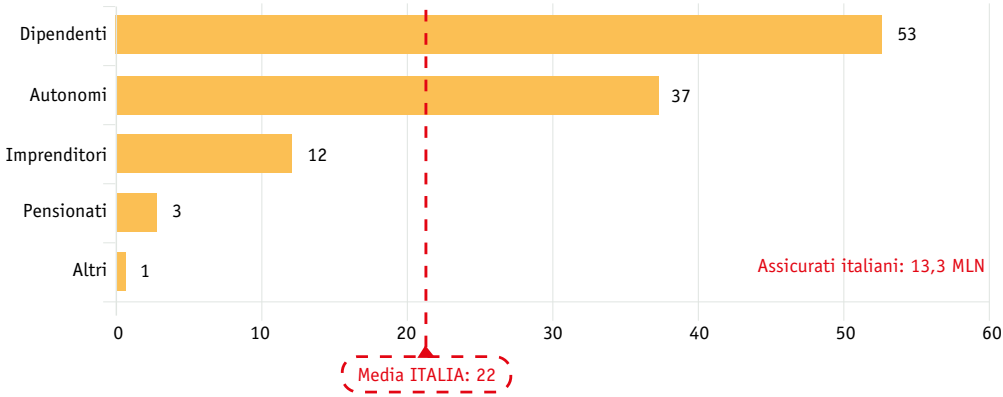
B.2.4) Diffusione della Sanità Integrativa per professione
Attualmente le forme di Sanità Integrativa assicurano (Grafico 22):
- oltre 5 lavoratori dipendenti su 10;
- quasi 4 lavoratori autonomi su 10;
- poco più di 1 imprenditore su 10;
- meno di 0,5 pensionati su 10.

a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 525,73 € (0,9%).

Con particolare riferimento al settore del lavoro dipendente in particolare la distribuzione della Spesa Sanitaria Privata e della Spesa Sanitaria Intermediata pro capite per i diversi livelli di inquadramento è la seguente:
- Impiegati (inclusi i Quadri): 249,09 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 704,04 € (35,4%);
- Dirigenti: 385,46 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 913,70 € (42,2%).

Dei 5,8 miliardi di EUR gestiti dalla Sanità Integrati-

Grafico 22 – Assicurati ogni 100 cittadini per professione

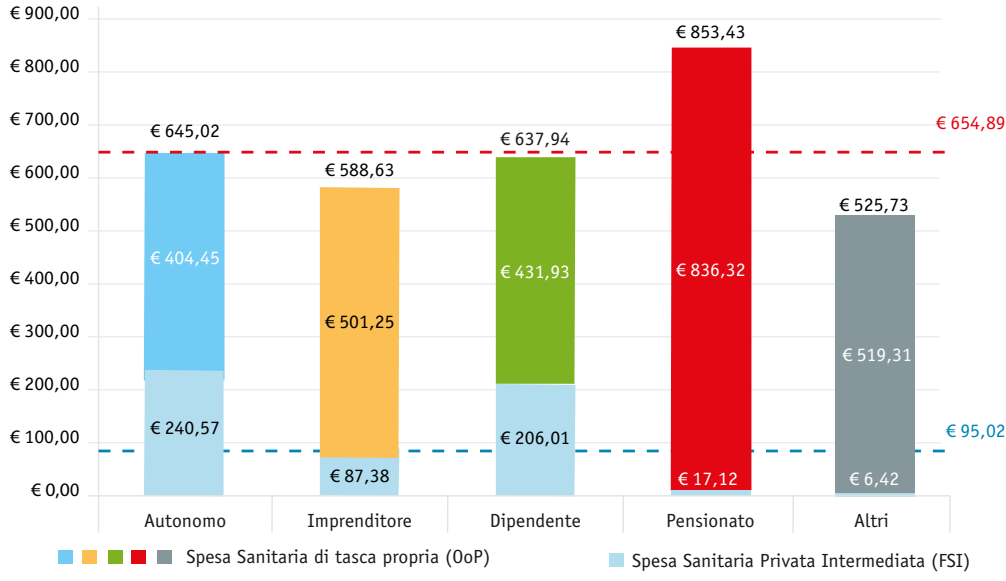


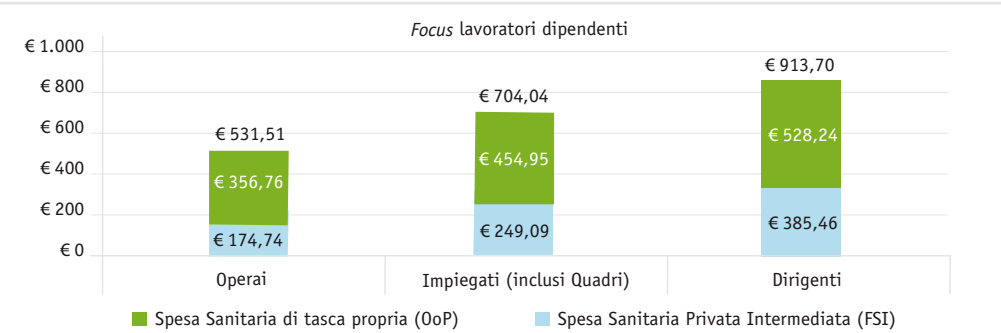
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Istat

Con riferimento al lavoro dipendente il numero degli assicurati varia in ragione dell'inquadramento: oltre 4 operai su 10, quasi 6 impiegati su 10, poco meno di 7 quadri su 10 e oltre 9 dirigenti su 10.
A fronte di una Spesa Sanitaria Privata media pro capite di 654,89 € la Spesa Sanitaria Intermediata media pro capite è pari a 95,02 € (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria Privata e della Spesa Sanitaria Intermediata pro capite tra le diverse professioni (Grafico 23):
- Lavoratore autonomo: 240,57 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 645,02 € (31,8%);
- Imprenditore: 87,38 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 588,63 € (9,4%);
- Lavoratore dipendente: 206,01 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 637,94 € (34,7%);
- Pensionato: 17,12 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 853,43 € (1,7%);
- Altri: 6,42 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite

va (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata), il 31,8%, pari a 578 milioni di EUR, sono riferibili ai lavoratori autonomi; il 9,4%, pari a 259 milioni di EUR, agli imprenditori; il 34,7%, pari a 4,6 miliardi di EUR, ai lavoratori dipendenti; il 1,7%, pari a 213 milioni di EUR, ai pensionati; lo 0,9%, pari a 82 milioni di EUR, ai percettori di altri redditi (Grafico 24).
L'incidenza della Spesa Sanitaria Intermediata sulla Spesa Sanitaria Privata è maggiore per i redditi da lavoro dipendente e per i redditi da lavoro autonomo. In entrambi i casi importante sono le coperture di natura collettiva promosse rispettivamente dalla contrattazione collettiva nazionale e dagli enti previdenziali privatizzati dei liberi professionisti. Da rilevare, inoltre, che l'incidenza della Spesa Sanitaria Intermediata sulla Spesa Sanitaria Privata per gli imprenditori è sostanzialmente in linea con la propensione alla sottoscrizione di polizze individuali da parte dei cittadini. Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a 433,15 €, pari al 66,14% della della Spesa Sanitaria Privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito (Grafico 25):
- Autonomo: 552,87 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 645,02 € (85,7%);

Grafico 23 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata *pro capite* per professione





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

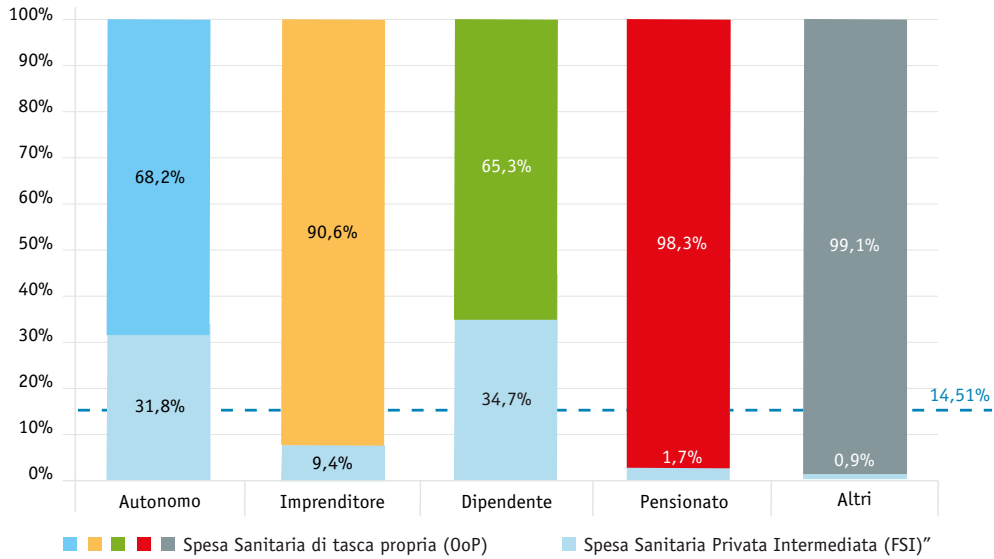
- Imprenditore: 455,85 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 588,63 € (77,4%);
- Dipendente: 417,30 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 637,94 € (65,4%);
- Pensionato: 517,09 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 853,43 € (60,6%);
- Altri: 499,66 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 525,73 € (85,5%).

B.2.5) Diffusione della Sanità Integrativa per territorio

La diffusione della Sanità Integrativa sul territorio nazionale presenta apparentemente un rilevante gradiente territoriale (Grafico 26). Bisogna considerare, tuttavia, che la diffusione delle polizze collettive è direttamente collegata al tessuto produttivo del Paese e all'incidenza in ciascuna macroarea di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro che abbiano già attivato la Sanità Integrativa nell'ambito del loro sistema di *Welfare* contrattuale. La presenza di Polizze Sanitarie Collettive nella macroarea Centro è in parte riconducibile anche alla maggiore presenza di dipendenti pubblici. Diversamente, con esclusione della sola macroarea Sud e Isole, la diffusione delle Polizze Sanitarie Individuali risulta assolutamente omogenea tra le diverse macroaree geografiche, smentendo il convincimento diffuso rispetto al diretto collegamento tra propensione all'assicurazione sanitaria e reddito disponibile pro capite.

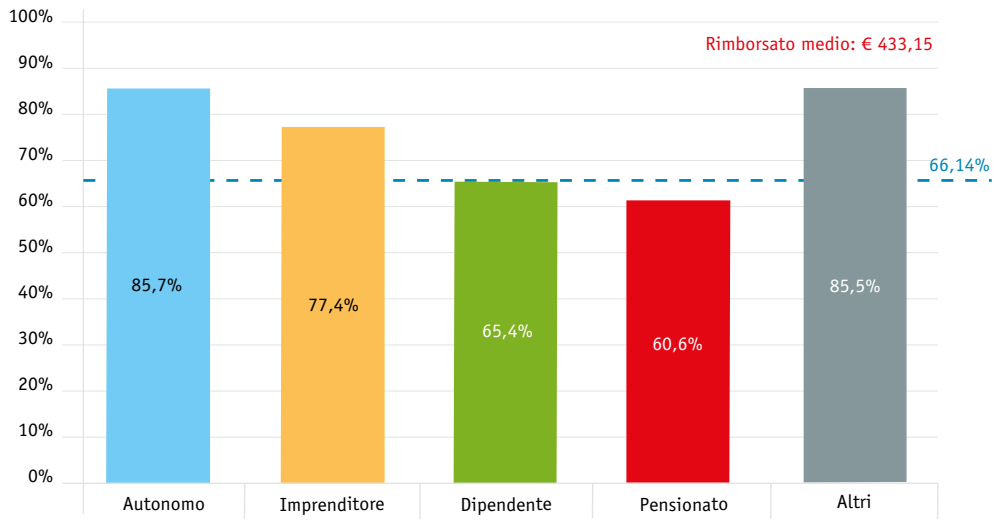
A fronte di una Spesa Sanitaria Privata media pro capite di 654,89 € la Spesa Sanitaria Intermediata

Grafico 24 – Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per professione



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

Grafico 25 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per professione (rimborsato medio)

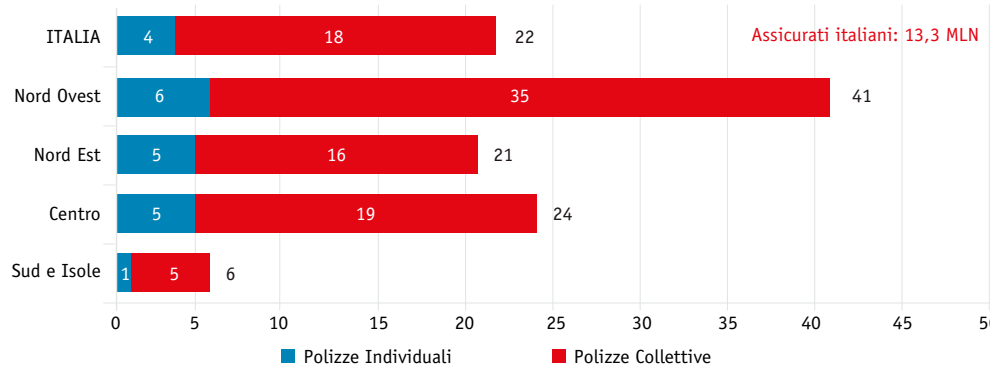


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

media pro capite è pari a 95,02 € (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria Privata e Intermediata pro capite tra le diverse macroaree geografiche (Grafico 27):

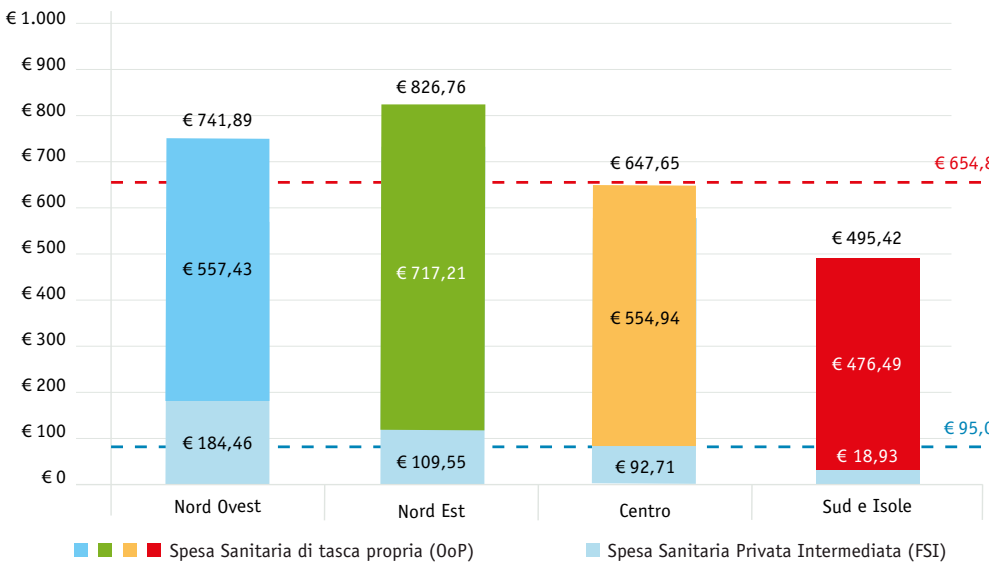
- Nord Ovest: 184,50 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 741,89 € (24,9%);
- Nord Est: 109,60 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 826,76 € (13,3%);
- Centro: 92,70 € di Spesa Sanitaria Intermediata

Grafico 26 – Assicurati ogni 100 cittadini per territorio



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Banca d'Italia e ANIA

Grafico 27 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata *pro capite* per territorio



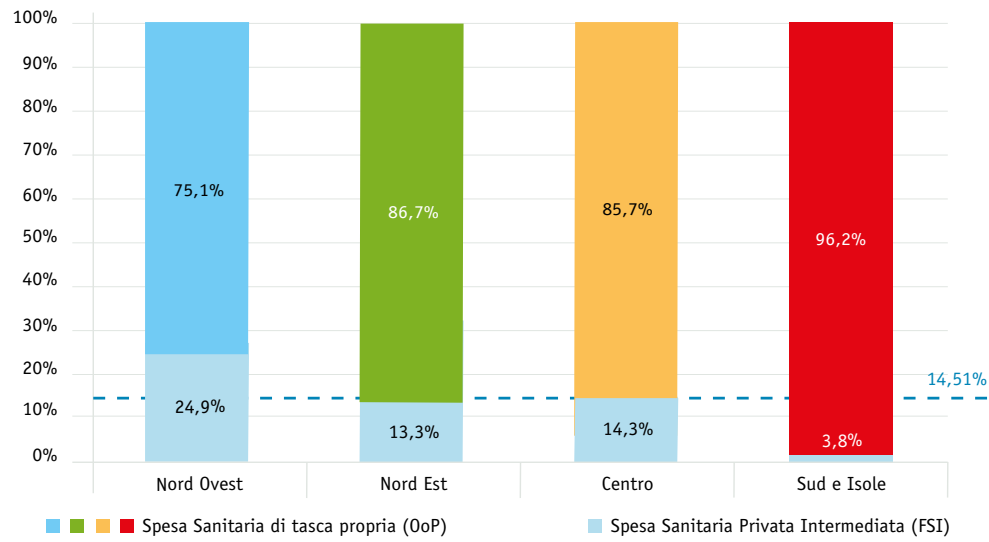
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a € 647,65 € (14,3%);

- Sud e Isole: 18,90 € di Spesa Sanitaria Intermediata pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 495,42 € (3,8%).

Dei 5,8 miliardi di EUR gestiti dalla Sanità Integrativa (il 14,51% della Spesa Sanitaria Privata), il 24,9%, pari a 3 miliardi di EUR, sono riferibili ai cittadini del Nord Ovest; il 13,3%, pari a 1,3 miliardi di EUR, ai cittadini del Nord Est; il 14,3%, pari a 1,1 miliardi di EUR, ai cittadini del Centro; il 3,8%, pari a 393 milioni di EUR, ai cittadini del Sud e Isole (Grafico 28). L'incidenza della Spesa Sanitaria Intermediata sulla Spesa Sanitaria Privata è maggiore nella macroarea Nord Ovest. È comunque significativo il contributo garantito dalla Sanità Integrativa al reddito dei cittadini anche nella macroarea Centro e nella macroarea Nord Est, che si attesta sostanzialmente in linea con la media nazionale. Significativamente inferiore alla media il contributo garantito dalla Sanità Inte-

Grafico 28 – Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per territorio

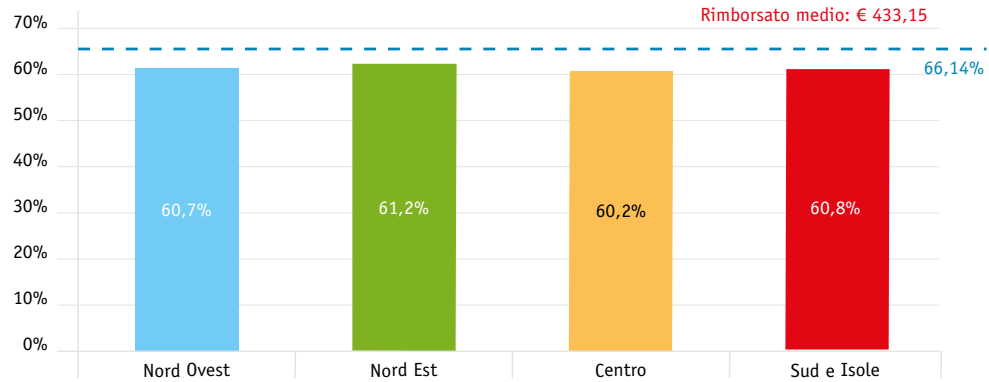


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

grativa per la macroarea Sud e Isole. In quest'ottica importante potrebbe essere il ruolo svolto dalle Regioni nella promozione di Fondi Sanitari territoriali che aiutino a colmare i gap assistenziali che caratterizzano attualmente il nostro Sistema Sanitario.
Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a 433,15 €, pari al 66,14% della Spesa Sanitaria Privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito (Grafico 29):

- Nord Ovest: 450,21 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 741,89 € (60,7%);
- Nord Est: 506,19 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 826,76 € (61,2%);
- Centro: 389,75 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 647,65€ (60,2%);
- Sud e Isole: 301,42 € pro capite a fronte di una Spesa Sanitaria Privata pro capite pari a 495,42 € (60,8%).

Grafico 29 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per territorio (rimborsato medio)



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

C) Il Rapporto RBM – Censis sulla Sanità Integrativa 2017-2018. Descrizione della metodologia, dei cluster di analisi e del campione utilizzato

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, – in continuità con l'approccio metodologico del monitoraggio adottato sin dall'avvio del presente Rapporto – 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 (istituite, 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 Assicurative 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 l'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.

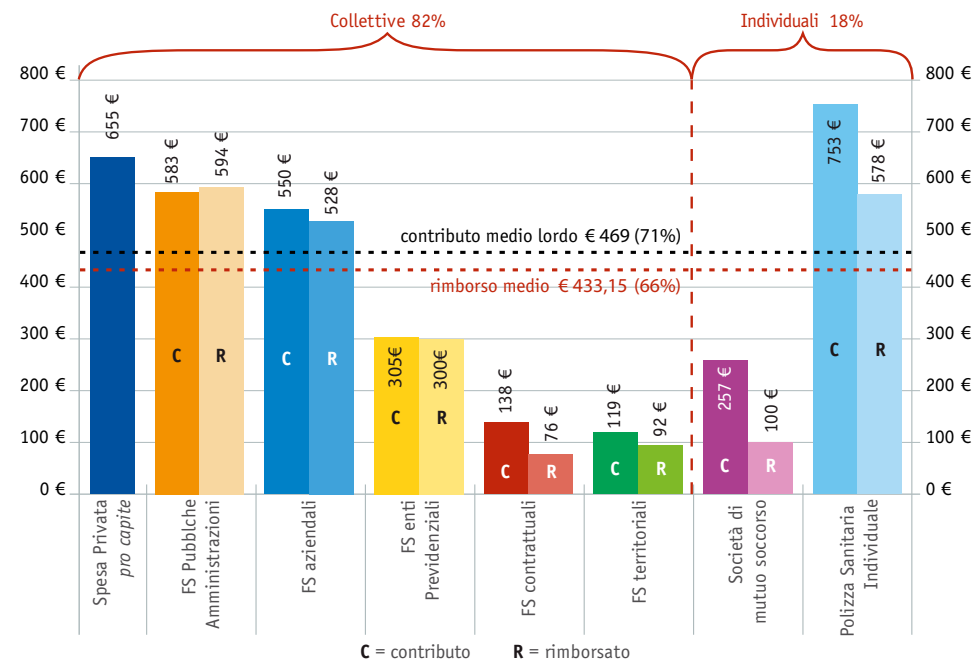
In continuità con l'impostazione adottata nelle precedenti annualità di indagine, dal campione sono stati escluse le Forme Sanitarie Integrative relative alla categoria dei Dirigenti, difficilmente assimilabili alle specificità proprie del settore sia in ragione delle dotazioni economiche decisamente 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 per persona) sia per le peculiarità dei relativi livelli di copertura che garantiscono, nella quasi totalità dei casi, un rimborso di una quota della spesa sanitaria sostenuta dall'assitito 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.

D) Contributi e premi 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 standardizzati) è pari a 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 30).

Emerge, inoltre, che attualmente la Sanità Integrativa garantisce mediamente ai propri assistiti un rimborso (indenizzo) 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 sono pari, rispettivamente a 594 € e a 528 €, quello delle Forme Sanitarie degli Enti Previdenziali 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 a 100 €, mentre quello delle Polizze Sanitarie Individuali è pari a 578 €. Per assicurare più della metà della Spesa Sanitaria Privata pro capite basterebbe dunque 1,20 € al gior-

Grafico 30 – Contributi e prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative



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

no (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 più 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 fondamentalmente 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 1,20 € 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.

E) Livelli Assistenziali delle Forme Sanitarie Integrative

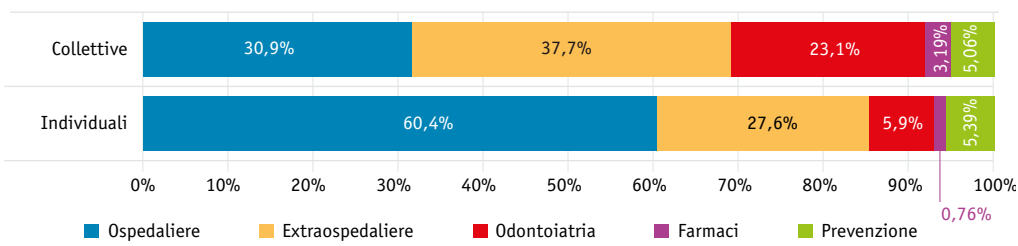
E.1) Quali prestazioni assicura la Sanità Integrativa

Al fine di comprendere al meglio il ruolo ed il contributo attualmente già garantito dalla Sanità Integrativa ai cittadini ed alle famiglie italiane si ritiene importante effettuare un breve focus su quali siano le prestazioni sanitarie assicurate dalla Sanità Integrativa.

Le Polizze Sanitarie Collettive ed i Fondi Integrativi si caratterizzano per un ruolo prevalentemente integrativo e complementare del Servizio Sanitario Nazionale. I Piani Sanitari promossi in questo segmento privilegiano quindi prevalentemente la diagnostica, la specialistica e le prestazioni odontoiatriche. Le Polizze Sanitarie Individuali tendono a operare, invece, prevalentemente con un ruolo complementare e sostitutivo del Servizio Sanitario Nazionale, in applicazione di un'impostazione di protezione complessiva del cittadino rispetto alla natura potenzialmente catastrofale di alcune spese acute in Sanità.

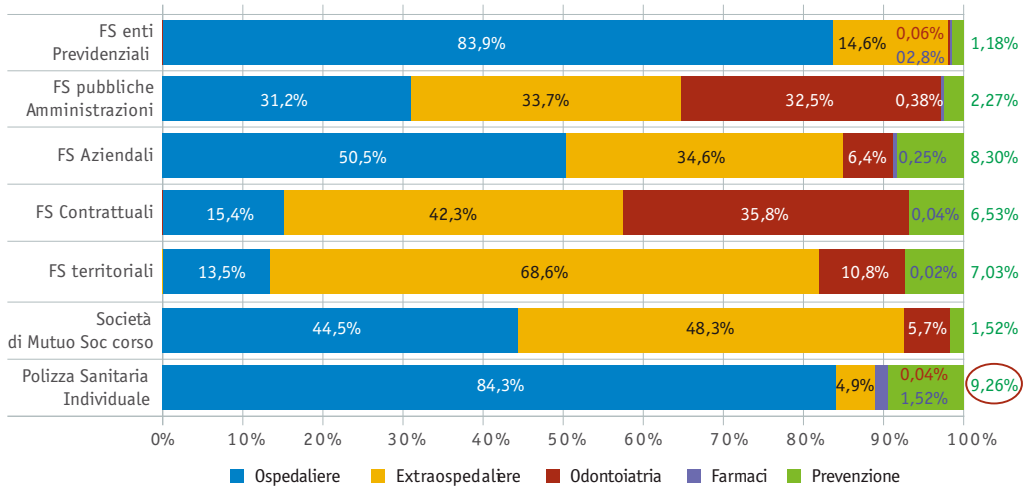
Dei 5,8 miliardi di EUR intermediati dalla Forme Sanitarie Integrative nel 2017 (Grafico 31), sono stati rimborsati agli assicurati poco più di 2,6 miliardi di EUR. In particolare, le Polizze Sanitarie Collettive ed i Fondi Integrativi hanno erogato il 38% dei propri rimborsi in area extraospedaliera (diagnostica e specialistica), il 31% in area ospedaliera, il 23% in campo odontoiatrico, il 5% in diagnosi precoce e prevenzione ed il 3% in farmaci. Le Polizze Sanitarie Individuali, invece, hanno erogato il 60% dei propri rimborsi in area ospedaliera, il 28% in area extraospedaliera (diagnostica e specialistica), il 6% in campo odontoiatrico, il 5,7% in diagnosi precoce e prevenzione e lo 0,3% in farmaci. 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 32) dei regimi di erogazione e dei livelli assistenziali adottati all'interno dei diversi cluster identificati ai fini del presente Rapporto. In particolare, 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

Grafico 31 – Quali prestazioni sanitarie assicura la Sanità Integrativa?



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

Grafico 32 – Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per macrogaranzia (dati di spesa)



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

stessa dell'assicurazione, ovvero la protezione dal rischio. D'altra parte non bisogna sottovalutare che 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. Riforme[3] "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 sociosanitarie e socioassistenziali), la quota di prestazioni odontoiatriche intermediate 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 investito 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 quinquiennio.

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 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

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

(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 extraospedaliera 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 Intermediata 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).

E.2) Regimi di erogazione delle Forme Sanitarie Integrative

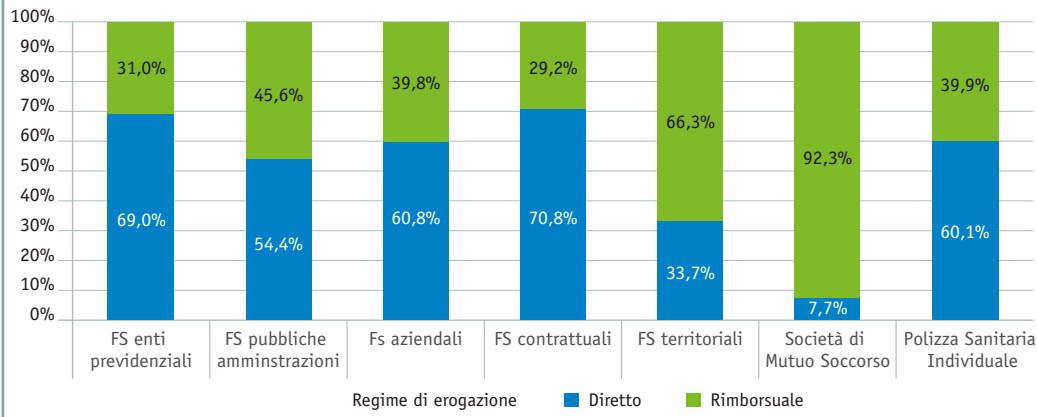
Come noto, le Forme Sanitarie Integrative operano prevalentemente applicando due regimi di erogazione: il c.d. "regime diretto", ovvero nell'ambito di una rete (c.d. network) di strutture (pubbliche e private) e medici collegate attraverso un sistema di convenzionamento/accreditamento con le Compagnie Assicurative, Third Party Administrator (c.d. "TPA")[4] 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 Assicurativa 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.
A questo riguardo il Grafico 33 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 Assicurativa 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 intermediata 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 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.

E.3) Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: investire nella salute

Nel 2017 le Forme Sanitarie Integrative hanno gestito quasi 1 milione di Protocolli di Prevenzione (di cui 860.571 da parte di Forme Sanitarie Assicurate

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

Grafico 33 – Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per regime di erogazione (dati di spesa)



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

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 34 e Grafico 35). 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 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.

Attualmente le Forme Sanitarie Integrative includono nei propri programmi di prevenzione: gli screening oncologici ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (mammografia, colon-retto, 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 benchè 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

Grafico 34 – Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: investimenti in prevenzione

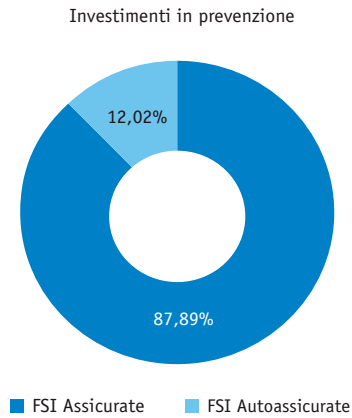
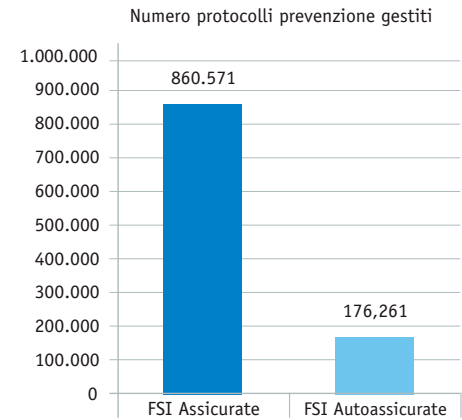


Grafico 35 – Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: numero protocolli prevenzione gestiti



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

di partecipazione più elevati di quelli registrati dai programmi di screening oncologico promossi dal Servizio Sanitario Nazionale. 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 counseling, 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.

E.4) I protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative

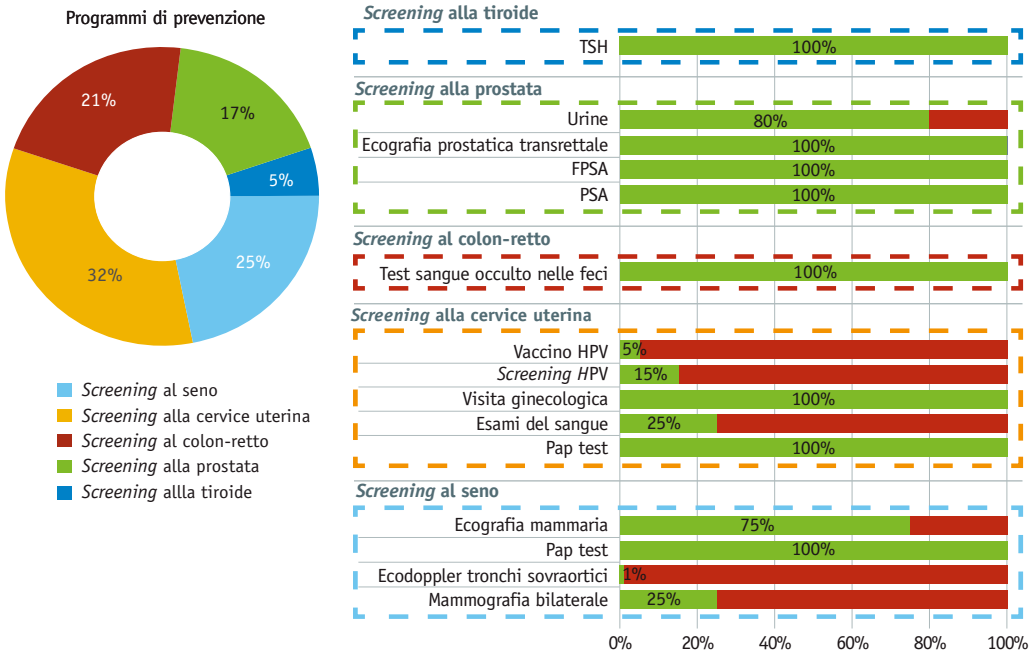
Al fine di consentire un'adeguata valutazione del ruolo concretamente svolto dalle Forme Sanitarie Integrative nel campo della diagnosi precoce, della prevenzione e della promozione della salute si è provveduto ad effettuare una ricognizione complessiva del settore analizzando in dettaglio la composizione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

E.4.1) Screening di base

E.4.1.1) Screening oncologico

Nel campo della prevenzione oncologica (Grafico 36), 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 colon-retto (in particolare attraverso la ricerca del sangue occulto nelle feci), il 17% alla prostata (ecografia prostatica, PSA e FPSA sempre previsti, esame delle urine nell'80% dei casi) ed il 5% alla tiroide

Grafico 36 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: *screening* oncologico



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

(TSH). Tali screening, anche in ragione delle specificità proprie delle patologie indagate, sono differenziati per genere e per età del fruitore.

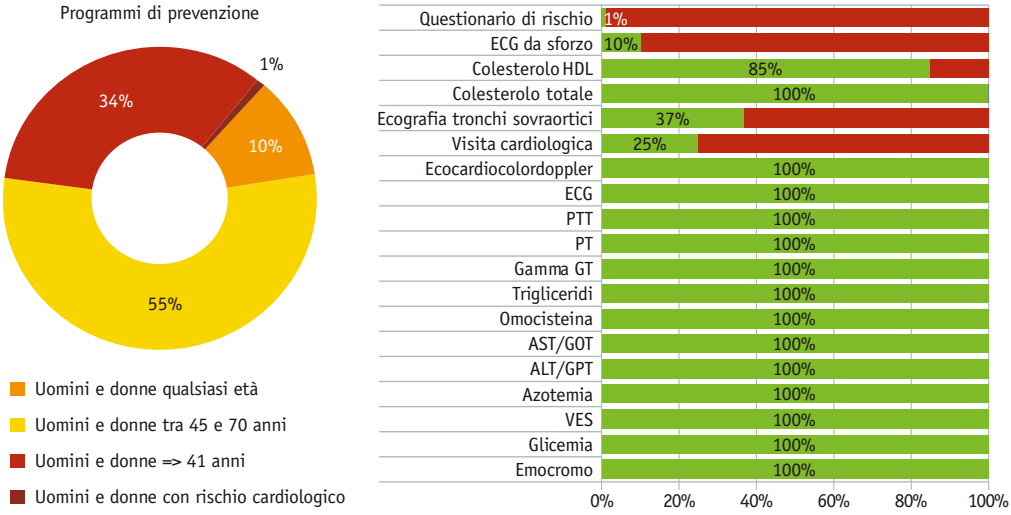
E.4.1.2) Screening cardiovascolare

Gli screening di prevenzione cardiovascolare (Grafico 37) 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 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.

E.4.1.3) Prevenzione odontoiatrica

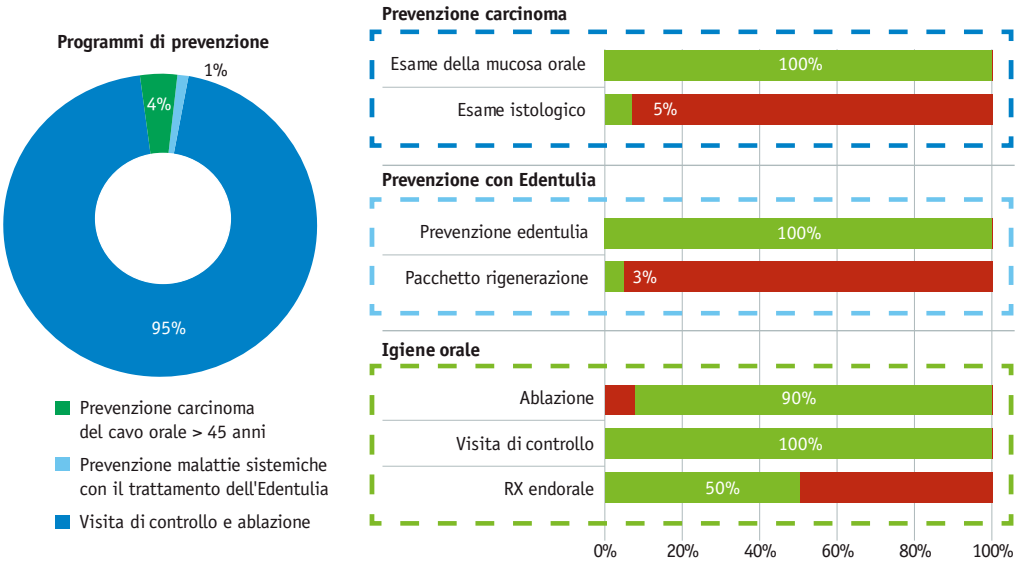
La prevenzione odontoiatrica ha fatto il suo ingresso in modo assolutamente diffuso nei Piani di tutte le Forme Sanitarie Integrative, soprattutto di natura Collettiva, a far data dal 2008 con l'entrata in vigore del "Decreto Turco". Attesi, infatti, i costi e la frequenza piuttosto elevati delle prestazioni 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 38, pertanto, il 95% delle Forme Sanitarie Integrative prevede un protocollo di igiene orale che comprende sempre una visita di controllo, l'ablazione

Grafico 37 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: *screening* cardiovascolare



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

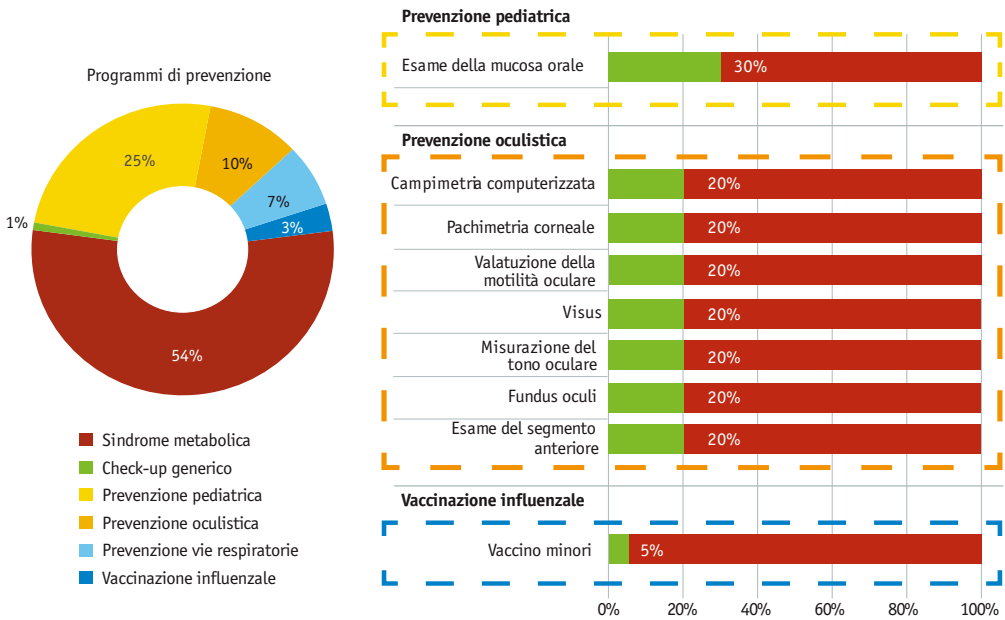
Grafico 38 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: *screening* odontoiatrico



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

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

Grafico 39 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: altri screening



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

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).

E.4.2) Altre tipologie di screening "specifici"

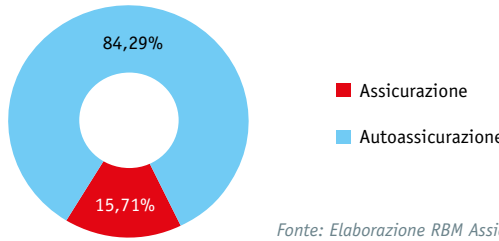
Come già anticipato, in affiancamento agli screening "di base" le Forme Sanitarie Integrative supportano una serie di screening "specifici", talvolta direttamente collegati anche alla tipologia di attività lavorativa svolta dai propri assicurati. Si tratta, come mostra il Grafico 39, di una gamma piuttosto 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 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).

F) Sanità Integrativa e settore assicurativo

Attualmente poco meno del 70% delle risorse raccolte dal settore della Sanità Integrativa è gestito attraverso Compagnie di Assicurazione. Importante sottolineare – anche per sfatare un errato convincimento spesso pervicacemente promosso da alcuni commentatori – inoltre che seppure attraverso prodotti diversi, l'85% dei Fondi Sanitari assicura le prestazioni comprese nei propri Piani Sanitari al fine di garantire la sostenibilità e la solvibilità nel tempo dei propri livelli assistenziali (Grafico 40).
Nella prospettiva di un possibile ampliamento del ruolo della Sanità Integrativa nel nostro Paese sarà importante tener ben presente che non esiste, nei fatti, alcuna contrapposizione/alternatività tra Compagnie Assicurative e Fondi Integrativi. Infatti le Polizze Sanitarie Collettive, che sono lo strumento che garantisce nella stragrande maggioranza dei casi attuazione ai Piani Sanitari promossi dai Fondi Integrativi, condividono in tutto e per tutto lo stesso impianto "assuntivo" ovvero: assenza di selezione del rischio, ampiezza delle coperture, costo standardizzato (c.d. "flat") e omogeneo per tutti gli assicurati. Nel nostro Paese le Polizze Sanitarie vengono assicurate da Imprese autorizzate dall'IVASS all'esercizio del Ramo 2 dell'Assicurazione Danni. Attualmente il settore risulta appannaggio di quattro operatori principali di cui due di natura "generalista" (ovvero quelle Compagnie che assicurano una pluralità di prodotti assicurativi sia nei Rami Vita, Auto e Danni Non Auto) e due di natura "specializzata" (ovvero quelle Imprese che assicurano prevalentemente/esclusivamente le Polizze Sanitarie). Il Ramo 2 - Malattia non è, tuttavia, un settore omogeneo ed è necessario distinguere al suo interno alcuni sottosegmenti.
In primo luogo, occorre tenere distinto il segmento delle Polizze Individuali (che rappresenta circa il 25% dei premi del Ramo 2) dal segmento delle Polizze Collettive, che rappresenta circa il 75% del totale dei premi (contributi) complessivi. Tale segmento è dominato dalle Imprese Assicurative generaliste, in quanto richiede la disponibilità di una rete agenziale "proprietaria" capillarmente estesa sul territorio. Naturalmente, perché un'agenzia possa operare con un'adeguata sostenibilità economica, è necessario che disponga di un portafoglio clienti piuttosto ampio, caratteristica questa sostanzialmente collegata alla possibilità di operare in diversi rami assicurativi. Per questo motivo, le Compagnie Assicurative specializzate, tipicamente molto presenti nel segmento delle Polizze Sanitarie Collettive e/o dei Fondi Integrativi, presentano un posizionamento piuttosto contenuto in questo segmento. Anche i prodotti promossi dalle Compagnie Assicurative, peraltro, sono assolutamente diversi da quelli richiesti nel segmento delle polizze collettive, dal momento che presentano un elevato livello di standardizzazione. Il segmento delle Polizze Collettive, invece, è composto da due sottosegmenti

Grafico 40 – Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per regime gestionale (2017)



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

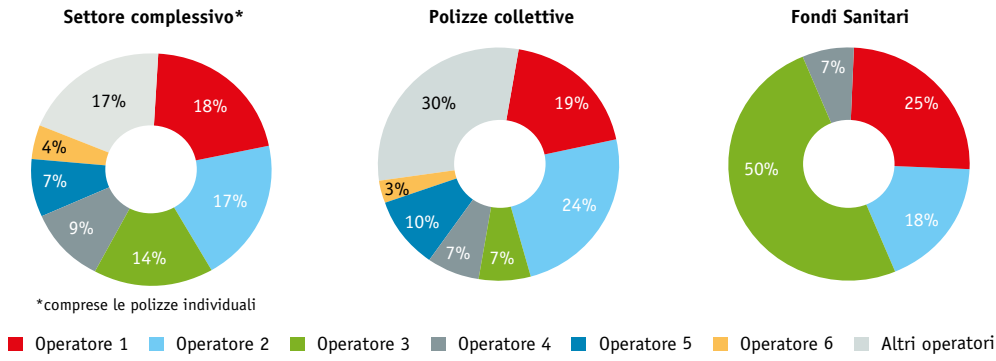
distinti, (i) quello dei Fondi Sanitari contrattuali e (ii) quello delle Polizze Collettive, in particolare di natura aziendale (rivolte al personale di imprese private e/o enti pubblici) o professionale (rivolte prevalentemente ad Enti Previdenziali privatizzati e/o a determinate categorie imprenditoriali). Per operare in entrambi i sottosegmenti, comunque, è necessaria una struttura di gestione dei sinistri più sviluppata di quella che caratterizza il segmento delle Polizze Individuali e, comunque, organizzata mediante un Centro Liquidazioni Sinistri operativo nella struttura direzionale dell'Impresa. Elemento fondamentale per questa tipologia di prodotti è la disponibilità di un network di strutture sanitarie convenzionate capillarmente diffuso su tutto il territorio nazionale presso il quale l'assicurato deve poter eseguire tutte le prestazioni oggetto della copertura assicurativa. Anche dal punto di vista dei prodotti ci si trova di fronte ad una realtà assolutamente più complessa di quella che caratterizza le Polizze Individuali, dal momento che ciascun contraente collettivo (Fondo, Ente o azienda) richiede un prodotto "customizzato" da sviluppare tenendo opportunamente in considerazione anche i risultati degli accordi intervenuti a livello sindacale. Non a caso, tali prodotti tendono ad essere identificati con l'acronimo RSMO ovvero "Rimborso Spese Mediche ed Ospedaliere". L'acquisizione, da parte delle imprese assicurative, di questa tipologia di clienti avviene (i) attraverso la partecipazione a selezioni private ad invito o stipula diretta, nel caso dei Fondi Sanitari occupazionali, (ii) attraverso una gara pubblica, per gli enti pubblici e per gli enti previdenziali privatizzati e (iii) mediante broker, nel caso delle aziende private. In questo segmento, pertanto, il ruolo delle agenzie è assolutamente marginale e, comunque, non rilevante per gli assetti del segmento di mercato. Non a caso, gli operatori nel mercato delle polizze collettive sono meno numerosi di quelli nel mercato delle polizze individuali. I principali operatori sono sostanzialmente quattro. Gli altri operatori presenti nel settore delle polizze individuali hanno una presenza marginale nel settore delle polizze collettive (Grafico 41).

Come anticipato, il settore dell'Assicurazione Sanitaria (Ramo 2 – Danni) risulta appannaggio di quattro Compagnie, due "generaliste" e due "specializzate", con una ripartizione comunque piuttosto equilibrata tra i principali market leader. In particolare, la prima posizione nel settore complessivo è detenuta di misura da una Compagnia generalista seguita da una Compagnia specializzata.

Il sottosegmento delle Polizze Collettive, invece, vede tre operatori principali e due operatori con un posizionamento più contenuto. Anche in questo caso la ripartizione tra i principali player, seppur meno bilanciata, risulta comunque piuttosto distribuita. La prima posizione nel sottosegmento è detenuta da una Compagnia specializzata seguita con un certo stacco da una Compagnia generalista. In questo sottosegmento, in ogni caso, il posizionamento dei primi due player del mercato risulta piuttosto staccato da quello degli altri operatori.

Infine il sottosegmento dei Fondi Sanitari contrattuali. Questo settore vede una posizione assolutamente maggioritaria da parte di una Compagnia specializzata e la presenza, rispettivamente in seconda e terza posizione, di una Compagnia generalista e di un'altra Compagnia specializzata. Tendenzialmente assenti gli altri operatori da questo sottosegmento che rappresenta, tuttavia, quello con le maggiori potenzialità di crescita nel prossimo quinquennio. Tale concentrazione, peraltro, viene confermata anche dal trend di sviluppo di ciascuno degli operatori di questo sottosegmento che, sebbene mostri un trend di tendenziale ribilanciamento tra i primi 3 operatori coinvolti, conferma ancora un eccesso di presenza di una delle due Compa-

Grafico 41 – *Player e concentrazione di mercato*



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

gnie specializzate (Grafico 42). Maggiori livelli di "intermediazione" della Spesa Sanitaria Privata da parte delle Forme Sanitarie Integrative andrebbero favoriti anche attraverso l'estensione del Codice degli Appalti alle selezioni indette dai Fondi Sanitari (e, segnatamente, da quelli di origine contrattuale che si caratterizzano per una rilevante concentrazione di mercato) in un'ottica di miglior promozione della concorrenza tra le Compagnie Assicurative affidatarie della gestione dei Piani Sanitari.

L'adesione ai Fondi Sanitari contrattuali avviene, nella totalità dei casi, su base contrattuale obbligatoria. Questa impostazione, necessaria a favorire la maggiore mutualità tra i lavoratori di ciascun settore produttivo, non prevede pertanto la possibilità per i lavoratori di manifestare la propria volontà di aderire o meno al proprio Fondo Sanitario contrattuale.

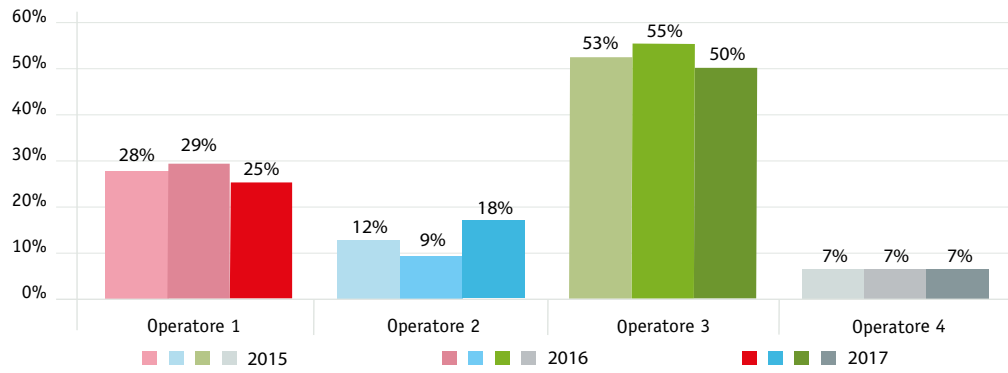
In effetti, a differenza di quanto avviene nel settore della previdenza complementare, che pur condivide con la Sanità Integrativa un rilevante ruolo assegnato ai Fondi di natura contrattuale, nel caso dei Fondi Sanitari il lavoratore non ha diritto alla "portabilità" della contribuzione fissata dalla Contrattazione Collettiva Nazionale. Pertanto, gli importi finalizzati a garantire l'operatività di una Forma Sanitaria Integrativa di un determinato Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro, pur essendo giuridicamente parte integrante della retribuzione del lavoratore, non possono essere richiesti da quest'ultimo per essere indirizzati ad una Forma di Sanità Integrativa "più efficace" o che, comunque, presenti Piani Sanitari più competitivi rispetto a quelli identificati dal proprio Fondo Sanitario di appartenenza.

Ne consegue che la qualità e l'efficacia dei Piani Sanitari messi a disposizione dei lavoratori dipenda esclusivamente dalla promozione da parte degli Organi di governance del Fondo Sanitario di un'effettiva concorrenza tra le Imprese Assicurative in relazione al Piano Sanitario che sarà automaticamente applicato ai lavoratori assicurati dal Fondo per effetto del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro applicato dalla propria azienda di appartenenza. In effetti, come anticipato, il lavoratore, anche qualora fosse a conoscenza di Polizze Sanitarie/Prodotti Assicurativi migliori rispetto a quelli scelti dal proprio Fondo Sanitario contrattuale, si ritroverebbe comunque "costretto" a versare la propria retribuzione al Fondo contrattuale del suo settore, non avendo alcuna possibilità di scegliere personalmente quale tipologia di tutela sanitaria integrativa attivare a proprio favore.

In proposito appare utile sottolineare come, nel caso degli Enti Previdenziali Privatizzati – che in quanto enti di natura professionale presentano, pur a fronte di una diversa natura giuridica, diverse similitudini con i Fondi Sanitari contrattuali – grazie alla necessità di adozione in occasione di ciascuna scadenza delle proprie Polizze Sanitarie delle procedure di gara disciplinate del Codice degli Appalti, si è pervenuti a garantire un confronto competitivo pieno ed efficace, che ha portato ad un miglioramento progressivo dei livelli assistenziali nei confronti degli assicurati e, nella quasi totalità dei casi, anche ad una progressiva riduzione dei livelli di contribuzione richiesti.

In senso più generale, la promozione di maggiori meccanismi competitivi nel settore della Sanità Integrativa non si limita a preservare gli interessi dei lavoratori che eventualmente ne possono beneficiare, ma consente di incrementare il livello di intermediazione garantito dalle Forme Sanitarie Integrative con un conseguente contributo alla sostenibilità finanziaria e sociale al Sistema Sanitario del nostro Paese.

Grafico 42 – *Trend* quote di mercato dei Fondi Sanitari (2015-2017)

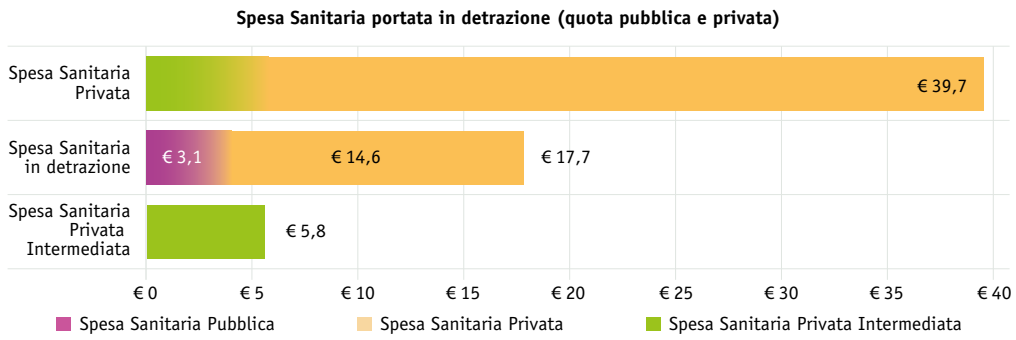


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Previmedical

G) Il regime fiscale della Spesa Sanitaria Privata e delle Forme Sanitarie Integrative

La meritorietà della Spesa Sanitaria Privata è da tempo riconosciuta dallo Stato attraverso un sistema di detrazioni fiscali finalizzato a rimborsare parzialmente il cittadino delle spese sostenute per le cure pagate di tasca propria. In particolare, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del TUIR, ciascun cittadino può detrarre dall'imposta lorda un importo pari al 19% delle spese sanitarie per la parte che eccede 129,11 € e senza applicazione di alcun tetto massimo.
Le detrazioni per spese sanitarie assorbono attualmente il 60,66% dell'intera spesa per oneri detraibili sostenuta dallo Stato. Sono 18,1 milioni i cittadini che beneficiano delle detrazioni fiscali per le cure private, poco più del 40% di quelli che le hanno sostenute.
Nel 2017 l'ammontare delle spese portate in detrazione è stato pari a 17 miliardi di EUR, di cui 3,1 miliardi di EUR riferibili ai ticket. Ne deriva, pertanto, che circa la metà delle prestazioni sanitarie sostenute direttamente dalle famiglie beneficiano di un abbattimento delle loro imposte IRPEF pari al 19% delle spese sanitarie sostenute privatamente (Grafico 43). Interessante osservare, a conferma del trend crescente registrato per la Spesa Sanitaria Privata, che anche in termini di spese portate in detrazione tra 2015 e 2016 si è registrato un incremento del 5,9% dell'ammontare dichiarato dai cittadini.
Il meccanismo delle detrazioni non prevede differenziazioni in termini di applicabilità e/o misura dell'agevolazione per tipologia di reddito ed opera in relazione a tutte le prestazioni acquistate privatamente dal cittadino a prescindere dalla loro natura sostitutiva, integrativa o complementare rispetto a quanto garantito dal Servizio Sanitario Nazionale.
Anche per la Sanità Integrativa lo Stato ha accordato alla fine degli anni '90 un regime fiscale agevolato a conferma del contributo positivo che le Compagnie Assicurative e i Fondi Sanitari possono garantire in questo settore. In particolare, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lett. e) ter, sono deducibili, fino ad un massimo di 3.615,20 €, i contributi versati ai Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale che erogano prestazioni negli ambiti stabiliti con Decreto dal Ministero della Salute. Ai fini del calcolo del predetto limite si deve tener conto, altresì, dei contributi versati dal datore di lavoro – e, quindi, per i soli lavoratori dipendenti – ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lett. a) del medesimo TUIR. Tale articolo, in particolare, prevede che i contributi versati dal datore di lavoro ad Enti o Casse aventi esclusivamente finalità assistenziale ed operanti in ambiti stabiliti con Decreto dal Ministero della Salute in attuazione di disposizioni di contratto o accordo o regolamento aziendale non concorrano a formare reddito (e quindi risultino esclusi dalla base imponibile). Le deduzioni per la Sanità Integrativa assorbono attualmente il 3,55% dell'intera spesa per deduzioni sostenuta dallo Stato. Sono 10,9 milioni i cittadini che beneficiano delle deduzioni per la Sanità Integrativa, circa l'82,40% pertanto degli assicurati.
Il meccanismo delle deduzioni riconosciute per la Sanità Integrativa, diversamente da quello delle detrazioni per le spese sanitarie private, limita il riconoscimento degli oneri deducibili alle sole Forme Sanitarie Integrative di natura collettiva e, comunque, in presenza di una comprovata funzione eminentemente integrativa del Servizio Sanitario Nazionale.
L'applicabilità del meccanismo degli oneri deducibili, peraltro, risulta significativamente differenziata tra percettori di reddito di lavoro dipendente – per i quali il beneficio fiscale è accordato in presenza di adesione ad una Forma Sanitaria Integrativa che garantisca una quota di prestazioni integrative del Servizio Sanitario Nazionale almeno pari al 20% – e percettori di altre tipologie reddituali (con la sola esclusione dei redditi da pensione che, seppur con una normativa specifica, sono prevalentemente riconducibili a quelli di lavoro dipendente), in particolare redditi di lavoro autonomo e redditi di impresa – per i quali il beneficio fiscale invece può essere riconosciuto esclusivamente in presenza di adesione ad una Forma Sanitaria Integrativa che assicuri solo ed esclusivamente prestazioni sanitarie inte-

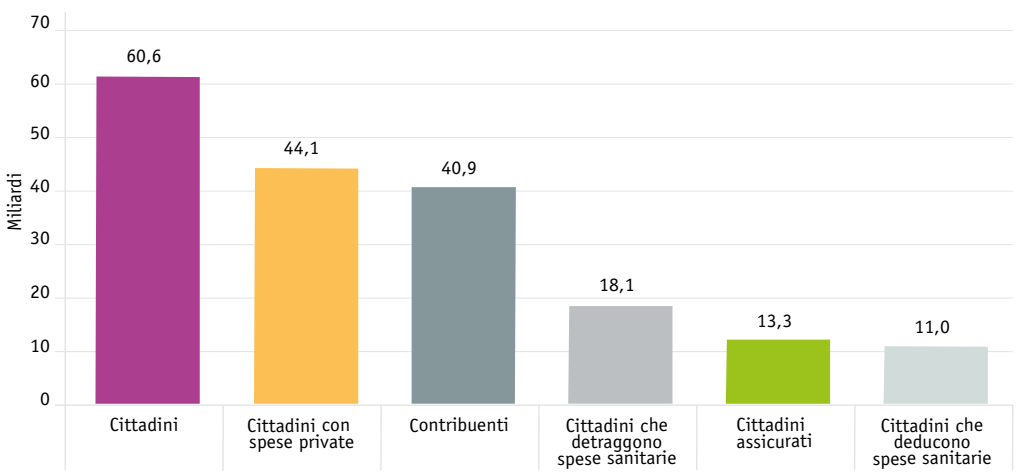
Grafico 43 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: quota pubblica e quota privata della Spesa Sanitaria portata in detrazione



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

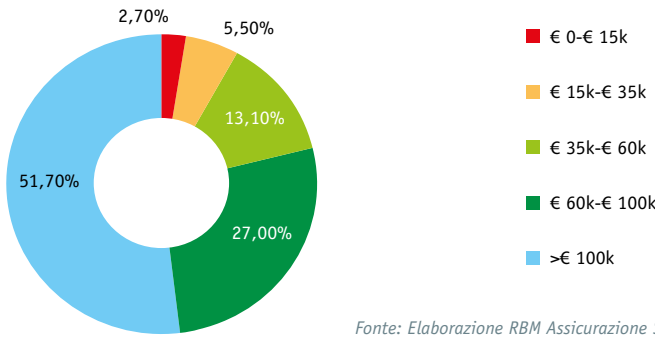
grative del Servizio Sanitario Nazionale –, con una potenziale violazione dei principi di uguaglianza e capacità contributiva (art. 3 e art. 53 della Costituzione Italiana) del secondo gruppo di contribuenti.
Alla luce delle differenze di finalità ed impostazione dei regimi fiscali agevolativi appena illustrati si ritiene utile riepilogare anche il rispettivo livello di diffusione presso la popolazione italiana (Grafico 44).
Come anticipato, su 60,6 milioni di cittadini sono 44,1 milioni gli italiani che pagano di tasca propria le proprie cure. Nel 2017 sono stati 18,1 milioni gli italiani che hanno portato in detrazione spese sanitarie pagate di tasca propria, a fronte di 40,9 milioni di contribuenti. Nel medesimo periodo è salito a 13,3 milioni di persone il numero degli assicurati da Forme di Sanità Integrativa dei quali 11 milioni circa hanno beneficiato delle agevolazioni fiscali previste dalla normativa di settore.
Il meccanismo delle detrazioni, pur essendo accordato dallo Stato in modo generalizzato, produce degli effetti decisamente negativi sia dal punto di vista redistributivo che sociale.
L'80% dei costi sostenuti da tutti i cittadini italiani attraverso la Finanza Pubblica per garantire le risorse necessarie al funzionamento del meccanismo delle detrazioni sanitarie, va a beneficio dei cittadini con redditi superiori a 60.000 € (oltre il 50% per i cittadini con redditi superiori a 100.000 €) (Grafico 45).
La detrazione per spese sanitarie è più rara per chi dichiara redditi più bassi, molto diffusa invece per i redditi elevati. Ne risulta una forte concentrazione delle agevolazioni a favore dei redditi medio-alti,

Grafico 44 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: cittadini e Spesa Sanitaria



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

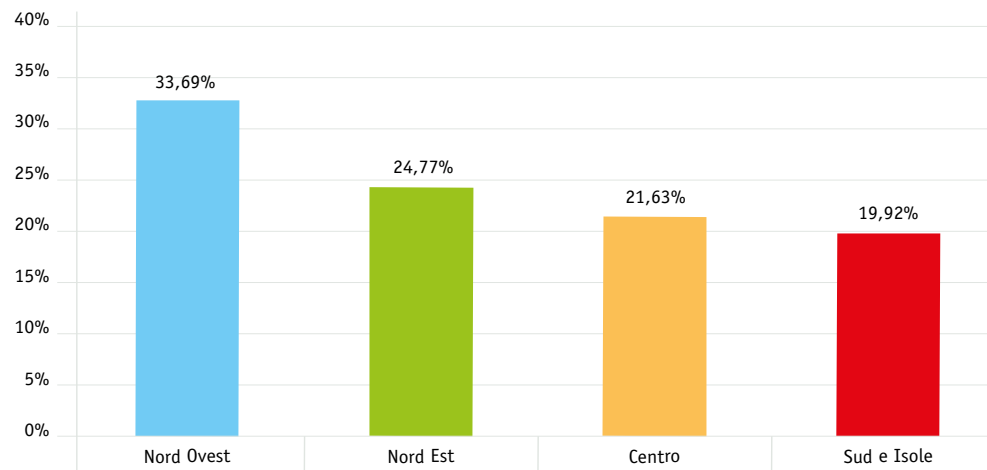
Grafico 45 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per fascia di reddito



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

che paradossalmente sarebbero maggiormente in condizione di sostenere autonomamente la Spesa Sanitaria Privata.
In altri termini il meccanismo delle detrazioni sanitarie presenta, al pari della stessa Spesa Sanitaria Privata, una forte natura regressiva fornendo un supporto del tutto inadeguato ai redditi bassi ed ai redditi medio–bassi ed anzi amplificando la divaricazione tra i cittadini meno abbienti e quelli con maggiore disponibilità reddituale/capacità di spesa in campo sanitario.
Anche dal punto di vista territoriale, peraltro, i dati dimostrano che a livello applicativo il meccanismo delle detrazioni finisce per amplificare ulteriormente il divario tra Nord e Sud. Quasi il 60% dei costi sostenuti da tutti i cittadini italiani attraverso la Finanza Pubblica per garantire le risorse necessarie al funzionamento del meccanismo delle detrazioni sanitarie viene assorbito dalle Regioni del Nord, meno del 20% dalle Regioni del Sud e Isole. La frequenza delle richieste è più elevata in Veneto, Emilia Romagna e Lombardia mentre è più contenuta in Campania e Calabria; parimenti le cure private portate in detrazione risultano più elevate al Nord (oltre 1.100 € pro capite in Lombardia e Lazio) e più contenute nel Mezzogiorno (meno di 700 € in Basilicata e Molise) (Grafico 46). Da ultimo, non si può trascurare che la stessa capacità di contrasto dell'elusione/evasione fiscale assicurata dal meccanismo delle detrazioni sanitarie per il settore delle cure private risulta assolutamente moderata. L'aliquota di spesa piuttosto contenuta (il 19%, appunto), infatti, lascia ampi margini di manovra ai professionisti emittenti fattura non favorendo un adeguato conflitto di interessi in materia fiscale tra medico e paziente. Tale perplessità, del resto, potrebbe

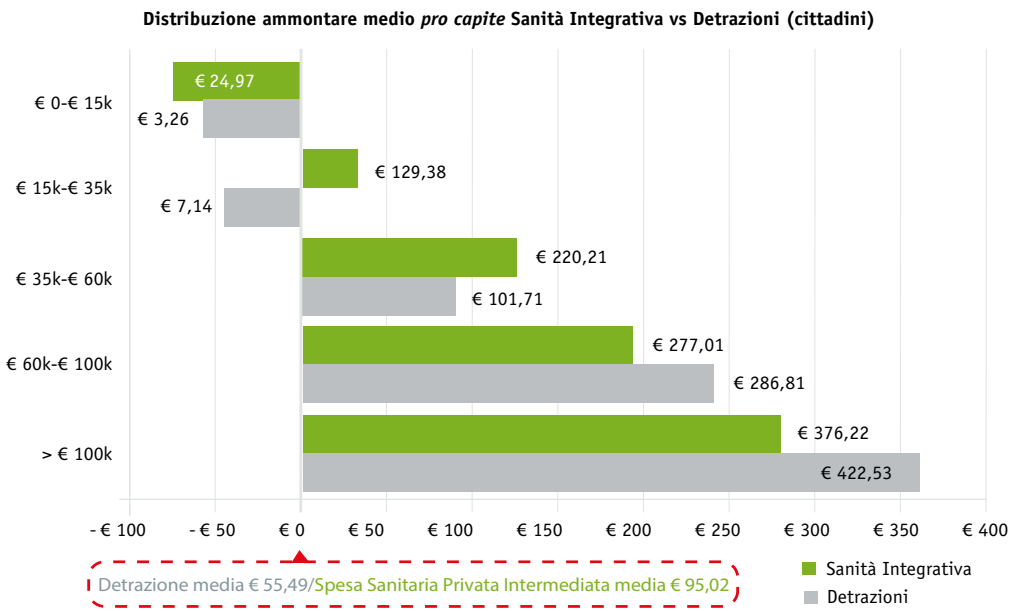
Grafico 46 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per macroaree geografiche

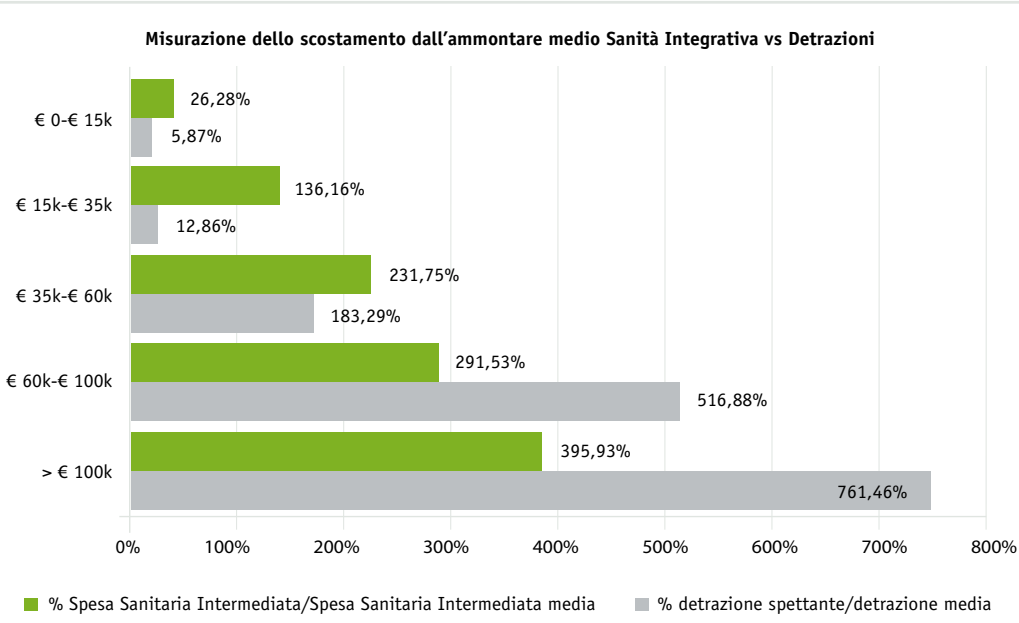


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati MEF

essere confermata dalla stessa distribuzione degli oneri detraibili appena commentata. In altri termini, il meccanismo delle detrazioni, potrebbe risultare non adeguatamente competitivo per i redditi più bassi e/o nelle aree geografiche caratterizzate da maggiori criticità economiche.
Del resto il fenomeno dell'elusione/evasione relativa alle cure private è tutt'altro che irrilevante. Secondo l'ultimo Rapporto "Curiamo la corruzione 2017", promosso da Transparency International Italia in partnership con Censis, Ispe-Sanità e Rissc, si stima che circa il 23% della Spesa Sanitaria Privata sarebbe esposta a rischio di elusione/evasione fiscale con l'ulteriore conseguenza, peraltro, che la reale incidenza della Spesa Sanitaria Privata sui redditi delle famiglie italiane potrebbe essere già oggi ben più consistente (indicativamente le stime considerano una consistenza compresa tra 6 e 8 miliardi di EUR aggiuntivi ogni anno).
Le analisi condotte nel presente Rapporto sulla Sanità Integrativa mostrano, invece, come le Polizze Sanitarie ed i Fondi Integrativi assicurino una capacità redistributiva decisamente maggiore rispetto al meccanismo delle detrazioni sanitarie trasferendo ai redditi medio-bassi un beneficio più consistente (Grafico 47).
In particolare, per i cittadini con redditi inferiori a 15.000 € il meccanismo delle detrazioni sanitarie rende disponibile un rimborso medio della Spesa Sanitaria sostenuta pari a 3,26 €, corrispondenti al 5,87% dell'ammontare medio delle detrazioni per spese sanitarie spettanti al cittadino. Per la medesima fascia di reddito, invece, la Sanità Integrativa garantisce un valore medio di Spesa Sanitaria Intermediata di 24,97 €, pari al 26,28% dell'ammontare medio gestito per ciascun cittadino.
Anche per la seconda fascia di reddito, quella dei cittadini con redditi compresi tra 15.000 € e 35.000 € si registra una capacità redistributiva della Sanità Integrativa decisamente superiore a quella del meccanismo delle detrazioni sanitarie. Infatti a fronte di un rimborso medio della Spesa Sanitaria pagata dal cittadino di 7,14 €, pari al 12,86% dell'ammontare medio delle detrazioni per spese sanitarie spettanti al cittadino, la Sanità Integrativa assicura un valore medio di intermediazione delle spese pagate di tasca propria di 129,38 €, decisamente più elevato rispetto alla media già di oltre 36 punti percentuali (136,16%).
Con riferimento alla fascia di reddito compreso tra 35.000 € e 60.000 € il meccanismo delle detrazioni sanitarie rende disponibile un rimborso medio della Spesa Sanitaria sostenuta pari a 101,71 €, corrispondenti al 183,29% dell'ammontare medio delle detrazioni per spese sanitarie spettanti al cittadino. Per la medesima fascia di reddito, invece, la Sanità Integrativa garantisce un valore medio di Spesa Sanitaria Intermediata di 220,21 €, pari al 231,75% dell'ammontare medio gestito per ciascun cittadino.
A conferma delle valutazioni già espresse in merito alla regressività del meccanismo delle detrazioni sanitarie per le ultime due fasce di reddito considerate, quella compresa tra 60.000 € e 100.000 € e quella eccedente 100.000 €, l'ammontare del rimborso medio della Spesa Sanitaria Privata sostenuta dal cittadino cresce notevolmente, rispettivamente a 286,81 € e a 422,53 €. In termini percentuali si tratta del 516,88% e del 761,46% dell'ammontare medio delle detrazioni per spese sanitarie spettanti al cittadino. Nel contempo, in corrispondenza delle due fasce reddituali in analisi, viene a confermarsi anche la maggior capacità redistributiva della Sanità Integrativa che fa registrare un incremento assolutamente più graduale del valore medio della Spesa Sanitaria Intermediata rispettivamente a 277,01 €, corrispondente al 291,53% dell'ammontare medio gestito per ciascun cittadino, e a 376,22 €, corrispondente al 395,93% dell'ammontare medio gestito per ciascun cittadino.
Alla luce dell'analisi sin qui condotta, si ritiene utile promuovere un ripensamento complessivo dei regimi fiscali applicati alla Spesa Sanitaria Privata sostenuta di tasca propria e/o intermediata dalla Sanità Integrativa (Tabella 1).
In sintesi, il meccanismo delle detrazioni sanitarie riguarda oltre 18 milioni di persone ed intercetta un ammontare di Spesa Sanitaria Privata pari a circa 17,7 miliardi di EUR; il costo per la Finanza Pubblica è di poco meno di 3,5 miliardi di EUR, corrispondente ad un prelievo di 82,26 € per ciascun contribuente, con un vantaggio medio pro capite di 55,49 € per cittadino.
Il sistema delle deduzioni per la Sanità Integrativa riguarda poco meno di 11 milioni di persone ed intercetta un ammontare di Spesa Sanitaria Privata pari a circa 5,8 miliardi di EUR; il costo per la Finanza Pubblica è di poco meno di 1,2 miliardi di EUR, corrispondente ad un prelievo di 93,41 € per ciascun contribuente, con un vantaggio medio pro capite di 95,02 € per cittadino.
Il meccanismo delle detrazioni sanitarie è più costoso, regressivo e diseguale territorialmente rispetto a quello delle deduzioni applicato alla Sanità Integrativa. Si tratta, inoltre, di un meccanismo generalizzato che non prevede alcun collegamento tra l'effettiva necessità di integrare i livelli assistenziali garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale ed il sostegno al reddito del cittadino rischiando, potenzialmente, di favorire anche possibili forme di "consumismo sanitario". La scarsa convenienza, nei termini già illustrati, delle detrazioni sanitarie peraltro le rendono piuttosto inadeguate a fronteggiare i fenomeni di elusione/evasione fiscale che caratterizzano la Spesa Sanitaria Privata.
Sviluppare la Sanità Integrativa, che beneficia del sistema delle deduzioni sulle contribuzioni versate, ridurrebbe il costo che lo Stato sostiene sul fronte delle detrazioni, anche perché come noto le prestazioni sanitarie rimborsate da Polizze Sanitarie

Grafico 47 – Misurazione della capacità redistributiva: Sanità Integrativa vs Detrazioni per classe di reddito





Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati MEF e Previmedical

e Fondi Integrativi sono indetraibili, assicurerebbe maggiore uguaglianza anche nell'accesso alle cure private e finalizzerebbe il supporto della Finanza Pubblica alle sole prestazioni sanitarie ritenute integrative e/o complementari al Servizio Sanitario Nazionale. Peraltro, la necessità di presentare prescrizioni sanitarie e fatture alle Forme Sanitarie Integrative per ottenerne il rimborso, garantirebbe

Tabella 1– Detrazioni spese sanitarie vs deduzioni Sanità Integrativa

Detrazioni	VS	Deduzioni
18.070.198	Nr. persone	10.961.544
€ 3.362.080.970	Costi	€ 1.241.616.829
€ 17.695.163.000	Spesa Sanitaria intercettata	€ 5.757.469.477
€ 82,26	Beneficio fiscale *pro capite*	€ 93,41
€ 55,49	Vantaggio medio *pro capite*	€ 95,02

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

un miglior controllo in termini di appropriatezza ed un più efficace contrasto dell'elusione/evasione in Sanità Privata, stimabile in almeno 2 miliardi di EUR tra visite specialistiche e badanti.
In altri termini trasferire le risorse attualmente allocate per finanziare il funzionamento del meccanismo delle detrazioni sanitarie, assolutamente inefficace sia a livello economico sia a livello sociale, consentirebbe di ottimizzare le risorse derivanti dal gettito tributario e garantire un sostegno al reddito diffuso per rispondere ai nuovi bisogni di cura di tutti i cittadini italiani.
A questo riguardo bisogna considerare che, sulla base delle simulazioni condotte, la scelta di sottoscrivere una Polizza Sanitaria o di aderire ad un Fondo Integrativo risulta decisamente più conveniente per il cittadino rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private sebbene parzialmente rimborsato attraverso il meccanismo delle detrazioni. Il meccanismo delle detrazioni sanitarie, come già accennato, ha un costo medio pro capite per ciascun contribuente di 82,26 € e garantisce un vantaggio medio pro capite di 55,49 € per cittadino. Diversamente, la Sanità Integrativa presenta un costo medio pro capite di 93,41 € ed assicura un vantaggio medio pro capite per ciascun cittadino di 95,02 €.
In conclusione la sottoscrizione di una Forma Sanitaria Integrativa rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private delle quali si ha bisogno, assicura in media al cittadino un beneficio economico di circa il 60% in termini di minori costi per la gestione dei propri bisogni sanitari ed assistenziali.

H) L'evoluzione dei principali Sistemi Sanitari Europei. Il modello multi-pilastro per garantire un "nuovo" universalismo

H.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 la Germania, la Francia e l'Olanda) ed ha coinvolto anche Paesi con sistemi di *Welfare*, come il nostro, tradizionalmente incentrati sul principio fondante dell'universalismo (si pensi, ad esempio, al Regno Unito). 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 48) tra le dinamiche in atto nel nostro Paese e quelle registrate rispettivamente in Francia, Regno Unito e Germania.

H.1.1) Il percorso della Francia

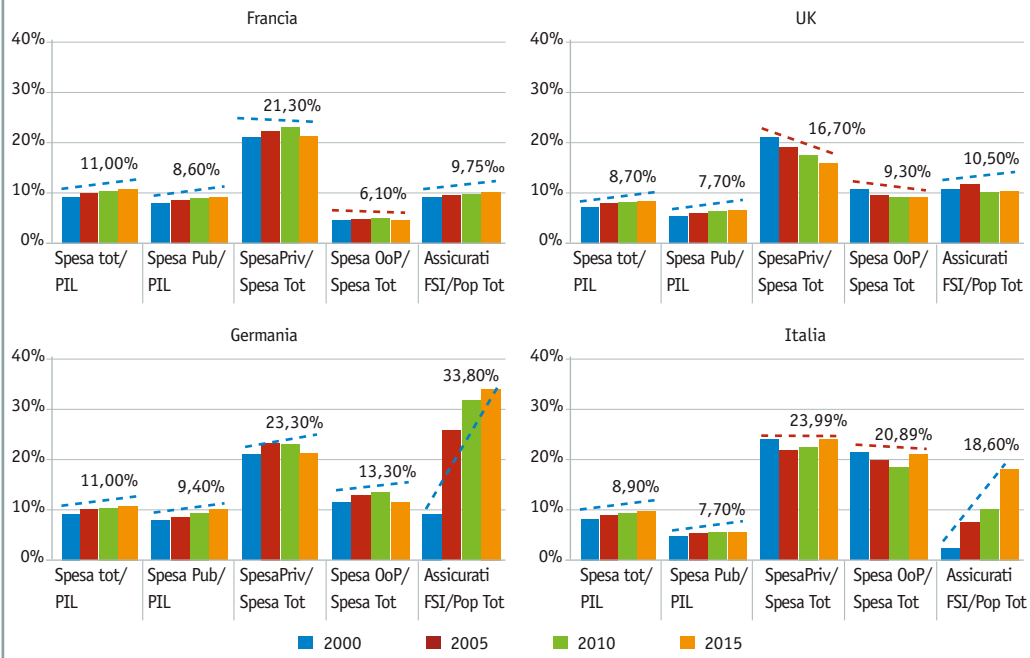
Un primo caso è quello della Francia. L'interesse è rappresentato dalla presenza, in un sistema universalistico, di un'Assicurazione Malattia Complementare (complèmentaire de santè) diffusa alla quasi totalità della popolazione in uno scenario di integrazione "istituzionale" tra il sistema pubblico di 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 standardizzando 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

Grafico 48 – La spesa sanitaria in Europa: i problemi...



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

sanitario privato che ha consentito nel contempo un significativo incremento della Spesa Sanitaria Privata rimborsata (intermediata) dalle Forme Sanitarie private (Tabella 2).

H.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 omogeno per tutto il territorio britannico. In questo contesto, quindi, le Compagnie Assicurative 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 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 48). 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 ha operato invece direttamente sulle prestazioni sanitarie e sulla loro accessibilità, affidando la gestione e/o l'organizza-

zione 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 Intermediata), 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 2).

H.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 48). 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 non è pertanto intervenuta, 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 2).

H.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 3 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 trat-

Tabella 2 – La spesa sanitaria in Europa... le soluzioni

Paese	Ambito di intervento	Ambito di intervento	Strumenti attuativi	Integrazione Pubblico-privato	Effetti
	• Finanziamento	• Finanziamento del sistema mediante *co-payment* generalizzato	• *Co-payment* proporzionale al costo per tutte le prestazioni (anche ospedaliere) • Assicurazione complementare (AMC) istituzionalizzata • Inassicurabilità dei *ticket* in cifra fissa	• Adesione: SI • Cure: SI • Costi: SI	• ricorso generalizzato a FSI • standardizzazione delle coperture • elevata quota di spesa privata intermediata • assenza di selezione avversa
	• Prestazioni Sanitarie • Accessibilità	• Affidamento gestione di alcune prestazioni sanitarie specifiche al privato (odontoiatra) • Assicurabilità estesa dei tempi di accesso alle cure	• Prestazioni individuate in modo chiaro e applicabili alla generalità dei cittadini • Gestione integrata delle liste di attesa	• Dati: SI • Cure: SI • Costi: NO	• ricorso contenuto a FSI • standardizzazione delle coperture e competitività sui prodotti offerti • buona quota di spesa intermediata • maggior rischio di selezione avversa
	• Persone • Stati Patologici	• *Opting out* per fasce specifiche della popolazione • Stati patologici specifici (LTC) affidati al privato	• Selezione in base a parametri reddituali degli aventi diritto all'opzione • Meccanismi di disincentivo fiscale per i NON optanti	• Dati: SI • Cure: NO • Costi: NO	• ricorso diffuso a FSI • *standard*izzazione 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.

to 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.3) 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.

H.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 Bismarck 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, differentemente che in Italia, rappresentano 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 finanzia-

mento 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% 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 moderateur) rimasta a carico di ciascun cittadino

H.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).

H.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 Bismarck 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.

H.3) 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 (intermediano) 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 Assicurative (oltre i 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, 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 Complemen-

tari, 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 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 3).

Tabella 3 – Identikit dei principali Secondi Pilastri Sanitari 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 *(Opting out)*
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.

I) Sanità Integrativa: opportunità e potenzialità

I.1) Cure private: meglio il "fai da te" o meglio la Sanità Integrativa?

La Spesa Sanitaria di tasca propria è la più grande forma di disuguaglianza in Sanità e, in quanto tale, dovrebbe essere considerata una delle principali priorità dell'agenda politica. In quest'ottica riteniamo che una maggiore diffusione della Sanità Integrativa consentirebbe una maggiore redistribuzione della possibilità di avvalersi anche delle cure private, contenendo il fenomeno della rinuncia alle cure e rendendo accessibile a una fetta molto più ampia di cittadini le prestazioni sanitarie. In sintesi, la Spesa Sanitaria Privata riguarda oltre 44,1 milioni di persone e si attesta su di un ammontare di 39,7 miliardi di EUR. A livello fiscale la Spesa Sanitaria Privata è supportata attraverso il meccanismo delle detrazioni fiscali che consente il rimborso, mediante riduzione dell'ammontare delle imposte dovute dal contribuente per ciascun esercizio, di una quota pari al 19% delle spese sanitarie sostenute (come abbiamo già illustrato nel precedente paragrafo G) Fiscalità). La Sanità Integrativa riguarda poco meno di 13,8 milioni di persone e garantisce il rimborso di 5,8 miliardi di EUR di Spesa Sanitaria Privata. La Sanità Integrativa garantisce in media un rimborso delle spese sanitarie pagate dal cittadino nella misura del 66%. A tale vantaggio bisogna sommare anche il beneficio fiscale attuato attraverso il sistema delle deduzioni sui contributi versati che ha un costo per i cittadini di 1,2 miliardi di EUR.

Al fine di illustrare con chiarezza i vantaggi per il singolo cittadino derivanti dalla scelta di sottoscrivere una Polizza Sanitaria o un Fondo Integrativo rispetto al ricorso alla Spesa Sanitaria di tasca propria, è stata sviluppata la seguente analisi comparativa (Grafico 49).

Il costo medio da sostenere per il finanziamento di tasca propria delle cure sanitarie necessarie è pari a 654,89 €, di cui 530,46 € effettivamente a carico del cittadino e 124,43 € finanziati "indirettamente" dallo Stato quali oneri detraibili per spese sanitarie.

Il costo medio per attivare una Polizza Sanitaria o un Fondo Integrativo che rimborsi la propria Spesa Sanitaria Privata (in tutto o in parte, naturalmente) oggi è di 453,08 € netto pro capite, di cui 339,81 € effettivamente pagati dall'assicurato e 113,27 €[5] finanziati "indirettamente" dallo Stato in ragione della loro natura di oneri deducibili. A fronte del contributo (premio) versato, tuttavia, l'assicurato ottiene, in relazione alle spese sanitarie che ha sostenuto di tasca propria, un rimborso medio pari a 425,29 €, al quale peraltro bisogna addizionare il vantaggio medio di 96,52 € derivante dal contenimento del costo delle cure private per effetto della negoziazione delle tariffe delle Strutture Sanitarie e/o dei medici convenzionati attuata dalla Compagnia Assicurativa o dal Third Party Administrator del Fondo Integrativo.

A questo riguardo bisogna considerare che, sulla base delle simulazioni condotte, la scelta di sottoscrivere una Polizza Sanitaria o di aderire ad un Fondo Integrativo risulta decisamente più conveniente per il cittadino rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private (Grafico 50). Il pagamento di tasca propria delle prestazioni sanitarie, infatti, lascia in capo al cittadino oneri aggiuntivi sul proprio reddito pari in media (in termini di trade off negativo tra costi e benefici) a 530 €, pur a fronte del finanziamento parziale della Spesa Sanitaria Privata sostenuta dal singolo attraverso il meccanismo delle detrazioni. L'utilizzo di una Polizza Sanitaria o di un Fondo Integrativo, invece, garantisce al cittadino un vantaggio medio (in termini di trade off positivo tra costi e benefici) di poco meno di 245 €.

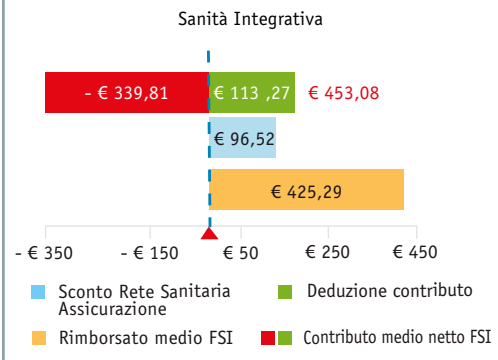
In conclusione la diffusione di Polizze Sanitarie e Fondi Integrativi a fasce più ampie della popolazione potrebbe modificare radicalmente le caratteristiche e gli effetti del fenomeno della Spesa Sanitaria Privata, favorendone una organizzazione più efficiente e recuperandone una maggiore compatibilità in termini sociali

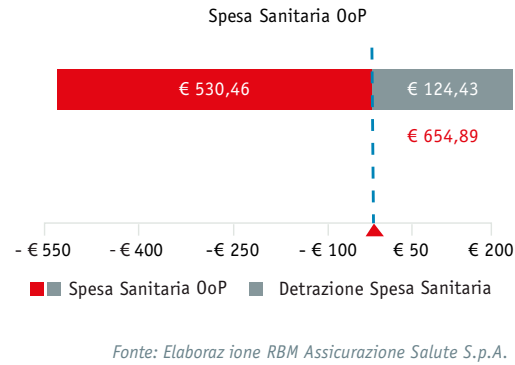
I.2) Sanità Integrativa: le policy possibili

Alla luce di quanto emerso nel Capitolo precedente, crediamo che la vera priorità sia quella di identifica-

5 Si è considerata un'aliquota IRPEF media del 25%

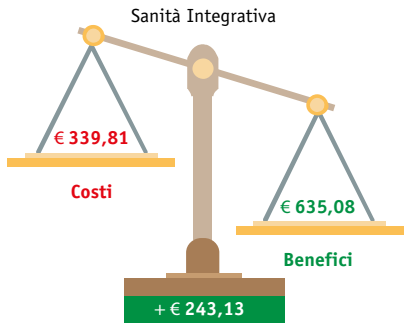
Grafico 49 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria (OoP): convenienza per il cittadino

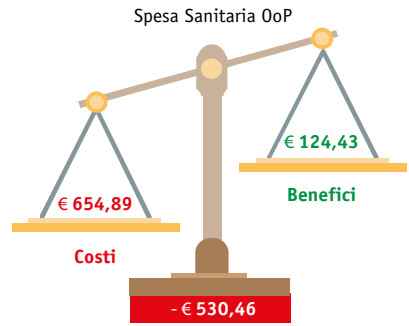




Fonte: Elaboraz ione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Grafico 50 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria (OoP): convenienza per il cittadino





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

re una mission specifica da assegnare alla Sanità Integrativa all'interno del Sistema Sanitario complessivo del nostro Paese, anche al fine di costruire un quadro normativo coerente che ne favorisca il pieno sviluppo. Al di là di quelle che sono le scelte di policy che ciascun Paese Europeo analizzato ha implementato, l'elemento qualificante di tutti i percorsi evolutivi che abbiamo illustrato è quello della governance da parte dello Stato sia della componente pubblica sia della componente privata delle spesa sanitaria e dell'utilizzo. In altri termini, si tratta di istituzionalizzare le Forme Sanitarie Integrative valorizzandone il ruolo sociale nei confronti di tutti i cittadini senza snaturarne, nel contempo, le caratteristiche genetiche (ovvero quei tratti peculiari che le riconducono alle proprie fonti istitutive).
Governance e pianificazione pertanto le direttrici sulle quali costruire il Secondo Pilastro Sanitario del nostro Paese.
Da un punto di vista, invece, della mission specifica da assegnare alla Sanità Integrativa bisogna anzitutto premettere che la Sanità Integrativa può svolgere sostanzialmente tre funzioni diverse seppur non necessariamente alternative tra di loro: 1) garantire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale; 2) gestire (intermediare) la Spesa Sanitaria Privata per ridurne l'incidenza sui redditi familiari; 3) garantire una perequazione della capacità assistenziale a livello territoriale.

I.2.1) 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 struttu-

re pubbliche e le proprie equipe 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 connesso 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

I.2.2) 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 sociosanitarie e socioassistenziali.
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 sociosanitarie e prestazioni socioassistenziali) alle visite specialistiche, all'alta diagnostica, alle analisi di laboratorio, alle protesi fermo restando comunque anche l'inclusione dei protocolli di diagnosi precoce, dei percorsi di prevenzione e delle vaccinazioni non dispensate dal Servizio Sanitario Nazionale.

I.2.3) Forme Sanitarie Integrative e perequazione della capacità assistenziale territoriale

Da ultimo le Forme Sanitarie Integrative possono svolgere nei confronti dei cittadiniì 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 15 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.

J) Per una possibile Riforma della Sanità Integrativa

J.1) Proposte per un Sistema Sanitario più sostenibile, più equo e più inclusivo

Per l'effettiva tutela della salute, che da sempre è uno dei beni di maggior importanza per tutti i cittadini, è ormai indifferibile l'avvio anche in Sanità di un Secondo Pilastro Complementare. Attraverso la disponibilità per tutti i cittadini di una Polizza Sanitaria o di un Fondo Sanitario Integrativo, infatti, si potrebbe realizzare un effettivo affidamento in gestione della Spesa Sanitaria Privata di tutti i cittadini ad un sistema "collettivo" a governance pubblica e gestione privata in grado di assicurare una "congiunzione" tra le strutture sanitarie private (erogatori) e dei cosiddetti "terzi paganti professionali" (le Forme Sanitarie Integrative, appunto) con una funzionalizzazione della Spesa Sanitaria Privata alla tutela complessiva della salute dei cittadini.

Un Secondo Pilastro strutturato anche in Sanità, inoltre, consentirebbe di contenere anche i gap assistenziali sempre più evidenti tra i diversi Servizi Sanitari Regionali, favorendo altresì un contenimento del costo unitario delle/i singole/i prestazioni/beni sanitari (si tratta, in media, di un risparmio compreso attualmente tra il 20% ed il 30%) erogate/i privatamente ampliando l'accessibilità ai percorsi di cura da parte dei cittadini.

Quest'ultimo risultato, in particolare, potrebbe essere conseguito attraverso l'acquisto collettivo delle prestazioni da parte delle Forme Sanitarie Integrative (la c.d. "intermediazione") e l'ottimizzazione delle agende delle strutture sanitarie. È proprio alla luce di queste evidenze che non si può continuare ad ignorare l'urgenza di una riforma organica dell'impianto normativo della Sanità Integrativa, che abbandoni ogni indugio ideologico per guardare in modo complessivo alla salute della persona in un "continuum" assistenziale tra pubblico e privato. Per realizzare questo modello tutte le Forme di Sanità Integrative dovrebbero essere riassorbite in un impianto normativo omogeneo improntato ai medesimi principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale favorendone la trasformazione da "strumenti della contrattazione collettiva" a "strumenti con un ruolo sociale istituzionalizzato".

Una Spesa Sanitaria Privata organizzata ed "intermediata" attraverso un Secondo Pilastro Sanitario aperto non è solamente più sostenibile ed efficiente, ma anche e soprattutto più equa in quanto non lascerebbe più il cittadino di fronte alla scelta tra pagare di tasca propria e curarsi.

Al fine di dare concreta evidenza dei benefici per il Sistema Sanitario complessivo del nostro Paese e dei vantaggi fruibili per tutti cittadini a seguito dell'attivazione di un Secondo Pilastro Sanitario Complementare abbiamo sviluppato qui di seguito tre simulazioni che mostrano i risultati conseguibili nei diversi schemi attuativi. Proposte per un Sistema Sanitario più sostenibile, più equo e più inclusivo 1. un'Assicurazione Sanitaria Diffusa estesa a tutti i cittadini non ancora assicurati da una Forma Sanitaria Integrativa attraverso il c.d. "RedditodiSalute"; 2. un Secondo Pilastro Sanitario Complementare su base "istituzionale" anch'esso aperto a tutti i cittadini ma finanziato esclusivamente attraverso i redditi ed attraverso un'Assicurazione Sanitaria Sociale per i cittadini meno abbienti; 3. o almeno su base "occupazionale" (per tutti coloro che percepiscono un reddito imponibile), come già avvenuto in campo pensionistico.

J.2) I L.E.A., l'intermediazione della Spesa Privata e la mission delle Forme Sanitarie Integrative

Alla luce del quadro delineato dal presente Rapporto bisognerebbe riorientare la Sanità Integrativa a partire dai bisogni effettivi dei cittadini, collegando il campo di azione delle Forme Sanitarie Integrative all'intero perimetro della Spesa Sanitaria Privata. Un approccio di questo tipo, infatti, nascendo direttamente dalla richiesta assistenziale, riuscirebbe a delimitare in modo più efficace la reale necessità di "integrazione sanitaria" in capo alle famiglie, senza richiedere un'ulteriore rivalutazione dei L.E.A. garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale. Si tratterebbe sostanzialmente di far funzionare "il privato" attraverso un sistema strutturato ed accessibile, come la Sanità Integrativa, in modo realmente sinergico e complementare al Servizio Sanitario Nazionale, amplificando i pregi di entrambi. Come emerge chiaramente dal presente lavoro e dai

trend consolidati degli ultimi anni, di Spesa Sanitaria Privata i cittadini già ne sostengono molta e disordinatamente: in rapporto a quella pubblica una delle quote più elevate nell'OCSE e per lo più pagate di tasca propria e per prestazioni sostitutive, non integrative. Questa situazione, e non la diffusione delle Polizze Sanitarie Individuali (che oggi riguardano solo il 15% dei cittadini assicurati), mina alla base l'universalismo e l'equità del nostro sistema di sicurezza sociale. Attraverso un Secondo Pilastro Sanitario queste risorse aggiuntive potrebbero essere canalizzate in modo strutturato ed integrato nel Sistema Sanitario, con obiettivi di miglioramento della sua efficienza e riducendo l'impatto sull'equità distributiva.

J.3) Punti chiave per una Riforma efficace delle Forme Sanitarie Integrative

Bisognerebbe, inoltre, prevedere delle regole omogenee per tutte le Forme di Sanità Integrativa sulle modalità di gestione del rischio (assicurazione/autoassicurazione), governance delle Forme Sanitarie Integrative, assetti organizzativi, disciplina bilancistica e normativa di solvibilità. Servirebbe, inoltre, omogeneizzare il regime fiscale e previdenziale applicabile alle Forme Sanitarie Integrative prescindendo dal modello di gestione del rischio adottato (assicurazione/autoassicurazione) e dalla natura delle fonti istitutive. La stessa struttura dei benefici fiscali attualmente riservati alla Sanità Integrativa andrebbe rimodulata collegandone la portata all'effettiva capacità di "intermediazione", in termini di quota percentuale di Spesa Sanitaria Privata rimborsata, garantita agli assicurati da ciascuna Forma. Maggiori livelli di "intermediazione" da parte delle Forme Sanitarie Integrative andrebbero favoriti anche attraverso l'estensione del Codice degli Appalti alle selezioni indette dai Fondi Sanitari (e, segnatamente, da quelli di origine contrattuale che caratterizzano una rilevante concentrazione di mercato) in un'ottica di miglior promozione della concorrenza tra le Compagnie Assicurative affidatarie della gestione dei Piani Sanitari. Una possibile Riforma della Sanità Integrativa dovrebbe tenere in considerazione le seguenti priorità:

- 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;
- 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;
- Codice Appalti, trasparenza e competitività: Maggiori livelli di "intermediazione" da parte delle Forme Sanitarie Integrative andrebbero favorite anche attraverso l'estensione del Codice degli Appalti alle selezioni indette dai Fondi Sanitari (e, segnatamente, da quelli di origine contrattuale che caratterizzano una rilevante concentrazione di mercato) in un'ottica di miglior promozione della concorrenza tra le Compagnie Assicurative affidatarie della gestione dei Piani Sanitari. Tale impostazione, peraltro già adottata nelle Forme Sanitarie Integrative promosse in favore del personale della Pubblica Amministrazione e degli assicurati degli Enti Previdenziali Privatizzati, garantirebbe maggiore trasparenza in un settore che, anche in ragione degli incentivi fiscali accordati dallo Stato, svolge nei fatti un'importante funzione di interesse pubblico;
- 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 assicurati 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.

Conclusioni

Il presente Rapporto nasce nel 2010 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 cronico-degenerative), 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 Sistema stesso.
Da sempre, l'obiettivo di questo lavoro è quello di 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.
In quest'ottica bisogna considerare che una Spesa Sanitaria Privata "Intermediata" attraverso un Secondo Pilastro Sanitario non solo più equa rispetto ad una Spesa Sanitaria Privata "Individuale", ma anche più sostenibile ed efficiente.
Pertanto l'adozione di una nuova strategia che sappia traguardare il nostro Sistema Sanitario, al di là delle visioni stereotipate e preconcette sulla Sanità Privata, le Assicurazioni Sanitarie ed i Fondi Integrativi, 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.

APPENDICE 1 – Indice grafici e tabelle

Introduzione **7**

Premessa. Il Sistema Sanitario Italiano. Un quadro di sintesi **8**
1) Il contesto 8
2) I "nuovi" bisogni di cura 8

A) Spesa Sanitaria Privata e Forme Sanitarie Integrative, il panorama internazionale **10**

A.1) Spesa Sanitaria Privata in Italia e all'Estero 10
- Grafico 1 – Incidenza della Spesa Sanitaria di tasca propria Paesi OCSE 10
- Grafico 2 – Il caso Italia: l'intermediazione della Spesa Sanitaria Privata che non c'è 11
- Grafico 3 – Trend Spesa Sanitaria Privata e Intermediata pro capite in Italia 12

A.2) Diffusione delle Forme Sanitarie Integrative nei Paesi OCSE 12
- Grafico 4 – Composizione % della Spesa Sanitaria per macroarea geografica 13
- Grafico 5 – Assicurati da Forme Sanitarie Integrative (Private Health Insurance) nei Paesi OCSE (2016) 14

B) Sanità Integrativa e Spesa Sanitaria Intermediata in Italia **15**

B.1) Sanità Integrativa: prima di tutto un po' di chiarezza 15

B.1.1) Le Forme Sanitarie Integrative 15

B.1.2) Fondi DOC, Fondi NON DOC e regime fiscale 16

B.2) La Sanità Integrativa oggi 16
- Grafico 6 – Distribuzione assicurati dalla Sanità Integrativa 17
- Grafico 7 – Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per contraente (2017) 18
- Grafico 8 – Polizze individuali e collettive per macroarea geografica 18
- Grafico 9 – Incidenza assicurati Sanità Integrativa su cittadini per Regione 19

B.2.1) Diffusione della Sanità Integrativa per fascia di reddito 19
- Grafico 10 – Assicurati ogni 100 cittadini per fascia di reddito 20
- Grafico 11 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata pro capite per fascia di reddito 20
- Grafico 12 – Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per fascia di reddito 21

B.2.2) Diffusione della Sanità Integrativa per fase della vita 21
- Grafico 13 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per fascia di reddito (rimborsato medio) 22
- Grafico 14 – Assicurati ogni 100 cittadini per fase della vita 22
- Grafico 15 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata pro capite per fase della vita 23
- Grafico 16 –Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per fase della vita 23
- Grafico 17 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per fase della vita (rimborsato medio) 24

B.2.3) Diffusione della Sanità Integrativa per stato di salute 24
- Grafico 18 – Assicurati ogni 100 cittadini per stato di salute 25
- Grafico 19 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata pro capite per stato di salute (rimborsato medio) 25
- Grafico 20 – Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per stato di salute 26
- Grafico 21 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata

dalle Forme Sanitarie Integrative per stato di salute (rimborsato medio) 26

B.2.4) Diffusione della Sanità Integrativa per professione 27
- Grafico 22 – Assicurati ogni 100 cittadini per professione 27
- Grafico 23 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata pro capite per professione 28

B.2.5) Diffusione della Sanità Integrativa per territorio 28
- Grafico 24 – Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per professione 29
- Grafico 25 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per professione (rimborsato medio) 29
- Grafico 26 – Assicurati ogni 100 cittadini per territorio 30
- Grafico 27 – Spesa Sanitaria Privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria Intermediata pro capite per territorio 30
- Grafico 28 – Incidenza % Spesa Sanitaria Intermediata su Spesa Sanitaria Privata per territorio 31
- Grafico 29 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria Privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per territorio (rimborsato medio) 31

C) Il Rapporto RBM – Censis Sanità Integrativa 2017-2018. Descrizione della metodologia, dei cluster di analisi e del campione utilizzato 32

D) Contributi e livelli di rimborso delle Forme Sanitarie Integrative 33
- Grafico 30 – Contributi e prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative 33

E) Livelli Assistenziali delle Forme Sanitarie Integrative 35

E.1) Quali prestazioni assicura la Sanità Integrativa 35
- Grafico 31 – Quali prestazioni sanitarie assicura la Sanità Integrativa? 35
- Grafico 32 – Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per macrogaranzia (dati di spesa) 36

E.2) Regimi di erogazione delle Forme Sanitarie Integrative 37
- Grafico 33 – Prestazioni delle Forme Sanitarie Integrative erogate per regime di erogazione (dati di spesa) 38
- Grafico 34 – Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: investimenti in prevenzione 39
- Grafico 35 – Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: numero protocolli prevenzione gestiti 39

E.3) Il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nella prevenzione: investire nella salute 37

E.4) I protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative 39

E.4.1) Screening di base 39

E.4.1.1) Screening oncologico 39
- Grafico 36 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: screening oncologico 40

E.4.1.2) Screening cardiovascolare 40

E.4.1.3) Prevenzione odontoiatrica 41
- Grafico 37 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: screening cardiovascolare 41
- Grafico 38 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: screening odontoiatrico 41

E.4.2) Altre tipologie di screening "specifici" 42
- Grafico 39 – Protocolli di prevenzione delle Forme Sanitarie Integrative: altri screening 42

F) Sanità Integrativa e settore assicurativo 43

• Grafico 40 – Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per regime gestionale (2017) 43
• Grafico 41 – Player e concentrazione di mercato 44
• Grafico 42 – Trend quote di mercato dei Fondi Sanitari (2015-2017) 45

G) Il regime fiscale della Spesa Sanitaria Privata e delle Forme Sanitarie Integrative 46
• Grafico 43 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: quota pubblica e quota privata della Spesa Sanitaria portata in detrazione 47
• Grafico 44 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: cittadini e Spesa Sanitaria 47
• Grafico 45 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per fascia di reddito 48
• Grafico 46 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per macroaree geografiche 48
• Grafico 47 – Misurazione della capacità redistributiva: Sanità Integrativa vs Detrazioni per classe di reddito 50
• Tabella 1– Detrazioni spese sanitarie vs deduzioni Sanità Integrativa 51

H) L'evoluzione dei principali Sistemi Sanitari Europei. Il modello multi-pilastro per garantire un "nuovo" universalismo 52

H.1) L'evoluzione dei Sistemi Sanitari multipilastro in Europa 52

H.1.1) Il percorso della Francia 52
• Grafico 48 – La spesa sanitaria in Europa: i problemi....53

H.1.2) Il percorso del Regno Unito 53

H.1.3) Il percorso della Germania 54

H.2) Identikit dei principali Secondi Pilastri Sanitari in Europa 54
• Tabella 2 – La spesa sanitaria in Europa... le soluzioni 55

H.2.1) Il Secondo Pilastro Sanitario Francese 55

H.2.2) Il Secondo Pilastro Sanitario Britannico 56

H.2.3) Il Secondo Pilastro Sanitario Tedesco 56

H.3) Italia: A.A.A. Secondo Pilastro Sanitario cercasi....56
• Tabella 3 – Identikit dei principali Secondi Pilastri Sanitari in Europa 57

I) Sanità Integrativa: opportunità e potenzialità 58

I.1) Cure private: meglio il "fai da te" o meglio la Sanità Integrativa? 58

I.2) Sanità Integrativa: le policy possibili 58
• Grafico 49 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria (OoP): convenienza per il cittadino 59
• Grafico 50 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria (OoP): convenienza per il cittadino 59

I.2.1) Forme Sanitarie Integrative e sostenibilità del S.S.N. 59

I.2.2) Forme Sanitarie Integrative e gestione (intermediazione) della Spesa Sanitaria Privata 60

I.2.3) Forme Sanitarie Integrative e perequazione della capacità assistenziale territoriale 60

J) Per una possibile Riforma della Sanità Integrativa 61

J.1) Proposte per un Sistema Sanitario più sostenibile, più equo e più inclusivo 61

J.2) I L.E.A., l'intermediazione della Spesa Privata e la mission delle Forme Sanitarie Integrative 61

J.3) Punti chiave per una Riforma efficace delle Forme Sanitarie Integrative 62

Conclusioni 63

APPENDICE 2 – Bibliografia

- AHIP (America's Health Insurance Plans), The value of providers network and the role of out of network charges in rising healthcare cost: a survey of charges billed by out of network physicians
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), National Healthcare Quality & Disparities Reports, http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/index.html
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, Ospedali & Salute - Rapporto annuale, 2009
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, Ospedali & Salute - Rapporto annuale, 2015
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, Ospedali & Salute - Rapporto annuale, 2016
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, Ospedali & Salute - Rapporto annuale, 2017
- AIOP Giovani (Associazione Italiana Ospedalità Privata), Ricerca LUISS, L'evoluzione dei Sistemi Sanitari Nazionali a confronto, 2016
- Altman S., Shactman D., Power, Politics, and Universal Health Care: The Inside Story of a Century-Long Battle, 2011
- Anell A., Glenngård A. H., Merkur S., Sweden: Health system review. Health Systems in Transition, 14(5):1–159, 2012
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), Le proposte del settore assicurativo per un sistema sanitario più efficiente, Position Paper, 2014
- 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
- Anticipazione VIII° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - La salute è un diritto. Di tutti. (ISBN: 978-88-941528-6-9), 2018
- Banca d'Italia, Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, 2018
- Begg D., Fischer 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
- Brambilla A., Novati P., Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali, Un'analisi delle dichiarazioni Irpef e Irap per totali, tipologia di contribute e territoriale, 2016
- Briggs A., The *Welfare* State in Historical Perspective, 1961
- Busse R., Blümel M., DOI: 10.1787/data-00285-en, accessed Oct. 6, 2014
- Busse R., Blümel M., Germany: Health System Review. Health Systems in Transition, 16(2):1–296 NHS Choices, 2013
- C.R.E.A. SANITÀ, Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, 2018
- CEIS-C.R.E.A. SANITÀ (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), IX Rapporto, 2009
- CEIS-C.R.E.A. SANITÀ (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), XIII Rapporto, 2017
- CERGAS Bocconi, I consumi privati in sanità - Rapporto OASI 2014, 2014
- CERGAS Bocconi, Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano - Rapporto OASI 2013, 2013
- Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C., France: Health system review. Health Systems in Transition 17(3): 1–218, 2015
- Chevreul K. et al., Canadian Public Policy, 34(1):65–87, 2010
- Collicelli C., Fondazione Censis, Il nuovo *Welfare* in transizione: dalla protezione pubblica al mercato sociale, 2011
- 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
- D'Ambrosio Lettieri Sen. L. e Dirindin Sen. N., Documento Conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla Garanzia dei Principi di Universalità, Solidarietà ed Equità approvato dalla Commissione (Doc. Xvii, N. 13), Gennaio 2018
- Department of Health, France, France: health system review. Health Systems in Transition, 12(6):1–291, 2000
- Department of Health, UK NHS England, NHS Five Year Forward View, https://www.england.nhs.uk/ourwork/, 2014
- Department of Health, UK, Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services, 2000
- DH Corporate Plan 2014-2015, Governance Unit, June, 2014

- Dirindin N., Vineis P., Economia Sanitaria. Bologna, Il Mulino, 2004
- Edwards N., Hensher M., Werneke U., "Changing hospital systems" in Saltman RB., 1998
- 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
- EY, L'assicurazione Salute in Italia, 2017
- Fattore G., Clarifying the scope of Italian NHS coverage. Is it feasible?, 1999
- Fattore G., Introducing forces into health care: a tale of two countries, Paper presentato alla "Fourth Conference on Health Economics", Paris, 2002
- Fattore G., Sistemi di competizione amministrata in sanità, MECOSAN, 1996
- Figueras J., Sakellarides C., Critical challenges for health care reformin 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, Carla Collicelli, Il nuovo *Welfare* in transizione: dalla protezione pubblica al mercato sociale, 2011
- Fondazione CENSIS, Il ruolo della sanità integrativa nel Servizio Sanitario nazionale, 2011
- Fondazione CENSIS, ISPE Sanità (Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità), RISCC (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
- Fondazione CENSIS, Quale futuro per le risorse in sanità? Quale sanità dopo i tagli?, 2012
- GovernanceUni, DH Corporate Plan 2014-2015, 2014
- Harrison MI, Calltorp J., Canadian Medical Association Journal, The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care, 2000
- Health at a Glance 2016 Available at http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm
- Health at a Glance 2017 Available at http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm
- Health Insurance Association of America - Health Insurance Terminology
- Health Insurance Association of America, Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care, Part A, 1995
- 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
- 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
- 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
- Istat, Annuario statistico italiano, 2009
- Istat, Annuario statistico italiano, 2010
- Istat, Annuario statistico italiano, 2011
- Istat, Annuario statistico italiano, 2016
- Istat, Annuario statistico italiano, 2017
- Istat, Condizioni di vita, reddito e carico fiscale delle famiglie, 2016
- Istat, Conti economici nazionali
- Istat, Conti economici regionali
- Istat, Conti economici regionali, Comunicato stampa, 28 settembre 2010
- Istat, Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà, 2016
- Istat, I conti nazionali secondo la nuova classificazione delle attività economiche, Comunicato stampa, 19 ottobre, 2011
- Istat, Il futuro demografico del Paese, 2017
- Istat, Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, 2016
- Istat, Indagine Multiscopo, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 2016
- Istat, Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile (Posas), Eurostat, Demography, 2012
- Istat, Spese per consumi delle famiglie, 2016
- IV° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Costruire la Nuova Sanità Integrativa (ISBN: 978-88-941528-8-3), 2015
- Joseph Rowntree Foundation, Shaping the futureNHS: long term planning for hospitals and related services. London, 2000
- Keehan S. P., Kuchler 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
- Managing the transition to the reformed health system King's fund, "Think differently - Future Trends", https://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/trends
- Mapelli V., Lo Stato non conosce i modelli regionali, Il sole 24 ore, 4 febbraio, 2002
- Mastrobuono I., Federalismo e fondi sanitari integrativi: un modello italiano di "big society", 2011
- Mastrobuono I., La grande sfida della cronicità, 2018
- Mastrobuono I., Uno sguardo al futuro del Servizio sanitario nazionale; alcune proposte di intervento, 2018
- McKee M., Bojan. F., Reforming public health services. Figueras.J. Saltman R.A., Sakellarides C. (ed.), Critical Challenges for Health Care Reform in Europe. Buckingham: Open University Press, 1998
- Mecosan, "Sistemi di competizione amministrata in sanità", 1996
- MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze), Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e del sistema socio-sanitario, 2015
- MEF Dipartimento delle Finanze, Statistiche sulle dichiarazioni fiscali - Analisi dei dati Irpef, anno d'imposta 2015, 2017
- MEF Dipartimento delle Finanze, Statistiche sulle dichiarazioni fiscali - Analisi dei dati Irpef, anno d'imposta 2016, 2018
- 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
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Istat, Inps, Inail e Anpal, Il mercato del lavoro. Verso una lettura integrate, 2017
- Ministero della Salute, Rapporto annual sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2016
- 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 français, 1999
- National Audit Office, Annual Report 2012/13, 2013
- National Library of Medicine, Managed Care Programs, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=managed%20care
- Nebo Ricerche PA, "Rapporto MEV(i) Mortalità Evitabile (con intelligenza)", 2017
- Nebo Ricerche PA, "Rapporto MEV(i) Mortalità Evitabile (con intelligenza)", 2018
- Newsletter Ufficio Studi ANIA, Anno XIV, n. 4, 2018
- NNA Network Non Autosufficienza, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, VI° Rapporto 2017/2018, Il tempo delle risposte, 2017
- Nuffield Provincial Hospitals Trusts, Reflections on the Management of the National Health Service, 1985
- OCPS (Osservatorio Consumi Privati in Sanità), SDA Bocconi, Consumi pubblici e consumi privati nel futuro della sanità, Sintesi del rapporto annuale OCPS 2013, 2013
- OCPS (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, http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm, 2015
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems, 2009
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), Sweden: Health System Review, Health Systems in Transition, 2014
- 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
- Pammolli F., Salerno N. C., Le proiezioni della Spesa Sanitaria SSN, SaniMod 2011-2030, Working paper 3, 2011

- Policy Research Working Paper 4821, 2009
- 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 for America's Health Insurance Plans, The Factors Fueling Rising Healthcare Costs, 2006
- Rapporto Osservasalute 2017, Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, 2018
- RBM Assicurazione Salute S.p.A., TUTTASALUTE! La soluzione globale per l'assistenza sanitaria, 2014
- 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
- Rice, T., Rosenau P., Unruh L. Y., Barnes A. J., United States of America: Health System Review, Health Systems in Transition, 15(3):1–431, 2013
- Rizzi F., Dipartimento *Welfare* e Salute Lega Nord, Informazioni generali sui servizi sanitaria di alcuni Paesi europei, con particolare riferimento ai ticket, 7 agosto, 2013
- Ruggeri A., L'evoluzione di sistemi sanitari in Italia, Supplemento, n. 18, 15-32, Mecosan, 1996
- Rummel B., Munich Health: Pioneering Global Health Care, 2011
- 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
- Savas S., Sheiman I., Trgakes E., Contracting models and provider competition. In Figueras.J., Saltman R.A., Sakellarides C. (a cura di) (ed.), Critical; 1998
- 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
- 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
- Van Doorslaer E. et al., Unequal access to medical care in the OECD countries, 2006
- Vecchietti M., Analisi delle Soluzioni Assicurative per l'Assistenza Sanitaria Integrativa, 2012
- Vecchietti M., Corporate *Welfare* Luiss Business School (Atti): Soluzione Gestionali per il *Welfare* Contrattuale, 2012
- Vecchietti M., Sanità, Previdenza ed Assistenza: nuovi modelli per assicurare e gestire le forme di *Welfare* Integrativo (ISBN: 978-88-94152-85-2), 2014
- Vecchietti M., Scenari evolutivi per la Sanità Integrativa (ISBN: 978-88-94152-82-1), 2012
- 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
- VII° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Il Sistema Sanitario in Italia: come coniugare Sostenibilità, Equità e Promozione della Salute (ISBN 978-88-941528-3-8), 2017
- 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

Il Rapporto RBM-Censis Sanità Integrativa

Il presente Rapporto nasce nel 2010 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 Sistema stesso.
In quest'ottica abbiamo deciso di coinvolgere la Fondazione Censis, che vanta un'esperienza pluriennale nel campo della ricerca sociale indipendente, in un progetto di monitoraggio continuativo 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). Nell'ambito di tale progetto RBM ha costituito al suo interno un Team di Ricerca multidisciplinare al quale è stata affidata, sin dalla prima edizione, l'analisi mediante l'utilizzo di strumenti valutativi di natura statico – attuariale, documentati nella letteratura scientifica, di un campione rappresentativo delle principali Forme Sanitarie Integrative operanti nel nostro Paese, al fine di attestare le dimensioni effettive del settore ed il contributo economico e sociale garantito ai cittadini e alle loro famiglie.
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 preconcette sulla Sanità Privata, i Fondi Integrativi 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 e il valore sociale del modello di protezione che abbiamo tutti contribuito a costruire fino ad oggi.

Il Team di Ricerca

Marco VECCHIETTI,
Autore e Coordinatore del Team di Ricerca

Enrico BARRACANO, *Data Analysis ed Elaborazione Statistiche*
Alberto SBROGIÒ, *Data Management e Data Quality*
Sarah ZAPPAROLI, *Editing e Grafica*

ISBN 978-88-944209-1-3

Stino srl
Finito di stampare il 04-02-2019