

VIII Rapporto RBM - Censis

sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata

La Salute è un Diritto. Di Tutti.



Summary

Seconda edizione luglio 2018¹

¹ Seconda edizione divulgativa dei principali risultati dell'VIII Rapporto RBM – Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, basata sulla trascrizione diretta degli interventi di presentazione del Rapporto in occasione del Welfare Day 2018 tenutosi in Roma il 6 giugno 2018 presso Palazzo Colonna.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

(Art. 32 della Costituzione Italiana)

Seconda edizione: Luglio 2018

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

Copyright® RBM Assicurazione Salute S.p.A.

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

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

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

ISBN: 978-88-941528-6-9

Summary VIII Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata: “LA SALUTE È UN DIRITTO. DI TUTTI”

SEZIONE 1 – IL SECONDO PILASTRO SANITARIO PER IL DIRITTO ALLA SALUTE. COME GESTIRE LA SPESA SANITARIA DI TUTTI 6

Marco Vecchietti

Amministratore Delegato e Direttore Generale RBM Assicurazione Salute S.p.A.

PREMESSA	6
1. Il contesto	6
2. I “nuovi” bisogni di cura	6
A) IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO: UN SISTEMA “MISTO”...	7
A.1) La sostenibilità finanziaria e sociale del Sistema Sanitario	7
A.2) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per modalità di finanziamento	8
A.3) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per produzione di servizi sanitari	9
A.4) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per Spesa Sanitaria	9
A.5) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per modalità di erogazione delle prestazioni	10
B) SPESA SANITARIA PRIVATA IN ITALIA E IN EUROPA	11
C) DISUGUAGLIANZA E SPESA SANITARIA PRIVATA	18
C.1) La Spesa Sanitaria Privata per fascia di reddito	20
C.2) La Spesa Sanitaria Privata per fase della vita	23
C.3) La Spesa Sanitaria Privata per stato di salute	26
C.4) La Spesa Sanitaria Privata per professione	28
C.5) La Spesa Sanitaria Privata per territorio	31
D) IL REGIME FISCALE DELLA SANITÀ	34
E) IL SETTORE DELLA SANITÀ INTEGRATIVA	40
E.1) Sanità Integrativa: prima di tutto un po’ di chiarezza	40
E.1.1) Le Forme Sanitarie Integrative	41
E.1.2) Fondi DOC, Fondi NON DOC e regime fiscale	42
E.2) La Sanità Integrativa oggi	42
E.2.1) Diffusione della Sanità Integrativa per fascia di reddito	46
E.2.2) Diffusione della Sanità Integrativa per fase della vita	50
E.2.3) Diffusione della Sanità Integrativa per stato di salute	53
E.2.4) Diffusione della Sanità Integrativa per professione	56
E.2.5) Diffusione della Sanità Integrativa per territorio	59
E.3) Sanità Integrativa e mercato assicurativo	62
F) LE PROPOSTE DELL’VIII RAPPORTO RBM-CENSIS	65
F.1) Principali evidenze dell’VIII Rapporto RBM-CENSIS	65
F.2) Proposte per un Sistema Sanitario più sostenibile, più equo e più inclusivo	66
F.3) Cure private: meglio il “fai da te” o meglio la Sanità Integrativa?	66
F.4) Scenari di Riforma per il Sistema Sanitario italiano: un Secondo Pilastro Complementare	67
F.4.1) Assicurazione Sanitaria Diffusa attraverso il #RedditodiSalute (HYPO1)	68
F.4.2) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “istituzionale” (HYPO2)	70

F.4.3) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “occupazionale” (HYPO3)	71
F.5) Per una possibile Riforma della Sanità Integrativa	73
F.5.1) I L.E.A., l’intermediazione della Spesa Privata e la <i>mission</i> delle Forme Sanitarie Integrative	73
F.5.2) Punti chiave per una Riforma efficace delle Forme Sanitarie Integrative	73
CONCLUSIONI	74
APPENDICE 1 – INDICE GRAFICI SEZIONE 1	76
SEZIONE 2 – LA SANITÀ DEL RANCORE, IL RANCORE DELLA SANITÀ. SCENE DA UN PAESE DISEGUALE	79
Fondazione Censis	
PREMESSA - Spesa Sanitaria di tasca propria degli italiani e iniquità sociale crescente: priorità ineludibile	79
A) PRIMA PARTE – Le verità elementari che lo stato di fatto racconta	80
A.1) Viene da lontano ed è qui per restare (molto) a lungo: le ragioni della crescente Spesa Sanitaria Privata	80
A.1.1) Incremento più intenso della spesa per consumi	80
A.1.2) Più alta quota della Spesa Sanitaria totale	81
A.1.3) Mai più una Spesa Sanitaria Pubblica adeguata ai fabbisogni sanitari	82
A.1.4) L’implacabile confronto con altri Paesi	83
A.2) Più spesa di tasca propria per la salute, più disuguaglianze	83
A.2.1) Pesa di più sui redditi più bassi	83
A.2.2) Più invecchi, più spendi per la salute, più pesa sul reddito	85
A.2.3) Non solo per i residenti dei territori a più alto benessere	85
A.2.4) Perché più Spesa Sanitaria Privata vuol dire più iniquità sociale	86
SECONDA PARTE – Esperienze e valutazioni soggettive degli Italiani su accesso e spesa per la sanità	87
B.1) La sanità ingiusta	87
B.1.1) La Spesa Sanitaria Privata è di tutti, ma pesa di più sui meno abbienti	87
B.1.2) E il reddito familiare basta sempre meno	88
B.1.3) Il difficile accesso e i suoi effetti	89
B.2) Il rancore sanitario monta	91
B.2.1) Il rancore che vuol escludere	91
B.2.2) Il rancore verso la sanità e il ruolo della politica	93
B.3) Le disuguaglianze sanitarie in essere: disparità di salute e di vita	94
APPENDICE 2 - NOTA METODOLOGICA RELATIVA ALL’INDAGINE DI POPOLAZIONE E ALLE FONTI DEI DATI STRUTTURALI	95
SEZIONE 3 – CHI SIAMO	96
1. Il Rapporto RBM-Censis su Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata	96
2. I Soggetti promotori	97
BIBLIOGRAFIA	98

Più alto il presidio pubblico sugli esami diagnostici, che **comunque** vengono pagati privatamente nel **23%** dei casi, e dei farmaci dove **comunque** i cittadini sostengono

SEZIONE 1 - UN SECONDO PILASTRO PER IL DIRITTO ALLA SALUTE, COME GESTIRE LA SPESA SANITARIA DI TUTTI

Marco Vecchietti

Amministratore Delegato e Direttore Generale RBM Assicurazione Salute S.p.A.

PREMESSA

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 miliardi¹ 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 **15^a** 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).

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**.

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 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%**.

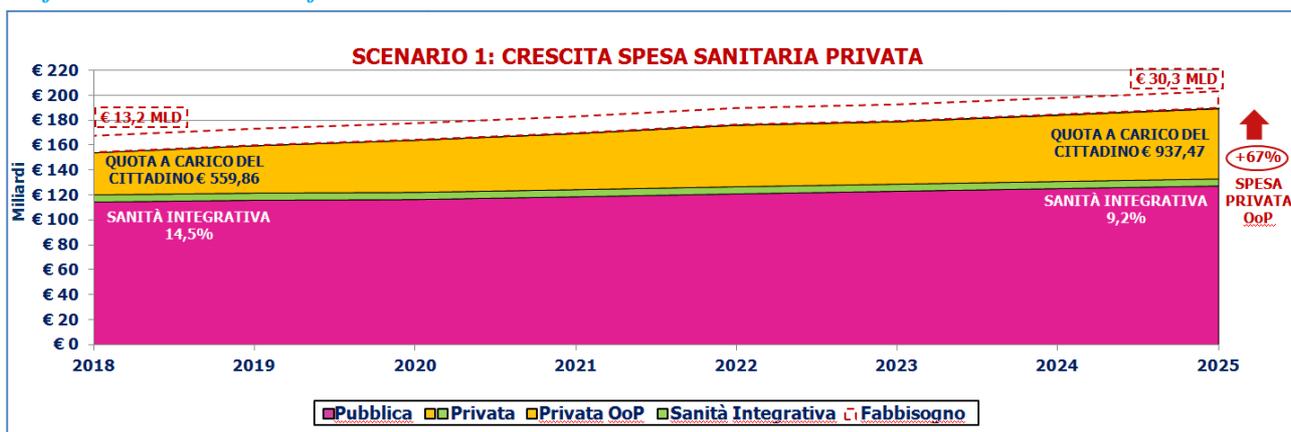
Le Spesa Sanitaria di tasca propria dei cittadini italiani risponde in grandissima parte a questo «universo in espansione» che caratterizza in generale le società occidentali ed, in particolare, i Paesi più longevi del continente europeo.

A) IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO: UN SISTEMA “MISTO”...

A.1) La sostenibilità finanziaria e sociale del Sistema Sanitario

Secondo le ultime stime dalla Ragioneria Generale dello Stato, di qui al 2025 saranno necessari **dai 20 ai 30 miliardi di EUR** aggiuntivi per finanziare i nuovi bisogni di cura dei cittadini italiani. In questa prospettiva appare chiaro che se non si avvierà anche nel nostro Paese un Secondo Pilastro Sanitario, attraverso un sistema di Polizze e Fondi Sanitari aperti a tutti i cittadini, il costo delle cure che i cittadini dovranno pagare di tasca propria finirà per superare (nel 2025) oltre **900 €** a testa.

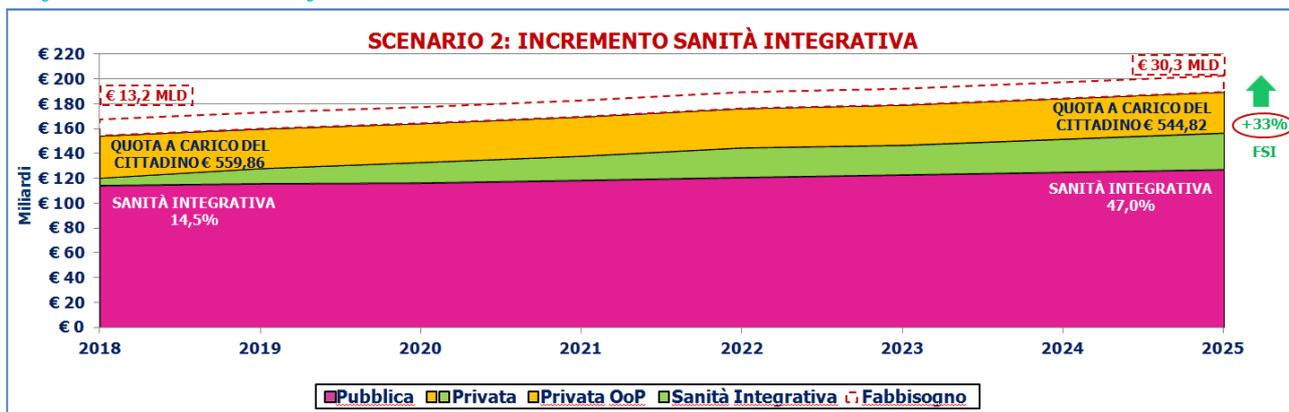
Grafico 1 – La sostenibilità finanziaria e sociale del Sistema Sanitario: Scenario 1



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati RGS - Corte dei Conti

In assenza di un maggiore impulso alla Sanità Integrativa, i cittadini saranno chiamati pertanto ad aggiungere di tasca propria quasi ulteriori **380 € pro capite** per le cure sanitarie (Grafico 1), pur in presenza di un incremento fisiologico della Spesa Sanitaria Pubblica in linea con le attuali politiche adottate in materia sanitaria.

Grafico 2 – La sostenibilità finanziaria e sociale del Sistema Sanitario: Scenario 2



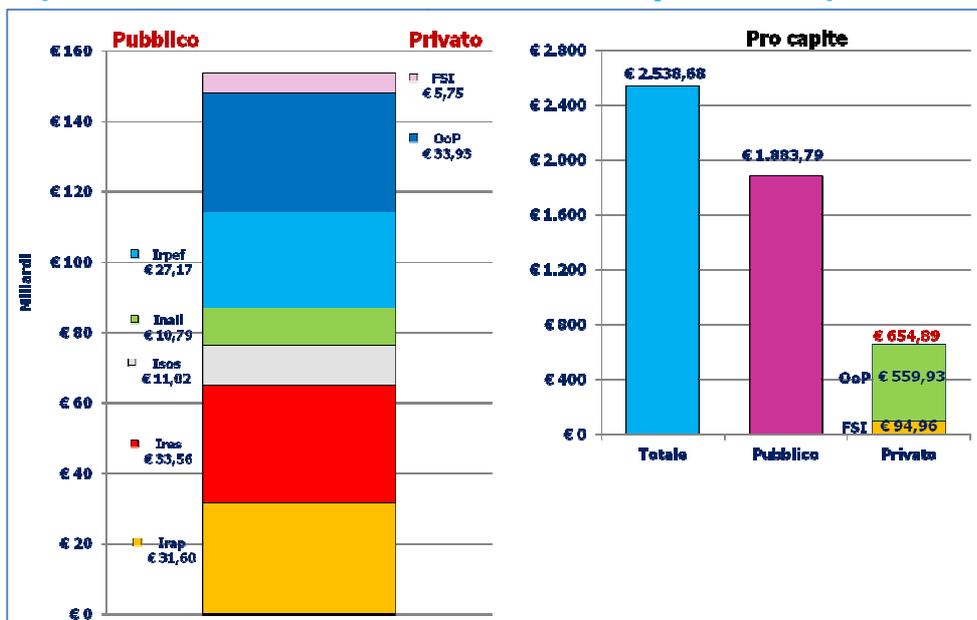
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati RGS - Corte dei Conti

L'avvio di un Secondo Pilastro in Sanità aperto a tutti i cittadini potrebbe assicurare il mantenimento degli attuali livelli assistenziali senza significativi incrementi della Spesa Sanitaria di tasca propria. Si tratterebbe di portare il livello di intermediazione della Spesa Sanitaria Privata a livelli analoghi a quelli gestiti nei principali paesi europei (UK, Germania e Francia) (Grafico 2). In questo scenario il livello di intermediazione della Spesa Sanitaria Privata passerebbe dall'attuale 14,5% (pari a circa 95,02 € per cittadino) a poco più del 47% (pari a circa 487,97 € pro capite).

A.2) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per modalità di finanziamento

Il Sistema Sanitario italiano pur essendo prevalentemente pubblico è già da tempo un sistema "misto" che prevede strutturalmente un ruolo del privato sia in termini di finanziamento, sia in termini di produzione dei servizi sanitari, sia in termini di erogazione delle cure. In quest'ottica l'affiancamento al Servizio Sanitario Nazionale di un Secondo Pilastro privato non inficerebbe la coerenza complessiva né ne minerebbe i fondamentali.

Grafico 3 – Sistema Sanitario italiano: un sistema "misto" per modalità di finanziamento



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

L'ibridazione del Sistema Sanitario italiano comporta, in primo luogo, che ciascun cittadino aggiunga ai 1.883,79 € di tasse che versa per finanziare il Servizio Sanitario Nazionale, ulteriori 654,89 € al momento dell'accesso alle cure. Al netto della quota "intermediata" dalle Forme di Sanità Integrativa si tratta, quindi, di quasi 34 miliardi di EUR di finanziamento pagati direttamente dai bilanci delle famiglie (Grafico 3).

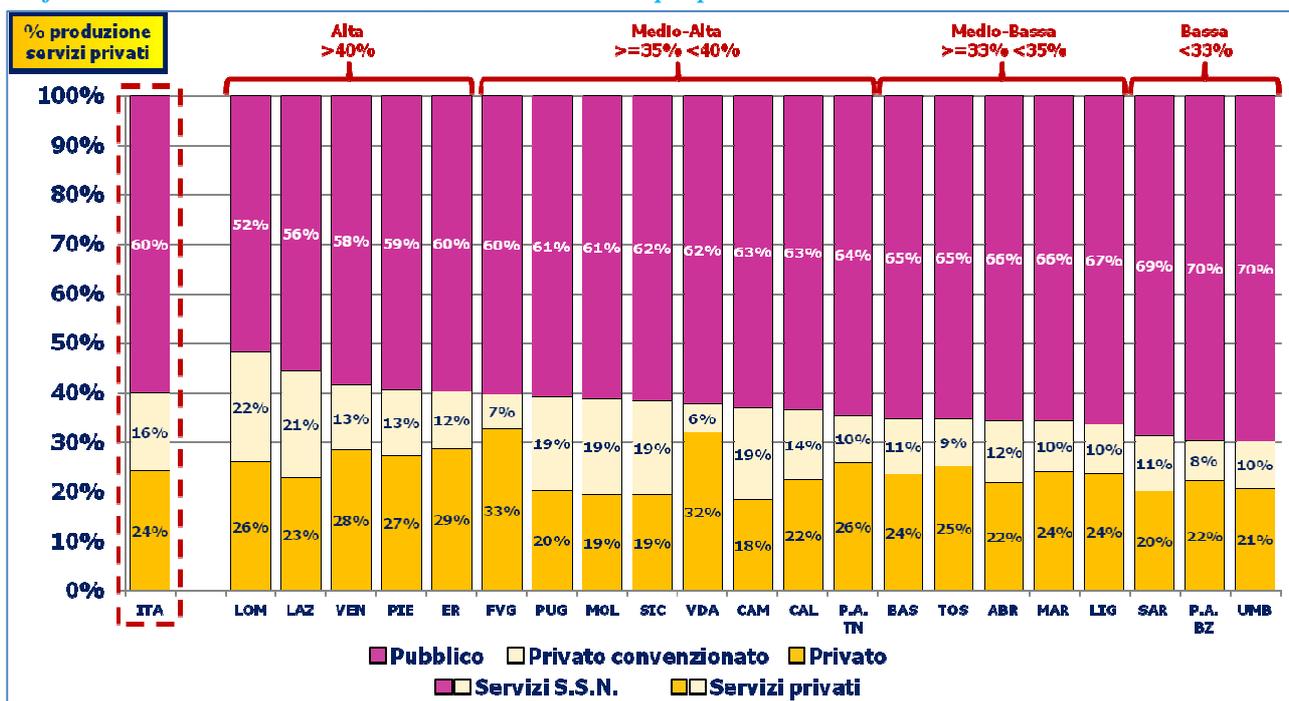
A.3) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per produzione di servizi sanitari

Il Sistema Sanitario italiano è già un sistema misto anche in termini di produzione ed erogazione dei servizi sanitari. Il **40%** dei servizi sanitari, infatti, sono affidati a strutture private che ne erogano il **16%** in convenzione Servizio Sanitario Nazionale e il **24%** in regime di pura solvenza.

Le Regioni nelle quali il privato fornisce un contributo più significativo (>40%) alla produzione dei servizi sanitari sono quelle del Nord (con l'esclusione del Trentino Alto Adige e della Valle d'Aosta) ed il Lazio.

Le Regioni nelle quali il contributo del privato è più contenuto (<33%) sono la Sardegna, la Provincia Autonoma di Bolzano e l'Umbria (**Grafico 4**).

Grafico 4 – Sistema Sanitario italiano: un sistema “misto” per produzione di servizi sanitari

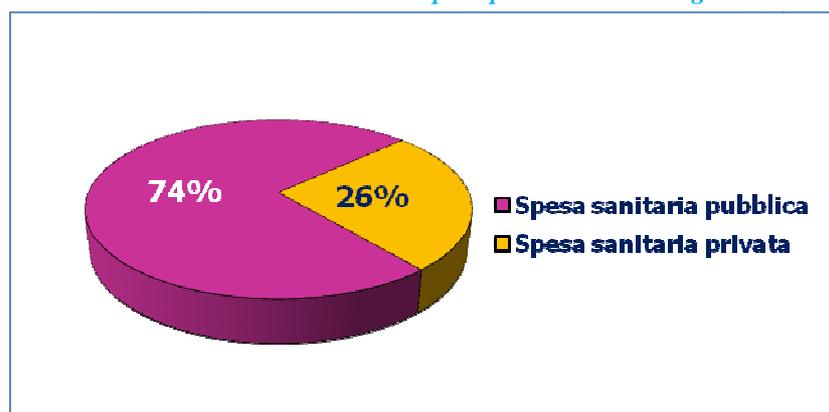


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

A.4) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per Spesa Sanitaria

Anche con riferimento alla composizione della Spesa Sanitaria del nostro Paese viene a palesarsi un'integrazione pubblico-privato nel finanziamento dei bisogni di cura dei cittadini italiani. A fronte di una Spesa Sanitaria complessiva, di oltre **154 miliardi di EUR** il contributo pubblico è del **74%** mentre quello diretto da parte dei cittadini è del **26%** (**Grafico 5**).

Grafico 5 – Sistema Sanitario italiano: un sistema “misto” per Spesa Sanitaria erogata

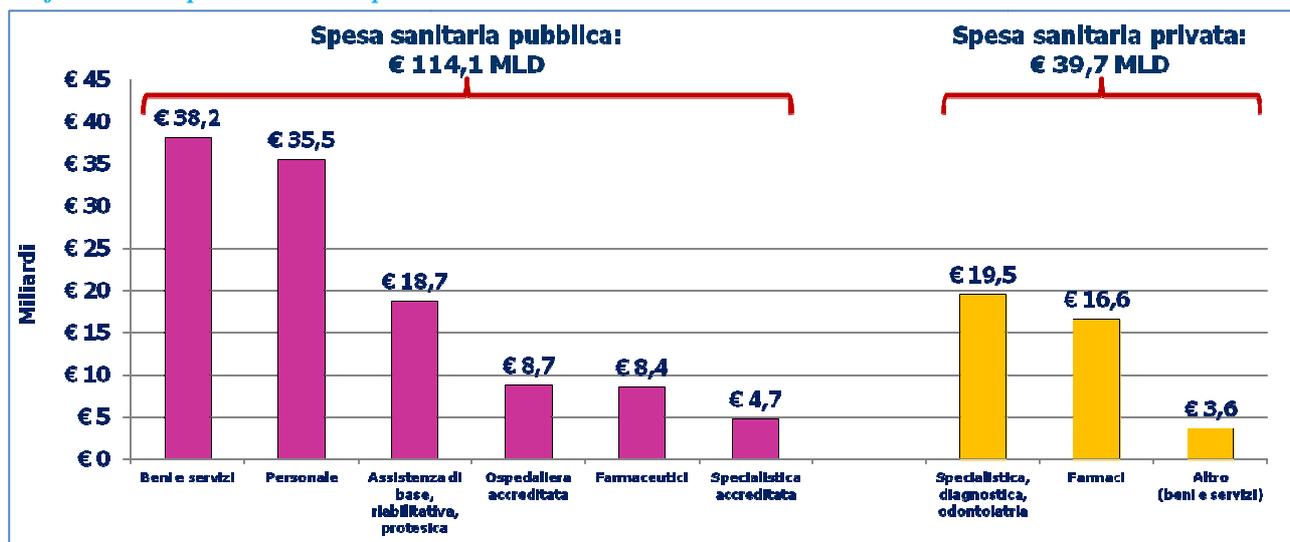


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Corte dei Conti e su dati Istat

In particolare dei **114,1 miliardi di EUR** spesi per il Servizio Sanitario Nazionale **38,2 miliardi di EUR** sono impiegati per sostenere i costi di Beni e Servizi, **35,5 miliardi di EUR** per il costo del personale, **18,7 miliardi di EUR** per l'erogazione di assistenza di base, assistenza riabilitativa ed assistenza protesica, **8,7 miliardi di EUR** per l'attività ospedaliera accreditata, **4,7 miliardi di EUR** per l'attività specialistica accreditata ed **8,4 miliardi di EUR** per i farmaci.

Dei **39,7 miliardi di EUR** di spesa privata **19,5 miliardi di EUR** sono impiegati per l'erogazione di prestazioni sanitarie nei campi della specialistica, della diagnostica e dell'odontoiatria, **16,6 miliardi di EUR** per l'acquisto di farmaci e **3,6 miliardi di EUR** per i restanti beni e servizi sanitari (**Grafico 6**).

Grafico 6 – Composizione della Spesa Sanitaria Pubblica e Privata

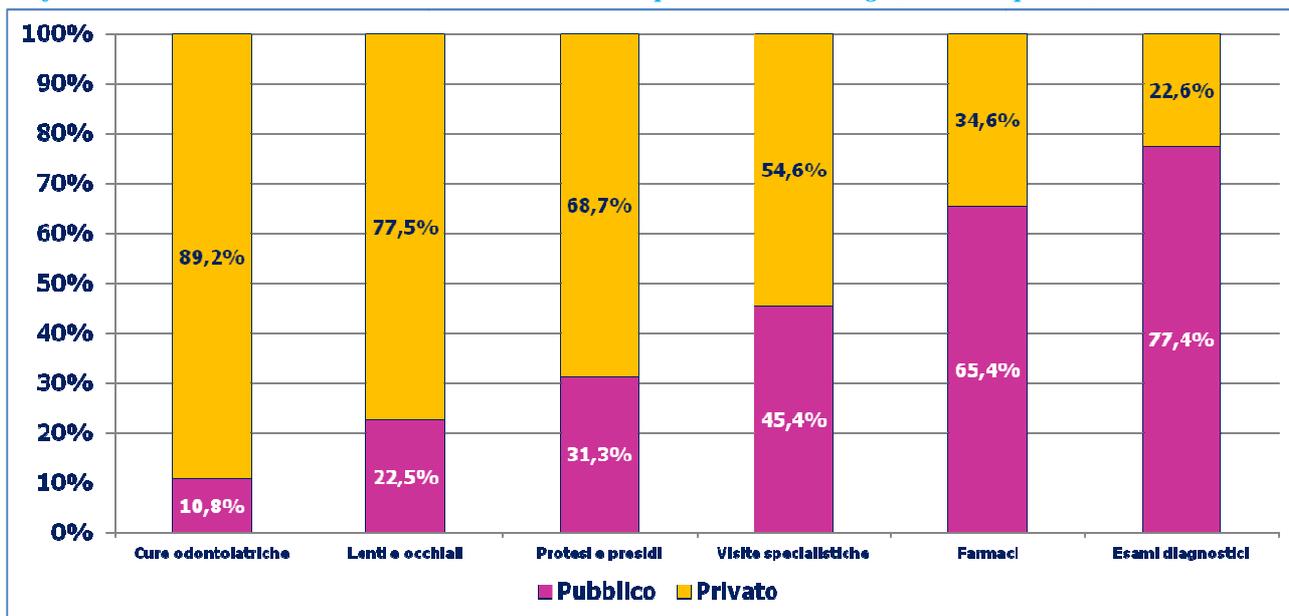


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Corte dei Conti e su dati Istat

A.5) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per modalità di erogazione delle prestazioni

Ma probabilmente il dato più interessante in termini di ibridazione pubblico-privato del nostro Sistema Sanitario riguarda le modalità di erogazione delle cure nei confronti dei cittadini. In altri termini già oggi, ed il fenomeno ha una natura assolutamente strutturale, i cittadini italiani affiancano nell'ambito del proprio percorso di cura prestazioni sanitarie erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e prestazioni sanitarie pagate di tasca propria. Sono finanziate di tasca propria da ciascun paziente, infatti, la quasi totalità (**89%**) delle cure odontoiatriche, in oltre **2/3** dei casi l'acquisto di lenti, occhiali e protesi e la maggior parte delle visite specialistiche (**55%**), che hanno peraltro un ruolo determinante nella scelta delle modalità di cura che saranno poi scelte dal paziente (**Grafico 7**). Più alto il presidio pubblico sugli esami diagnostici, che vengono pagati privatamente nel **23%** dei casi, e dei farmaci dove comunque i cittadini sostengono direttamente i costi dell'acquisto dei farmaci in più di **1/3** dei casi.

Grafico 7 – Sistema Sanitario italiano: un sistema “misto” per modalità di erogazione delle prestazioni



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

Proprio la natura “mista” delle modalità di erogazione delle cure e, conseguentemente, dei percorsi di cura dei cittadini italiani determina una naturale compatibilità tra un Servizio Sanitario Nazionale di matrice universalistica ed un Secondo Pilastro Sanitario “istituzionalizzato” che per sua natura dovrebbe occuparsi elettivamente della gestione, nell’alveo tracciato dalla *governance* pubblica, della Spesa Sanitaria Privata dei cittadini.

B) LA SPESA SANITARIA PRIVATA IN ITALIA E IN EUROPA

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 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 8**).

APPENDICE 1 – Indice grafici SEZIONE 1
PREMESSA
1) Il contesto
2) I “nuovi” bisogni di cura
A) IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO: UN SISTEMA “MISTO”...
A.1) La sostenibilità finanziaria e sociale del sistema sanitario
Grafico 1 – La sostenibilità finanziaria e sociale del sistema sanitario: Scenario 1 7

Grafico 2 – La sostenibilità finanziaria e sociale del sistema sanitario: Scenario 2 7

A.2) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per modalità di finanziamento
Grafico 3 – Sistema Sanitario italiano: un sistema “misto” per modalità di finanziamento 7

A.3) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per produzione di servizi sanitari
Grafico 4 – Sistema Sanitario italiano: un sistema “misto” per produzione di servizi sanitari 8

A.4) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per spesa sanitaria
Grafico 5 – Sistema Sanitario italiano: un sistema “misto” per spesa sanitaria erogata 8

Grafico 6 – Composizione della spesa sanitaria pubblica e privata 10

A.5) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per modalità di erogazione delle prestazioni
Grafico 7 – Sistema Sanitario italiano: un sistema “misto” per modalità di erogazione delle prestazioni 11

B) SPESA SANITARIA PRIVATA IN ITALIA E IN EUROPA
Grafico 8 – Incidenza della Spesa Sanitaria di tasca propria Paesi OCSE 12

Grafico 9 – Trend Spesa Sanitaria privata/PIL Italia VS EU14 12

Grafico 10 – Il caso Italia: l’intermediazione della Spesa Sanitaria privata che non c’è... 13

Grafico 11 – Le funzioni della Spesa Sanitaria privata 14

Grafico 12 – Le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani 14

Grafico 13 – La Spesa Sanitaria privata è qui per restare 15

Grafico 14 – Spesa Sanitaria privata per macro prestazione 16

Grafico 15 – Frequenza e importo delle cure private 16

Grafico 16 – Come pagano le cure private gli italiani? 17

Grafico 17 – Prestazioni che hanno causato indebitamento 18

C) DISUGUAGLIANZA E SPESA SANITARIA PRIVATA
Grafico 18 – Composizione della Spesa Sanitaria per Regioni 19

Grafico 19 – Composizione % della Spesa Sanitaria per macroarea geografica 19

C.1) La Spesa Sanitaria privata per fascia di reddito
Grafico 20 – Spesa Sanitaria privata per fascia di reddito 20

Grafico 21 – Spesa Sanitaria privata pro capite e pro nucleo per fascia di reddito 21

Grafico 22 – Cittadini per fascia di reddito e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito 22

Grafico 23 – Distribuzione prestazioni private per fascia di reddito (scostamento dalla media) 23

C.2) La Spesa Sanitaria privata per fase della vita
Grafico 24 – Spesa Sanitaria privata per fase della vita 24

Grafico 25 – Spesa Sanitaria privata pro capite per fase della vita 25

Grafico 26 – Cittadini per fasce della vita e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito 25

C.3) La Spesa Sanitaria privata per stato di salute
Grafico 27 – Spesa Sanitaria privata per stato di salute 26

Grafico 28 – Spesa Sanitaria privata pro capite per stato di salute 27

Grafico 29 – Cittadini per stato di salute e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito 28

C.4) La Spesa Sanitaria privata per professione
Grafico 30 – Spesa Sanitaria privata per professione 29

<i>Grafico 31– Spesa Sanitaria privata pro capite per professione</i>	29
<i>Grafico 32– Dettaglio Spesa Sanitaria privata pro capite per inquadramento nel lavoro dipendente</i>	30
<i>Grafico 33 – Cittadini per professione e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito</i>	31
<i>Grafico 34 – Incidenza della Spesa Sanitaria privata per Professione</i>	31
C.5) La Spesa Sanitaria privata per territorio	
<i>Grafico 35 – Spesa Sanitaria privata per territorio</i>	32
<i>Grafico 36 – Spesa Sanitaria privata pro capite per territorio</i>	33
<i>Grafico 37 – Cittadini per macroarea geografica e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito</i>	33
<i>Grafico 38 – Distribuzione prestazioni private per territorio (scostamento dalla media)</i>	34
D) IL REGIME FISCALE DELLA SANITÀ	
<i>Grafico 39 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria privata: quota pubblica e quota privata della Spesa Sanitaria portata in detrazione</i>	35
<i>Grafico 40 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria privata: cittadini e Spesa Sanitaria</i>	36
<i>Grafico 41 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per fascia di reddito</i>	37
<i>Grafico 42 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per macroaree geografiche</i>	37
<i>Grafico 43 – Misurazione della capacità redistributiva Sanità Integrativa vs Detrazioni per classe di reddito</i>	39
<i>Grafico 44 – Detrazioni spese sanitarie vs deduzioni Sanità Integrativa</i>	39
<i>Grafico 45 – Detrazioni spese sanitarie vs deduzioni Sanità Integrativa: analisi costi e benefici</i>	40
E) IL SETTORE DELLA SANITÀ INTEGRATIVA	
E.1) Sanità Integrativa: prima di tutto un po’ di chiarezza	
E.1.1) Le Forme Sanitarie Integrative	
E.1.2) Fondi DOC, Fondi NON DOC e regime fiscale	
E.2) La Sanità Integrativa oggi	
<i>Grafico 46 – Distribuzione assicurati FSI</i>	43
<i>Grafico 47 – Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per contraente (2017)</i>	43
<i>Grafico 48 – Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per regime gestionale (2017)</i>	44
<i>Grafico 49– Polizze individuali e collettive per macroarea geografica</i>	45
<i>Grafico 50 – Quali prestazioni sanitarie assicura la Sanità Integrativa?</i>	45
<i>Grafico 51 – Incidenza assicurati Sanità Integrativa per Regione</i>	46
E.2.1) Diffusione della Sanità Integrativa per fascia di reddito	
<i>Grafico 52 – Assicurati ogni 100 cittadini per fascia di reddito</i>	47
<i>Grafico 53 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per fascia di reddito</i>	48
<i>Grafico 54 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per fascia di reddito</i>	49
<i>Grafico 55 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per fascia di reddito (rimborsato medio)</i>	50
E.2.2) Diffusione della Sanità Integrativa per fase della vita	
<i>Grafico 56 – Assicurati ogni 100 cittadini per fase della vita</i>	51
<i>Grafico 57 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per fase della vita</i>	52
<i>Grafico 58 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per fase della vita</i>	52
<i>Grafico 59 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per fase della vita (rimborsato medio)</i>	53
E.2.3) Diffusione della Sanità Integrativa per stato di salute	
<i>Grafico 60 – Assicurati ogni 100 cittadini per stato di salute</i>	54
<i>Grafico 61 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per stato di salute</i>	55

<i>Grafico 62 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per stato di salute</i>	55
<i>Grafico 63 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per stato di salute (rimborsato medio)</i>	56
E.2.4) Diffusione della Sanità Integrativa per professione	
<i>Grafico 64 – Assicurati ogni 100 cittadini per professione</i>	57
<i>Grafico 65 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per professione</i>	58
<i>Grafico 66 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per professione</i>	58
<i>Grafico 67 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per professione (rimborsato medio)</i>	59
E.2.5) Diffusione della Sanità Integrativa per territorio	
<i>Grafico 68 – Assicurati ogni 100 cittadini per territorio</i>	60
<i>Grafico 69 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per territorio</i>	60
<i>Grafico 70 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per territorio</i>	61
<i>Grafico 71 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per territorio (rimborsato medio)</i>	62
E.3) Sanità Integrativa e mercato assicurativo	
<i>Grafico 72 – Player e concentrazione di mercato</i>	63
<i>Grafico 73 – Trend quote di mercato dei Fondi Sanitari (2015-2017)</i>	64
F) LE PROPOSTE DEL VIII RAPPORTO RBM-CENSIS	
F.1) Principali evidenze dell’VIII Rapporto RBM-CENSIS	
F.2) Proposte per un Sistema Sanitario più sostenibile, più equo e più inclusivo	
F.3) Cure private: meglio il “fai da te” o meglio la Sanità Integrativa?	
<i>Grafico 74 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria: convenienza per il cittadino</i>	66
<i>Grafico 75 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria: analisi costi e benefici</i>	67
F.4) Scenari di Riforma per il Sistema Sanitario Italiano: un Secondo Pilastro Complementare	
F.4.1) Assicurazione Sanitaria Diffusa attraverso il #RedditodiSalute (HYPO1)	
<i>Grafico 76 – HYPO1 Assicurazione Sanitaria Diffusa attraverso il #RedditodiSalute</i>	69
F.4.2) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “istituzionale” (HYPO2)	
<i>Grafico 77 – HYPO2 Secondo Pilastro Sanitario Istituzionale</i>	71
F.4.3) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “occupazionale” (HYPO3)	
<i>Grafico 78 – HYPO3 Secondo Pilastro Sanitario Occupazionale</i>	72
F.5) Per una possibile Riforma della Sanità Integrativa	
F.5.1) I L.E.A., l’intermediazione della spesa privata e la mission delle Forme Sanitarie Integrative	
F.5.2) Punti chiave per una Riforma efficace delle Forme Sanitarie Integrative	
CONCLUSIONI	

SEZIONE 2 – LA SANITÀ DEL RANCORE, IL RANCORE DELLA SANITÀ. SCENE DA UN PAESE DISEGUALE

Fondazione Censis

PREMESSA - Spesa sanitaria di tasca propria degli italiani e iniquità sociale crescente: priorità ineludibile

Cosa accade ad una società quando le persone devono sempre più pagare di tasca propria servizi e prestazioni sanitarie di cui hanno bisogno? E cosa accade quando il rapporto con la sanità diventa un moltiplicatore di disparità e un amplificatore di insicurezze?

Ecco i temi chiave dell'VIII Rapporto RBM-Censis che consente di enucleare alcune verità elementari sul rapporto degli italiani con la sanità:

la spesa sanitaria privata sta aumentando. Lo fa da molto tempo e per tante ragioni che generano una domanda di prestazioni necessarie;

la spesa sanitaria privata pesa di più sulle famiglie a più basso reddito, per le quali la sua incidenza sul reddito familiare è cresciuta dalla crisi in avanti;

le nuove disuguaglianze sanitarie legate alla crescita della spesa sanitaria privata delle famiglie amplificano la diffusa percezione di iniquità sociale. I redditi più bassi sentono che nel post crisi la spesa per l'acquisto di servizi e prestazioni sanitarie necessarie è cresciuta come quota del proprio reddito con una intensità maggiore rispetto alle famiglie con redditi più alti.

lievita un rancore sordo che è fatto di voglia di bloccare l'accesso alle cure a chi non è attento alla tutela della propria salute e a chi non risiede nella propria regione. Ed è il rancore sordo di chi è convinto che in Italia le persone non abbiano più le stesse opportunità di cura. Il dover metter mano al portafoglio per ragioni di salute amplifica le difficoltà sociali e semina insicurezza.

è un rancore sordo che diventa rabbia verso il Servizio sanitario e, più ancora, verso la politica da cui ormai solo una minoranza si attende un contributo positivo alla buona sanità del futuro prossimo.

Ecco il quadro a tinte forti di un mutamento epocale per la nostra sanità che data dalla crisi e più ancora dai processi di aggiustamento strutturale delle sanità regionali che hanno reso irreversibile ed evidente che la spesa sanitaria pubblica mai più crescerà al ritmo dei fabbisogni sanitari di un Paese che invecchia, affronta le cronicità e ambisce a utilizzare le migliori e più avanzate tecnologie mediche e farmacologiche.

Più spesa privata, non più appannaggio dei soli benestanti o dei territori dove la sanità funziona meglio, e spesa pubblica che non ha più lo stesso ritmo di crescita dei fabbisogni; e poi più alta incidenza della spesa sanitaria privata sui redditi dei gruppi sociali più vulnerabili: ecco svelata la regressività attuale del rapporto con la sanità che sempre più esaspera gli italiani.

Inoltre, dalle regioni dove è più alta l'insoddisfazione per la qualità delle cure si è registrata una fuga massiccia di pazienti, anche per patologie complesse come quelle tumorali.

Tali spostamenti hanno generato per i pazienti delle regioni di fuga e per i relativi familiari costi sociali aggiuntivi (di trasporto, vitto, alloggio, assenze dal lavoro, ecc.) rispetto a quelli prettamente sanitari. Invece, in molte regioni di destinazione della mobilità sanitaria ci sono ormai tempi di attesa per talune patologie addirittura superiori a quelli delle regioni di fuga: ecco un ulteriore meccanismo di produzione di rancore sociale.

La novità è che la sanità italiana oggi genera e attira rancore sociale: bloccarne la spirale, a questo punto, è decisivo.

A) PRIMA PARTE – Le verità elementari che lo stato di fatto racconta

A.1) Viene da lontano ed è qui per restare (molto) a lungo: le ragioni della crescente spesa sanitaria privata

A.1.1) Incremento più intenso della spesa per consumi

In base agli ultimi dati disponibili rilevati dall'Istat la spesa sanitaria privata delle famiglie italiane nel 2017 è stata pari a 37,3 miliardi di euro (**Tabella 1**). Nel 2013-2017 essa è aumentata in termini reali del +9,6%, mentre la spesa totale per consumi del +5,3%; nel 2016-2017 gli incrementi reali sono stati rispettivamente del +2,9% e del +1,5%.

Tabella 1 – Spesa sanitaria privata e spesa totale per consumi, 2001-2017 (v.a. in milioni di euro correnti, var. % reale)

Anni	Spesa sanitaria privata	Spesa totale per consumi
	<i>v.a. mln € correnti</i>	
2017	37.325	1.058.983
	<i>var. % reale</i>	
2013-2017	+9,6	+5,3
2016-2017	+2,9	+1,5
2001-2017	+2,5	+2,3
2001-2008	+3,6	+3,9
2009-2017	+3,6	+0,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

I risultati dell'indagine di popolazione realizzata per il presente Rapporto, inseriti nei trend storici di crescita, consentono di dire che la spesa sanitaria privata degli italiani arriverà a fine anno al valore di 40 miliardi di euro.

La prima verità elementare è che la spesa sanitaria privata in capo alle famiglie italiane sta aumentando ad un ritmo più intenso della loro spesa totale per consumi.

Dal 2001 al 2017 emerge che:

- nel periodo pre-crisi, 2001-2008, l'incremento reale della spesa totale per consumi (+3,9%) è stato superiore a quello della spesa sanitaria privata (+3,6%);
- nel periodo dalla crisi alla stentata ripresa, 2009-2017, la spesa sanitaria privata è aumentata del +3,6%, la spesa totale per consumi del +0,3% (**Tabella 2**).

Tabella 2 - Spesa sanitaria pubblica, privata e Pil, 2001-2017 (v.a. in milioni di euro correnti, var.% reale)

Anni	PIL	Spesa sanitaria		
		Pubblica	Privata	Totale
<i>v.a. in € correnti</i>				
2017	1.716.935	113.131	37.325	150.456
<i>var.% reale</i>				
2013-2017	+3,5	+2,0	+9,6	+2,8
2016-2017	+1,5	+0,3	+2,9	0,0
2001-2017	+0,7	+16,8	+2,5	+12,3
2001-2008	+5,5	+14,8	+3,6	+11,9
2009-2017	+1,1	+0,6	+3,6	+0,4

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Gli incrementi di spesa sanitaria privata delle famiglie italiane sono di lungo periodo e rinviano a mutamenti strutturali nei comportamenti sanitari, sociali e di spesa; con la crisi sono entrati in gioco anche gli effetti degli aggiustamenti strutturali del welfare e del Servizio sanitario a loro volta hanno contribuito ai trend incrementali.

Si può quindi dire che la spesa sanitaria privata:

- acquista prestazioni necessarie, viene da lontano ed è qui per restare ancora molto a lungo;
- non dipende solo ed esclusivamente dal più recente razionamento indotto dalle manovre sul welfare pubblico, ma da una molteplicità di ragioni inscritte nella materialità dei comportamenti sanitari e sociali dei cittadini;
- si è andata ritagliando una fetta più ampia nella spesa delle famiglie perché ha avuto variazioni positive più intense della spesa pubblica per sanità

La multifattorialità delle cause e l'intensità visibile della sua dinamica mostrano che la spesa sanitaria privata è un fenomeno socialmente trasversale che coinvolge gruppi sociali diversificati.

A.1.2) Più alta quota della spesa sanitaria totale

Più intenso il ritmo di crescita della spesa privata, meno quello della spesa pubblica soprattutto in relazione ai fabbisogni di una popolazione che invecchia e fronteggia il costo delle cronicità: ecco l'esito degli andamenti di lungo periodo. Infatti, in termini di variazioni percentuali reali emerge che:

- nel pre-crisi, negli anni 2001-2008, la spesa sanitaria pubblica decolla letteralmente del +14,8%, quella privata registra +3,6%;
- negli anni 2009-2017 la pubblica aumenta di +0,6, la privata del +3,6%;
- negli anni 2013-2017 la pubblica registra +2%, la privata +9,6%.

Dal 2010 al 2017 la spesa sanitaria privata come quota della spesa sanitaria totale è sempre cresciuta passando dal 21,5% al 24,8%, laddove quella pubblica si è ridotta dal 78,5% al 75,2% (**Tabella 3**).

Tabella 3 - Le quote di spesa sanitaria pubblica e privata sulla spesa sanitaria totale, 2010-2017 (*) (val.% e differenze)

Anni	Spesa sanitaria pubblica	Spesa sanitaria privata	Totale spesa sanitaria
2010	78,5	21,5	100,0
2017	75,2	24,8	100,0
<i>Diff. % 2010-2017</i>	-3,3	3,3	-

(*) Dati di Contabilità Nazionale Istat, ed. aprile 2018

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Uno spostamento di 3,3 punti percentuali del finanziamento per la sanità dallo Stato alle famiglie che significa che l'incremento nominale di 6,7 miliardi di euro di spesa totale del 2010-2017 è per il 95% costituito di spesa sanitaria in capo alle famiglie e per il restante 5% da spesa pubblica. In 7 anni la spesa in capo alle famiglie come valore nominale corrente è cresciuta di quasi 6,4 miliardi di euro, quello pubblica di appena 336 milioni di euro.

Dati incontrovertibili che, alla verità elementare di una spesa privata che aumenta, affianca quella di una spesa pubblica che si riduce come quota del totale.

La seconda verità, elementare e ineludibile, raccontata dai numeri è: la spesa sanitaria in capo alle famiglie sta crescendo, anche perché la spesa pubblica ha rallentato il passo in relazione alla dinamica dei fabbisogni sanitari di un paese che invecchia e affronta le cronicità.

Del resto, sulla spesa sanitaria pubblica e i suoi deficit sono stati fatti veri e propri miracoli finanziari: si è passati dal saldo negativo di -6 miliardi di euro del 2006 a quello di -976 milioni di euro nel 2016. Un miracolo che purtroppo non poteva essere e non è stato indolore.

A.1.3) Mai più una spesa sanitaria pubblica adeguata ai fabbisogni sanitari

La dinamica di spesa sanitaria pubblica e Pil nel periodo 2001-2017 indica il 2009 come tornante di una radicale inversione di tendenza:

- nel 2001-2008 la variazione percentuale della spesa in capo al Ssn è stata pari al 14,8%, quella del Pil del +5,5%;
- nel 2009-2017 la variazione del Pil è stata dell'1,1%, quella della spesa pubblica per sanità del +0,6%;
- nel 2016-2017 il Pil è aumentato del +1,1%, la spesa pubblica del +0,3%.

In rapporto al Pil emerge che la spesa sanitaria pubblica nel periodo 2001-2008 sale dal 5,8% al 6,7%, e nella fase successiva scende fino al 6,6% del 2017.

È lo scenario futuro il problema chiave sul quale ragionare; non si tratta di promuovere visioni catastrofiste sull'evoluzione del Servizio sanitario pubblico, piuttosto di costruire una valutazione solida a partire dalla evidente dinamica divaricante tra le esigenze sanitarie dei cittadini e la copertura pubblica possibile.

Gli scenari previsionali enucleabili dalla Nota di aggiornamento al Def 2017 per gli anni 2018-2020 indicano che la spesa annua del Servizio sanitario aumenterà di circa 1,3% all'anno, con un ritmo più lento di quello del Pil in valore nominale che viene fissato a circa il 3% annuo. Pertanto lo scenario ufficiale di riferimento ipotizza una contrazione della spesa sanitaria pubblica entro il 2020 fino al 6,3% del Pil.

Così facendo la spesa pubblica di fatto resterebbe stazionaria in termini reali, sufficiente per la gestione ordinaria del Servizio sanitario, ma assolutamente inadeguata per promuovere sviluppo e investimento.

I numeri ufficiali degli scenari futuri attesi inchiodano tutti alla realtà di una spesa pubblica sanitaria che non seguirà la dinamica dei fabbisogni sanitari, e che non sarà in grado di alimentare risorse per un ammontare di servizi e prestazioni in linea con le nuove esigenze di salute dei cittadini e i relativi costi di produzione indotti da tecnologie e quantità da erogare.

A.1.4) L'implacabile confronto con altri Paesi

La comparazione con i dati di altri Paesi non perdona, perché quale che sia il periodo di riferimento che viene preso in considerazione, in Italia la spesa sanitaria pubblica cresce in misura minore che altrove.

Sono dinamiche di cui occorre prendere atto perché aiutano a capire il senso vero dello stato di fatto delle risorse pubbliche che l'Italia destina alla sanità (**Tabella 4**).

Tabella 4 - Spesa sanitaria pubblica pro capite, confronto internazionale andamento 2010-2016 (var. % reale)

Paesi	Var. % reale 2010-2016
Italia	-8,8
Paesi Bassi	2,6
Germania	11,4
Francia	6,2
Spagna	-3,8
Portogallo	-14,4
Grecia	-38,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Corte dei Conti

Infatti, la spesa sanitaria pubblica procapite in termini reali nel periodo 2010-2016 in Italia si riduce del -8,8%, mentre in Germania aumenta del +11,4%, in Francia del +6,2%, nei Paesi Bassi del +2,6%; invece si riduce in Spagna (-3,8%), Portogallo (-14,4%) e in Grecia (-38,3%).

La spesa sanitaria privata è in Italia, come quota della spesa sanitaria totale, superiore a quella delle principali economie dell'Unione Europea e inferiore solo ai valori di paesi come Spagna, Portogallo o Grecia, o i Paesi dell'Est della Ue.

A.2) Più spesa di tasca propria per la salute, più disuguaglianze

A.2.1) Pesa di più sui redditi più bassi

Nel misurare l'equità del sistema sanitario ampiamente inteso non conta solo e tanto chi spende di più di tasca propria per acquistare servizi e prestazioni sanitarie appropriate e necessarie, ma quanto tale spesa incida sul budget familiare e come tale incidenza è cambiata nel periodo dopo la crisi.

La valutazione dell'incidenza reale della spesa sanitaria privata sui budget familiari apre ai temi della sua regressività sociale, perché ognuno è solo a fronteggiare la spesa con le proprie risorse e, in un paese sempre più diseguale, ciò amplia le disuguaglianze.

La spesa sanitaria privata delle famiglie come quota del reddito è passata dal 3% del 2008 al 3,4% del 2016.

La spesa sanitaria privata in rapporto alla spesa totale per consumi pesa di più per le famiglie con reddito fino a 40 mila euro rispetto a quelle con reddito pari ad almeno 120 mila euro: meno guadagni e più la spesa sanitaria privata ti pesa sul reddito familiare.

Il confronto tra famiglie operaie e famiglie di imprenditori consente di precisare ulteriormente la regressività della spesa sanitaria privata poiché (**Tabella 5**).

Tabella 5 - Spesa sanitaria sulla spesa totale per consumi: confronto operai-imprenditori, 2014-2016 (num. indice totale famiglie = 100, v.a. in milioni di euro correnti, var.% e diff.)

	Operai e assimilati	Imprenditori
	Indice spesa sanitaria privata su spesa per consumi (totale famiglie= 100)	
2016	106	74
<i>Diff.% 2014-2016</i>	6	-2
	Spesa sanitaria privata media per famiglia (euro correnti per famiglia)	
2016	1.087,3	1.288,4
<i>Diff. val. € per famiglia 2014-2016</i>	86	80
<i>var.% 2014-2016</i>	8,6	6,6
	Spesa sanitaria privata (v.a. milioni di euro correnti)	
2016	5.989,6	1.033,7
<i>Diff. v.a. mln € correnti 2014-2016</i>	505	74
<i>var.% 2014-2016</i>	9,2	7,7

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

- fatta 100 l'incidenza della spesa sanitaria sui consumi delle famiglie italiane, per quelle operaie è pari a 106 e per quelle degli imprenditori a 74. La spesa sanitaria privata pesa molto di più sui consumi di una famiglia con capofamiglia operaio rispetto a quella dove il capofamiglia fa l'imprenditore.
- nel periodo 2014-2016 per una famiglia operaia i consumi sono rimasti fermi (+0,1%), la spesa sanitaria privata è aumentata del +6,4% (in media 86 euro in più nell'ultimo anno) ed è pari 1.087 euro (il 3,7% della spesa sanitaria privata del +4,5%, in media 80 euro in più nell'ultimo anno, e la spesa sanitaria privata annua è pari a 1.288 euro, con una incidenza sui consumi del 2,6%.

La regressività è evidente poiché la spesa sanitaria privata pesa molto di più sui redditi delle famiglie operaie e tale peso è aumentato di più nel tempo rispetto a quanto accaduto alle famiglie di imprenditori.

I dati certificano alcune verità elementari:

- meno guadagni, più la spesa che devi affrontare di tasca tua per comprare sanità pesa sul tuo reddito;
- meno guadagni, più il peso della spesa sanitaria sul tuo reddito nel tempo è aumentato.

Ecco plasticamente dimostrata la regressività sociale della spesa sanitaria privata: non solo dei ceti più abbienti, ma coinvolge anche i meno abbienti sui cui redditi pesa di più.

Tali dati sono la base materiale di quel *sentiment* diffuso, soprattutto tra i redditi più bassi, che occorre mettere mano al portafoglio più che in passato per comprare prestazioni sanitarie necessarie.

Ecco svelato il trucco della nuova disparità in sanità: a contare non è tanto il livello assoluto della spesa sanitaria privata che ovviamente è in funzione dell'età e della disponibilità di reddito (meno risorse hai,

meno ne puoi spendere); a contare è l'incidenza reale e percepita della spesa sanitaria privata sui redditi familiari, notoriamente più lenti per i livelli medio bassi e più veloci per quelli alti.

Per questo è legittimo e urgente affrontare gli impatti negativi della crescente spesa sanitaria privata, che amplificano le disparità sociali.

Strumentali sono i tentativi di interpretare la spesa sanitaria privata come espressione o di inappropriata o peggio come puro portato di desideri superflui dei benestanti. Ceti meno abbienti e ceto medio sono sotto pressione anche a causa delle spese sanitarie, e i loro redditi ne risentono sia oggettivamente che nella percezione soggettiva.

A.2.2) Più invecchi, più spendi per la salute, più pesa sul reddito

Un anziano spende per la sanità circa l'80% in più di tasca propria rispetto ad un giovane: fatta 100 l'incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito della famiglia italiana, nelle famiglie degli anziani l'indice è pari a 131,4, in quelle di adulti di età compresa tra 35 e 64 anni a 85,7 e in quelle dei giovani a 72,4 (**Tabella 6**).

Tabella 6 – Spesa sanitaria privata sul reddito, per classi d'età del capofamiglia, 2008-2016 (num. indice totale famiglie= 100, differenze)

Classi d'età capofamiglia	Indice spesa sanitaria privata sul reddito (totale famiglie= 100)
	2016
18-34 anni	72,4
35-64 anni	85,7
65 anni e più	131,4
Totale famiglie	100,0

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Pertanto, anche se tra gli anziani è più alta la quota di esenti anch'essi acquistano prestazioni sanitarie, addirittura mettendo mano al portafoglio di più degli altri. D'altro canto ci sono anche molti esenti che, pur avendo accesso gratuito alla sanità pubblica, sono coinvolti dagli acquisti di sanità con risorse proprie.

A.2.3) Non solo per i residenti dei territori a più alto benessere

La Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia sono le due regioni dove le spese sanitarie private più incidono sui redditi familiari, seguono poi la Basilicata e la Calabria, quindi il Veneto, l'Emilia Romagna, la Sardegna e la Puglia (**Tabella 7**).

Tabella 7 – Graduatoria regionale dell’incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito delle famiglie, 2015 (num. indice totale famiglie = 100 e rank)

Regioni	Indice spesa sanitaria privata sul reddito (totale famiglie= 100)
Valle d’Aosta	142
Friuli-Venezia Giulia	140
Basilicata	128
Calabria	124
Veneto	109
Emilia-Romagna	107
Sardegna	105
Puglia	105
Piemonte	104
Molise	103
Toscana	98
Sicilia	98
Marche	96
Abruzzo	95
Umbria	94
Liguria	94
Lazio	94
Campania	93
Lombardia	91
Trentino Alto Adige	90
Italia	100

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

La graduatoria regionale smentisce l’idea che la spesa sanitaria privata sia appannaggio delle regioni più ricche e/o di quelle in cui la sanità funziona meglio. Sulla dinamica della spesa sanitaria privata gioca una pluralità di fattori, e la presenza di Basilicata, Calabria e Puglia nella parte alta della graduatoria indica che la spesa sanitaria privata è anche in capo ai territori con minore benessere economico e/o sanità meno performante.

Per aree geografiche si rileva che fatto 100 il valore nazionale dell’incidenza della spesa sanitaria privata sul reddito delle famiglie, nel Nord-est l’indice è pari a 112, al Sud-isole a 103, al Centro e al Nord-Ovest a 97.

I dati confermano che non esiste un gradiente di spesa privata dalle regioni più ricche e dalla sanità migliore alle altre, vince una articolazione di valori tra aree geografiche che conferma come spendere di tasca propria per la salute sia un fenomeno socialmente trasversale, che pesa molto anche su territori, oltre che gruppi sociali, più deboli.

A.2.4) Perché più spesa sanitaria privata vuol dire più iniquità sociale

L’identikit di chi spende per la sanità e, più ancora, di chi ne subisce in misura maggiore il peso sulle proprie risorse evidenzia come la spesa sanitaria privata sia:

- appannaggio non solo dei benestanti;
- vettore di iniquità specifica e moltiplicatore delle disuguaglianze più generali.

La spesa sanitaria privata crea iniquità perché è diversa la capacità di spesa delle persone e famiglie e perché negli ultimi anni è cresciuto di più il peso sui redditi bassi.

Ecco un aspetto ancora troppo sommerso e troppo poco conosciuto del rapporto degli italiani con la sanità. Aspetto di cui tenere conto perché la sanità deve curare bene le persone e così facendo lenire anche le disparità sociali nel suo ambito che esistono e si vanno ampliando.

B) SECONDA PARTE – Esperienze e valutazioni soggettive degli italiani su accesso e spesa per la sanità

B.1) La sanità ingiusta

B.1.1) La spesa sanitaria privata è di tutti, ma pesa di più sui meno abbienti

L'86,3% degli italiani ha dovuto pagare per l'acquisto di prestazioni a pagamento intero o in intramoenia e/o ha dovuto pagare il ticket (**Tabella 8**).

Tabella 8 - Italiani che nell'ultimo anno hanno acquistato prestazioni sanitarie (val.%)*

	Val. %
Ameno una modalità di cui	86,3
A pagamento intero	64,7
Intramoenia	54,7
Ticket	64,8

(*) Comprende prestazioni sanitarie private a pagamento intero o in intramoenia o con ticket

Fonte: Indagine Censis, 2018

Pagare tutto o qualcosa per prestazioni sanitarie coinvolge talmente tanti italiani da poter essere ormai considerata un'esperienza diffusa e trasversale a età, territori, titolo di studio, genere, reddito familiare, fino a coinvolgere anche quote di esenti.

Ha coinvolto il 75,7% delle persone con reddito fino a 15 mila euro, il 90,9% con reddito tra 15 e 30 mila, il 92,7% tra 30 e 50 mila e 88,1% con oltre 50 mila euro (**Tabella 9**). E poi l'80% dei residenti al Nord-Ovest, l'86,9% di quelli al Nord-Est, l'89,1% al Centro, l'89% al Sud-Isole. Il 90% dei giovani, l'89,8% degli adulti e il 72,7% degli anziani (**Tabella 10**).

Tabella 9 - Italiani che nell'ultimo anno hanno acquistato prestazioni sanitarie (), per reddito familiare (val.%)*

Prestazioni sanitarie	Reddito lordo annuale della famiglia				Totale
	fino a 15 mila euro annui	tra 15 mila e 30 mila	tra 30 mila e 50 mila	oltre 50 mila euro	
Si	75,7	90,9	92,7	88,1	86,3
No	24,3	9,1	7,3	11,9	13,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Comprende prestazioni sanitarie private a pagamento intero o in intramoenia o con ticket

Fonte: Indagine Censis, 2018

Tabella 10 - Italiani che nell'ultimo anno hanno acquistato prestazioni sanitarie (*), per area geografica di residenza (val.%)

Prestazioni sanitarie	Area geografica				Totale
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	
Si	80,1	86,9	89,1	89,1	86,3
No	19,9	13,1	10,9	10,9	13,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) Comprende prestazioni sanitarie private a pagamento intero o in intramoenia o con ticket

Fonte: Indagine Censis, 2018

L'esperienza del pagare tutto o una parte per avere prestazioni sanitarie coinvolge maggioranze di persone trasversali ai gruppi sociali.

A contare però è l'incidenza di tali spese sui budget familiari e dall'indagine risulta che pesano molto o abbastanza sul bilancio delle famiglie per (**Tabella 11**):

- il 69% delle persone con reddito familiare lordo annuo fino a 15 mila euro;
- il 73,5% di quelle con reddito tra 15 e 30 mila;
- il 70,7% per quelle tra 30 e 50 mila;
- il 62,7% per quelle oltre 50 mila.

I dati relativi ai redditi bassi e medi indicano che la percezione collettiva è ancora più netta nel certificare quanto emerso dai dati strutturali: le famiglie dei ceti bassi e medi più soffrono per il peso delle spese sanitarie private da finanziare.

Tabella 11 - Incidenza della spesa sanitaria privata sui budget familiari, per reddito familiare (val.%)

Quanto incidono le spese sanitarie sul bilancio della famiglia	Reddito lordo annuale della famiglia (val.%)				Totale
	fino a 15 mila euro annui	tra 15 mila e 30 mila	tra 30 mila e 50 mila	oltre 50 mila euro	
Molto, abbastanza	69,0	73,5	70,7	62,7	70,4
Molto	28,0	18,2	14,6	9,0	19,5
Abbastanza	41,0	55,3	56,1	53,7	50,9
Poco, per niente	31,0	26,5	29,3	37,3	29,6
Poco	24,3	23,6	28,3	32,8	25,6
Per niente	6,7	2,8	1,0	4,5	4,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

B.1.2) E il reddito familiare basta sempre meno

Le spese sanitarie private tendono ad assumere la forma di spese non correnti, cioè di incrementi di spesa o, più ancora, di spese aggiuntive rispetto a quelle ordinarie coperte coi redditi correnti.

Il 41% delle persone le finanzia con il solo reddito corrente, il 23,3% con il reddito e altre fonti e il 35,6% con solo fonti diverse dal reddito (**Tabella 12**).

Tabella 12 - Modalità per finanziare la spesa sanitaria privata utilizzate dalle famiglie, per reddito familiare (val %)

Le spese sanitarie private che lei e la sua famiglia avete sostenuto nel corso dell'ultimo anno come sono state finanziate?	Reddito lordo annuale della famiglia (val.%)				Totale
	fino a 15 mila euro annui	tra 15 mila e 30 mila	tra 30 mila e 50 mila	oltre 50 mila euro	
	%	%	%	%	
Solo con il reddito corrente	35,4	42,0	39,5	45,5	41,1
Con il reddito e altre voci	22,7	23,9	27,3	28,8	23,3
Solo con altre voci (risparmi, debiti ecc.)	41,9	34,2	33,2	25,8	35,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Nel ricorso a fonti diverse quasi 7 milioni di italiani hanno dovuto fare ricorso a prestiti da amici, familiari o da banche e istituti vari; 2,8 milioni hanno dovuto vendere immobili o liquidare investimenti mobiliari per recuperare le risorse necessarie per affrontare spese sanitarie private.

L'incrocio per livello di reddito consente di rilevare che per le persone con redditi familiari

- sino a 15 mila euro, il reddito basta a coprire le spese sanitarie nel 35,4% dei casi, nel 22,7% c'è bisogno sia del reddito che di altre fonti, nel 41,9% si ricorre solo ad altre fonti quali risparmio, indebitamento, liquidazione di immobili o di valori mobiliari.
- tra 15 e 30 mila euro, il reddito copre in toto le spese nel 42% dei casi, nel 23,9% le coprono reddito e altre voci, nel 34,2% il ricorso ai risparmi o a prestiti o alla vendita di immobili o alla liquidazione di qualche investimento;
- tra 30 e 50 mila euro, il reddito copre in toto le spese nel 39,5% dei casi, nel 27,3% reddito e altre voci, nel 33,2% solo con il ricorso ad altre fonti;
- oltre 50 mila euro, il reddito copre in toto le spese nel 45,5% dei casi, nel 28,8% la copertura è con reddito e altre voci, nel 25,8% solo con altre fonti.

I redditi bassi sono costretti a indebitarsi di più per coprire le spese sanitarie private, visto che il reddito da solo non basta. Le altre fonti a cui i redditi bassi più devono fare ricorso sono nel 49,8% i risparmi, nel 14% prestiti da familiari e amici e nel 5,7% da istituti di credito, nel 3,1% le risorse ricavate dalla liquidazione di qualche investimento e nel 2,6% dalla cessione di un immobile.

Tra le persone con reddito familiare fino a 15 mila euro lorde annue ben il 51,5% ha dovuto tagliare altre spese familiari per sostenere quelle sanitarie, così è stato per il 49,9% dei redditi tra 15 e 30 mila, il 40,5% per quelli tra 30 e 50 mila e per il 40,3% per quelli con oltre 50 mila euro.

Tutto converge a indicare come l'esperienza diretta di questi ultimi anni e la percezione di essa ha fatto crescere l'idea che essa crea disparità perché:

- sempre più incide sui redditi più bassi;
- costringe le famiglie a redditi più bassi a ricorrere maggiormente a fonti di finanziamento extra-reddito corrente, come i risparmi, l'indebitamento, la cessione di immobili e la liquidazione di investimenti finanziari.

B.1.3) Il difficile accesso e i suoi effetti

Nella percezione collettiva dei cittadini la lunghezza delle liste di attesa resta ancora il problema più grande della sanità pubblica e tra le ragioni fondamentali del ricorso al privato a pagamento intero e all'intramoenia.

Per questo si moltiplicano gli espedienti per tentare di ridurre i tempi di attesa, saltando le liste che altrimenti sarebbero troppo lunghe.

Il 24% degli italiani dichiara di avere fatto ricorso a conoscenze, raccomandazioni per avere o per accelerare l'accesso a visite mediche, analisi, accertamenti ecc. E' un comportamento che decolla nel meridione (lo fa il 33,3% dei residenti) e tra i laureati (più del 30%) (**Tabella 13** e **Tabella 14**).

Tabella 13 – Ricorso a conoscenze, raccomandazioni per saltare le liste di attesa nella sanità pubblica, per area geografica (val.%)

Nell'ultimo anno, Le è capitato di fare ricorso a conoscenze, raccomandazioni per avere o accelerare l'accesso a visite mediche, analisi, accertamenti ecc.	Area geografica				Totale
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	
Si	20,7	19,6	17,7	33,3	24,0
No	79,3	80,4	82,3	66,7	76,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Tabella 14 – Ricorso a conoscenze, raccomandazioni per saltare le liste di attesa nella sanità pubblica, per titolo di studio (val.%)

Nell'ultimo anno, Le è capitato di fare ricorso a conoscenze, raccomandazioni per avere o accelerare l'accesso a visite mediche, analisi, accertamenti ecc.	Titolo di studio			Totale
	Al più la licenza media	Diploma/qualifica professionale	Laurea o superiore	
Si	16,1	23,2	30,9	24,0
No	83,9	76,8	69,1	76,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Il ricorso agli espedienti salta-lista genera un meccanismo socialmente molto regressivo perché si svolge di più nei territori dove la sanità funziona meno bene e, in tali contesti, è più praticato dai laureati locali, presumibilmente le persone con maggiore disponibilità economica. Del resto, chi ha una condizione sociale migliore ha anche una rete relazionale più potente e riesce più e meglio degli altri a forzare le liste di attesa, accelerando l'accesso alle cure.

Altro aspetto che rende non facile la vita di pazienti e familiari occupati consiste nel dover saltare ore o giornate intere di lavoro per recarsi presso le strutture sanitarie. Ciò chiama in causa distanze e orari dei servizi e delle strutture.

Ben il 68,1% degli occupati in un anno ha dovuto saltare il lavoro perché si è dovuto recare presso una struttura sanitaria per visite mediche, analisi, accertamenti, per se stesso o per accompagnare un familiare ecc. E' il 74,6% degli occupati al Sud-Isole, il 71,8% al Nord-ovest, il 62,5% al Nord-est ed il 60,2% al Centro.

Anche questo è un aspetto disperante, e troppo poco si considera il costo in termini di ore di lavoro da saltare per gli occupati, con i dipendenti che ricorrono a permessi, ferie, o altri strumenti, e gli autonomi e i lavoratori in proprio che trasferiscono tempo dalle attività professionali a quelle di cura o di cure per familiari.

Il difficile accesso alla sanità genera costi aggiuntivi per le persone e nelle sue varie forme contribuisce ad incrementare le disuguaglianze e la sensazione che bisogna cavarsela da soli.

Dover saltare giornate di lavoro o di svolgimento dell'attività professionale per accedere alla sanità provoca rabbia, frustrazione, fastidio profondo.

Una sanità che lascia spazio ai furbi nel mentre chiede un surplus di sacrificio a chi lavora non può che contribuire dalla generazione di rancore sociale.

B.2) Il rancore sanitario monta

B.2.1) Il rancore che vuol escludere

Le difficoltà di accesso alla sanità pubblica e i connessi costi sociali in capo alle persone, nonché le disuguaglianze indotte dal ricorso alla spesa privata strutturano oggi il rapporto concreto e di pensiero degli italiani con la sanità.

La potenza della dinamica della spesa privata, in particolare sui redditi più bassi e il connesso rapporto socialmente trasversale con la sanità a pagamento vincono sul mero richiamo al valore storico del Servizio sanitario e all'indubbio di più che esso costituisce per la qualità della vita degli italiani e per il benessere collettivo.

E' così che si forma il malanimo fino al rancore che pervade in modo crescente il rapporto degli italiani con la sanità che diventa catalizzatrice di rabbie sociali indicibili:

- il 40,7% degli italiani vorrebbe penalizzare con tasse o nell'accesso alla sanità persone con stili di vita notoriamente nocivi per la salute (fumo, alcol, droghe ecc.). E sono le persone laureate (44,3% e i giovani (49,5%) i più agguerrite nel voler penalizzare chi ha comportamenti nocivi per la propria salute (**Tabella 15** e **Tabella 16**);
- il 25,2% vuole che le persone siano obbligate a curarsi solo nella propria regione. Non più mobilità sanitaria e libertà di andare dove si ritiene la sanità sia migliore: che ognuno si curi a casa propria. Lo vuole il 35% delle persone a basso titolo di studio e il 28,7% dei residenti nel Nord-Ovest (**Tabella 17**);
- il 54,7% pensa che in Italia le persone non hanno le stesse opportunità di diagnosi e cure. E lo pensa di più chi ha reddito familiare lordo tra 15 e 30 mila euro: il 57% (**Tabella 18**).

Tabella 15 – Opinioni sulla penalizzazione con tasse e/o nell'accesso alla sanità di persone con stili di vita nocivi per la propria salute (fumatori, alcolisti, tossicodipendenti, obesi ecc.), per titolo di studio (val.%)

	Titolo di studio			Totale
	Al più la licenza media	Diploma o qualifica professionale	Laurea o superiore	
D'accordo	31,3	42,5	44,3	40,7
In disaccordo	68,7	57,5	55,7	59,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Tabella 16 – Opinioni sulla penalizzazione con tasse e/o nell'accesso alla sanità di persone con stili di vita nocivi per la propria salute (fumatori, alcolisti, tossicodipendenti, obesi ecc.), per età (val.%)

	Età in classe			Totale
	18-34 anni	35-64 anni	65 anni e più	
D'accordo	49,2	41,7	28,2	40,7
In disaccordo	50,8	58,3	71,8	59,3
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Tabella 17 – Opinioni sul blocco della mobilità sanitaria tra regioni, per area geografica (val.%)

	Area geografica				Totale
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e isole	
D'accordo	28,7	21,6	26,4	23,9	25,2
In disaccordo	71,3	78,4	73,6	76,1	74,8
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Tabella 18 – Opinioni sulla eguaglianza di opportunità di diagnosi e cura per i cittadini italiani al di là delle differenze sociali ed economiche, per reddito familiare (val.%)

	Reddito lordo annuale della famiglia				Totale
	fino a 15 mila euro annui	tra 15 mila e 30 mila	tra 30 mila e 50 mila	oltre 50 mila euro	
D'accordo	48,5	43,0	44,4	46,3	45,3
In disaccordo	51,5	57,0	55,6	53,7	54,7
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

Sono le forme sociali della sanità del rancore, quella dove il difficile accesso viene fluidificato con le relazioni o con i soldi e si diventa progressivamente intolleranti verso gli altri che ci occupano la sanità, da quelli che sono soggettivamente corresponsabili del proprio male, magari perché hanno vite poco regolate, a coloro che arrivano da altre regioni.

E intanto cresce la fuga dalle regioni dove i cittadini considerano le cure di qualità più bassa, con effetti paradossali di moltiplicazione del risentimento:

- per chi va in cerca di una sanità migliore, si creano costi di trasporto, vitto, alloggio, di assenza dal lavoro ecc. aggiuntivi rispetto a spese sanitarie propriamente dette. Sono costi in capo a pazienti e familiari accompagnatori residenti in aree dove la sanità funziona meno bene;
- per i residenti delle regioni di destinazione, le liste di attesa per talune prestazioni sono a volte più lunghe delle liste omologhe delle regioni di provenienza di pazienti in fuga. Ecco la radice materiale di una delle forme della sanità del rancore che assume la non più indicibile idea che “ognuno si deve curare a casa propria”.

B.2.2) Il rancore verso la sanità e il ruolo della politica

Rispetto al Servizio sanitario i sentimenti prevalenti sono (**Tabella 19**):

Tabella 19 – Il sentiment degli italiani verso il Servizio sanitario (val %)

<i>Nei confronti del Servizio sanitario nazionale qual è il suo sentimento prevalente e/o quale sentimento le provoca?</i>	Val %
Rabbia (liste di attesa troppo lunghe, troppi casi di malasanità ecc.)	37,8
Approccio critico, fastidio (oltre alle tasse mi tocca pagare per troppe prestazioni sanitarie, non sempre funziona con	26,8
Senso di sicurezza, protezione (pensando al rischio di ammalarmi mi capita di pensare meno male che c'è il servizio s	17,3
Positività, orgoglio (la nostra sanità è tra le migliori del mondo, è una grande conquista sociale)	11,3
Indifferenza (non ho idee in proposito, non mi interessa)	6,0
Altro	0,8
Totale	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

- rabbia per liste di attese troppo lunghe, malasanità, ecc. per il 37,8%;
- fastidio, approccio critico perché oltre alle tasse troppe sono le cose da pagare, perché non sempre funziona come dovrebbe, indicato dal 26,8%;
- senso di sicurezza, di protezione, poiché di fronte al rischio di ammalarsi pensano “meno male che il servizio sanitario esiste”, indicato dal 17,3%;
- orgoglio, positività perché la sanità italiana è comunque tra le migliori al mondo, condiviso dal 11,3%;
- indifferenza, senza idee precise sul tema, ed è il 6% a dirlo.

I più arrabbiati sono le persone con reddito fino a 15 mila euro tra i quali ben il 43,3% segnala la rabbia come sentimento prevalente verso il Servizio sanitario. La quota degli arrabbiati si riduce al crescere del reddito degli intervistati, poiché sono il 33,3% tra coloro con più di 50 mila euro di reddito. E sono molto più arrabbiati nel Sud-Isole (45,5%), rispetto alle altre macroaree.

La rabbia verso la sanità coinvolge in modo rilevante sia i ceti popolari che il ceto medio, con una sorta di alleanza del rancore verso quel che il welfare tradizionale non riesce più a dare.

Il rancore è potenziato dalle aspettative piatte sul futuro e in particolare da quelle relative al contributo che potrà arrivare dalla politica: infatti, il 63% degli italiani per la sanità non si attende alcun contributo dalla politica malgrado il nuovo contesto postelettorale poiché (**Tabella 20**):

Tabella 20 – Aspettative degli italiani sul contributo della politica per migliorare la sanità nel prossimo futuro (val %)

<i>Alla luce del nuovo quadro politico postelettorale, nel prossimo futuro ci sarà un contributo della politica per migliorare la sanità?</i>	Val %
Si	37,0
Perché siamo ad un nuovo inizio	11,2
Perché abbiamo toccato il fondo ed il peggio è dietro le spalle	16,4
Perché c'è un ricambio di classe dirigente, politica	17,9
No	63,0
Perché ci sono state troppe promesse, poco realismo e poche idee veramente valide	47,0
Perché la politica non ha più la competenza, capacità di un tempo	24,5
Perché la politica comunque conta poco rispetto ad altre cose	7,4
Totale	100,0

Fonte: Indagine Censis, 2018

- il 47% ritiene che ci sono state troppe promesse, poco realismo e poche idee veramente valide;
- il 24,5% pensa che la politica non abbia più la competenza, capacità di un tempo;
- il 7,4% è convinto che la politica conta poco rispetto ad altre cose.

Il sentiment così poco speranzoso verso la politica è trasversale a gruppi sociali e territori; a sperare di più che la situazione migliori in sanità grazie alla politica sono gli elettori del M5S (47,1%) e quelli della Lega (44,7%), tra gli elettori di Fi e Partito Democratico gli speranzosi di una sanità rilanciata dalla politica sono meno di un terzo, e tra quelli di Liberi e uguali la quota è ancora inferiore.

Un rancore verso la sanità che non è altro che un'altra forma del rancore verso la politica, giudicata inadeguata a rilanciare la buona sanità in uno dei settori cardine della vita delle persone e delle comunità.

B.3) Le disuguaglianze sanitarie in essere: disparità di salute e di vita

La lunga corsa verso il benessere che ha caratterizzato la vicenda italiana dal miracolo economico alla grande crisi del 2008 è stato connotato da una sorta di corsa generalizzata verso il meglio, in termini anche di qualità della vita.

Dalla crisi in poi, invece, l'attenzione generale non poteva che spostarsi sulle disparità sociali che si sono di fatto moltiplicate anche a seguito del più generale contesto di caduta economica prima e di stentata crescita poi.

E' importante rendere evidenti alcune di queste disparità che toccano aspetti quotidiani della vita delle persone, percorsi di vita e di opportunità.

La speranza di vita, ad esempio, uno dei parametri di maggior successo del nostro paese mostra un differenziale per gruppi sociali particolarmente rilevante:

- tra le donne esiste un gap di 1,5 anni tra alta e bassa scolarità a livello nazionale che diventa di 1,8 anni al Sud-Isole;
- tra i maschi il gap è addirittura di 3,1 anni a livello nazionale che diventano 3 anni al Nord-est.

Un campo di oscillazione significativo, che modifica le opportunità di vita delle persone. Il Molise è la regione in cui il divario tra alta e bassa scolarità è più alto per i maschi (+3,9 anni) e invece la Campania è quella dove il gap di speranza di vita tra alta e bassa scolarità è più alto per le donne (+2,2 anni).

La possibilità di sopravvivere a 90 anni è fortemente correlata alla disponibilità di capitale culturale ed economico poiché:

- tra le donne la sopravvivenza a 90 è pari a 44,5% per alta scolarità e 37,1% per bassa scolarità, con un gap di 7,4 punti percentuali che diventano addirittura 8,3 punti percentuali al Sud-Isole;
- per i maschi la sopravvivenza è del 27% per alto titolo di studio e 18,9% per basso titolo di studio, con un gap di 8,1 punti percentuali che salgono a 9,5 punti percentuali al Nord-Ovest.

Valle d'Aosta, Molise e Lombardia sono le tre regioni in cui è più ampio il divario di sopravvivenza a 90 anni a beneficio dei maschi con alta scolarità rispetto a quelli a bassa scolarità. Per le donne, invece, le regioni in cui il basso titolo di studio è più penalizzante come possibilità di sopravvivenza a 90 anni sono la Basilicata e la Sicilia.

Dati che introiettano disuguaglianze significative che tagliano trasversalmente i gruppi sociali e i territori: gli indicatori che tradizionalmente sono utilizzati per segnalare anche la performance finale della sanità sono ormai unidirezionali nell'indicare che le disuguaglianze sono importanti.

APPENDICE 2 - NOTA METODOLOGICA RELATIVA ALL'INDAGINE DI POPOLAZIONE E ALLE FONTI DEI DATI STRUTTURALI

L'indagine, effettuata dal 23 aprile al 2 maggio 2018 da RBM-Censis in collaborazione con la società Demetra, è stata realizzata attraverso la somministrazione di un questionario strutturato ad un campione rappresentativo di 1.000 adulti (18 anni e oltre) residenti in Italia.

Le interviste sono state condotte attraverso la tecnica mista CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) - CAWI (Computer Assisted Web Interviewing) che offre garanzia specifiche per intercettare tutte le tipologie di soggetti da intervistare, così da raggiungere la piena rappresentatività del campione

Il disegno campionario ha previsto numerosità proporzionali all'universo di riferimento stratificato secondo le seguenti variabili di tipo strutturale: classe di età (18-34 anni, 35-64 anni e 65 anni e oltre), genere e area geografica di residenza (nord-ovest, nord-est, centro e mezzogiorno). Ulteriore variabile di stratificazione è l'ampiezza demografica del comune di residenza: con comuni piccoli e medi (fino a 10.000 abitanti, da 10.001 a 30.000 abitanti, da 30.001 a 100.000 abitanti) e grandi comuni (101.000 -250.000 abitanti e oltre 250.000 abitanti).

La numerosità campionaria di 1.000 casi assicura, ad un livello di confidenza del 95% un errore campionario del +/- 3,1%. La stratificazione effettuata, inoltre, garantisce stime più efficienti rispetto al campionamento casuale semplice di pari numerosità perché l'aumento di efficienza è proporzionale alla varianza delle medie di strato (ovvero, quanto più gli strati sono omogenei al loro interno tanto più la stratificazione è efficace).

La seguente **Tabella A** indica la distribuzione del campione sulla base della variabili di stratificazioni precedentemente indicate.

Tabella A – Distribuzione del campione per le variabili di stratificazione (val. % e v.a.)

Variabili di stratificazione	%	Campione
<i>Area geografica</i>		
Nord-Ovest	25,8	261
Nord-Est	19,7	199
Centro	21,8	220
Sud e Isole	32,7	330
<i>Ampiezza del comune di residenza</i>		
Fino a 10.000	30,5	308
10.001-30.000	24,3	245
30.001-100.000	21,5	217
100.001-250.000	8,2	83
Oltre 250.000	15,5	157
<i>Età in anni compiuti</i>		
18-34	21,5	215
35-44	17,0	170
45-64	34,8	348
over 64	26,7	267
<i>Sesso del rispondente</i>		
Maschi	45,6	461
Femmine	54,4	549
Totale	100,0	1.010

Sezione 3 – CHI SIAMO

3.1 Il Rapporto RBM-Censis su Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata

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.

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

Il finanziamento dell'attività di ricerca e di analisi dei dati, come quello di produzione, stampa e divulgazione del Rapporto è **incondizionatamente** garantito da RBM Assicurazione Salute S.p.A.

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 preconette 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.

3.2 I Soggetti promotori



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

RBM Assicurazione Salute assicura oltre 120 Fondi Sanitari Integrativi e Casse di Assistenza operanti in Italia con circa 7.000.000 assistiti ed una raccolta premi di 550 milioni di euro.

RBM Assicurazione Salute ha il proprio Headquarter in Veneto ed è Main Sponsor della squadra di basket maschile di serie A1 Umana Reyer Venezia.

Nel 2018 RBM Assicurazione Salute, è stata premiata come Eccellenza dell'Anno nell'Assicurazione Salute (Premio Internazionale Le Fonti), per essere un indiscusso leader nella assicurazione salute con una crescita a due cifre nella raccolta premi. Per aver puntato sullo sviluppo di soluzioni assicurative e gestionali per il Welfare Integrativo grazie all'introduzione, prima in Italia, di un modello globale di digital insurance con i dispositivi iHealth.

Per il quarto anno consecutivo come Miglior Compagnia Salute nello Sviluppo delle Polizze Malattia (Italy Protection Awards) e il premio Insurance & Previdenza Elite nella categoria per l'innovazione delle coperture sanitarie collegate ai fondi sanitari e ai contratti di categoria (MF-Milano Finanza). Nel 2017 per il terzo anno consecutivo come Miglior Compagnia nell'Assicurazione Sanitaria dell'anno (Pensioni & Welfare Italia); ha ricevuto anche il premio come Miglior Campagna Prodotto con Servizio Sanitario Personale (MF-Milano Finanza). Nel 2016 ha conseguito il riconoscimento di Miglior Campagna Prodotto con RBMTUTTOSalute!2.0 (MF-Milano Finanza), nel 2015 come Eccellenza dell'Anno nell'Assicurazione Salute (Premio Internazionale Le Fonti) e come Top Investor nel Ramo Salute (MF-Milano Finanza), Excellence of the Year in the Health Insurance for Italy (IAIR Awards).



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

BIBLIOGRAFIA

- *I Rapporto RBM - Censis sulla sanità Territoriale, Secondo Pilastro Sanitario e Bilateralità Territoriale nella Prospettiva della Riforma del Titolo V della Costituzione, 2017, ISBN 978-88-941528-1-4*
- *II Rapporto RBM - Censis sulla sanità Pubblica, Privata ed intermediata – I Fondi Sanitari tra Integrazione, Sostituzione e Complementarietà, 2013, ISBN 978-88-941528-2-1*
- *III Rapporto RBM - Censis sulla sanità Pubblica, Privata ed intermediata - Sanità, previdenza e assistenza. Prospettive evolutive per il welfare integrativo, 2014, ISBN 978-88-941528-5-2*
- *IV Rapporto RBM - Censis sulla sanità Pubblica, Privata ed intermediata - Costruire la nuova sanità integrativa, 2015, ISBN 978-88-941528-8-3*
- *V Rapporto RBM - Censis sulla sanità Pubblica, Privata ed intermediata - Oltre l'attuale welfare integrativo. Rinnovare la previdenza complementare e la sanità integrativa, 2016, ISBN 978-88-941528-4-5*
- *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, 2017, ISBN 978-88-941528-7-6*
- *VII Rapporto RBM - Censis sulla sanità Pubblica, Privata ed intermediata - Il Sistema Sanitario in Italia: come coniugare Sostenibilità, Equità e Promozione della Salute, 2018, ISBN 978-88-941528-3-8*
- *Sanità, Previdenza ed Assistenza: nuovi modelli per assicurare e gestire le forme di Welfare Integrativo – Marco Vecchiatti*
- *Analisi delle Soluzioni Assicurative per l'Assistenza Sanitaria Integrativa – Marco Vecchiatti*
- *Rapporto Curiamo la corruzione - Transparency International Italia in partnership con Fondazione Censis, Ispe-Sanità e Rissc, 2016*
- *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e del sistema socio-sanitario - MEF*
- *Rapporto Ermeneia Ospedali e Salute 2009 - Ermeneia - AIOP*
- *The Managed Health Care Handbook - Peter R. Kongstvedt*
- *Relazione degli Amministratori al Bilancio 2009 - Previmedical S.p.A.*
- *Legal and ethical implications of health care provider insurance risk assumption - Cox, T.*
- *La tutela della salute e il ruolo della Corte dei conti: le spese pubbliche in materia sanitaria - Corte dei Conti*
- *Le proposte del settore assicurativo per un sistema sanitario più efficiente - Position Paper ANIA, 2014*
- *Rapporto OASI 2013 - Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano– CERGAS Bocconi, 2013*
- *I consumi privati in sanità - Rapporto OASI 2014 - CERGAS Bocconi, 2014*
- *Consumi pubblici e consumi privati nel futuro della sanità – Sintesi del rapporto annuale OCPS 2013 – SDA Bocconi, 2013*
- *Quale futuro per le risorse in sanità? Quale sanità dopo i tagli? - Fondazione Censis*
- *Federalismo e fondi sanitari integrativi: un modello italiano di “big society” - I. Mastrobuono*
- *Uno sguardo al futuro del Servizio sanitario nazionale; alcune proposte di intervento - I. Mastrobuono*
- *Le esperienze Europee e i processi di modificazione degli schemi di protezione: i fondi sanitari integrativi verso dove? - G.Labate*
- *Il nuovo welfare in transizione: dalla protezione pubblica al mercato sociale - C. Collicelli Fondazione Censis*

- *The value of providers network and the role of out of network charges in rising health care cost: a survey of charges billed by out of network physicians - America's Health Insurance Plans*
- *Servizi alla persona in sanità: il trade-off efficienza-equità, F. Spandonaro, G. Morelli*
- *The Welfare State in Historical Perspective - Asa Briggs, 1961*
- *45° Rapporto sulla situazione sociale del Paese/2011 - Fondazione Censis*
- *IX Rapporto CEIS-CREA SANITÀ, 2009*
- *XIII Rapporto CEIS-CREA SANITÀ, 2017*
- *Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care - Part A, Health Insurance Association of America*
- *Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: 13 buone ragioni per i fondi aperti del welfare - F. Pammolli, N.C.Salerno*
- *Corporate Welfare Luiss Business School (Atti): Soluzione Gestionali per il Welfare Contrattuale – M. Vecchiotti, 22 maggio 2012*
- *Relazione degli Amministratori al Bilancio 2010, 2011, 2012, 2013 - Previmedical S.p.A.*
- *Managed Care Programs -National Library of Medicine.*
- *Health Insurance Terminology - Health Insurance Association of America*
- *Scenari evolutivi per la Sanità Integrativa – Marco Vecchiotti*
- *The Factors Fueling Rising Healthcare Costs 2006, report prepared by Price Waterhouse Coopers for America's Health Insurance Plans*
- *Munich Health: Pioneering Global Health Care - Birgit Rummel*
- *Power, Politics, and Universal Health Care: The Inside Story of a Century-Long*
- *Battle - di Stuart Altman, David Schactman e Senator John Kerry*
- *Il ruolo della sanità integrativa nel Servizio Sanitario nazionale - Fondazione Censis 2011*
- *Istat, Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile (Posas) – Eurostat, Demography*
- *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, Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà, ISTAT, 2016*
- *Istat, Indagine Multiscopo, “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari”*
- *Istat, Conti economici nazionali*
- *Istat, Conti economici regionali*
- *Istat, Conti economici regionali, Comunicato stampa, 28 settembre 2010*
- *Istat, I conti nazionali secondo la nuova classificazione delle attività economiche, Comunicato stampa, 19 ottobre 2011*
- *Istat, Condizioni di vita, reddito e carico fiscale delle famiglie, 2016*
- *Istat, Spese per consumi delle famiglie, 2016*
- *Istat, Il futuro demografico del Paese, 2017*
- *Istat, Il sistema dei conti della sanità per l'Italia, 2016*
- *TUTTASALUTE!: La soluzione globale per l'assistenza sanitaria - RBM Assicurazione Salute S.p.A.*
- *Begg D., Fisher S., Dornbusch R. 2001, Economia. Milano: McGraw-Hill*
- *Dirindin N., Vineis P., 2004, Economia Sanitaria. Bologna: Il Mulino*
- *Edwards N., Hensher M., Werneke U., 1998, “Changing hospital systems” in Saltman RB.,*
- *Figueras J., Sakellarides C., Critical challenges for health care reform in Europe, Buckingham: Open University Press Enthoven A.C.,*

- 1985, *Reflections on the Management of the National Health Service*. Londra: Nuffield Provincial Hospitals Trusts.
- 2002, *Introducing forces into health care: a tale of two countries*, Paper presentato alla "Fourth Conference on Health Economics", Paris Fattore G.
- 1996, "Sistemi di competizione amministrata in sanità", *Mecosan* (16)
- 1999, "Clarifying the scope of Italian NHS coverage. Is it feasible? Is it desirable?", *Health policy*, 50: 123–142
- Le Grand J., Bartlett W., 1993, *Quasi-markets and Social Policy*. London: Macmillan
- Lega F. Longo F., 2002, "Programmazione e governo dei sistemi sanitari locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto", *Mecosan* (41) 9-21
- Mapelli V., 2002, *Lo Stato non conosce i modelli regionali*, *Il sole 24 ore*, 4 febbraio
- McKee M., Bojan. F., 1998, *Reforming public health services*. Figueras.J. Saltman R.A., Sakellarides C. (ed.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press
- Mellet H., Williams J., 1996, *Accountability an the accounting regime in the public sector. Some messages from NHS*. *International Journal of Public Sector Management*. 9, (1), pp. 61-70
- Mittone L., 1996, "Razionalità limitata e servizio del medico di base: un'analisi della riforma dei quasi-mercati", *Mecosan* (19): 12-22
- Mougeot M. (a cura di), 1999, *Régulation du système de santé*, Paris: La documentation française
- Reviglio F., 1999, *Sanità. Senza vincoli di spesa?*, Bologna:Il Mulino
- Ruggeri A., 1996, "L'evoluzione di sistemi sanitari in Italia", *Mecosan*, Supplemento, n. 18, 15-32
- Saltman R.A., Sakellarides C. (a cura di), 1998 (ed.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, Buckingham: Open University Press
- Savas S., Sheiman I., Trgakes E., 1998, *Contracting models and provider competition*. In Figueras.J., Saltman R.A., Sakellarides C. (a cura di) (ed.), *Critical*
- Salvatore Russo, 2004, *Dispensa di Economia delle Aziende Sanitarie*
- Nebo Ricerche PA, 2018, "Rapporto MEV(i) Mortalità Evitabile (con intelligenza)"
- Nebo Ricerche PA, 2017, "Rapporto MEV(i) Mortalità Evitabile (con intelligenza)"
- *L'innovazione nell'assicurazione salute*, OCPS Osservatorio Consumi Privati in Sanità - SDA Bocconi, 2016
- *Rapporto Osservatorio Nazionale Screening*, 2016
- World Health Organization - Global Health Observatory data repository. <http://www.who.int/gho/en/>
- 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>
- OECD Health Data <https://data.oecd.org/> <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>
- *Ospedali & Salute 2016 Rapporto annuale Aiop/Ermenia*
- *Ospedali & Salute 2017 Rapporto annuale Aiop/Ermenia*
- *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>
- Keehan, S.P., Kuckler, G., Sisko, A.M., et al. (2012). *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)*
- Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/index.html>

- Curtis LJ, MacMinn WJ(2008). *Health care utilization in Canada:twenty-five years of evidence Canadian Public Policy*, 34(1):65–87
- Chevreul K et al. (2010)
- *France: health system review. Health Systems in Transition*, 12(6):1–291. Department of Health (2000)
- *Shaping the futureNHS: long term planning for hospitals and related services. London*
- van Doorslaer E et al. (2006) *Unequal access to medical care in the OECD countries Canadian Medical Association Journal*, 17:177–183
- Harrison MI, Calltorp J (2000)
- *The reorientation of market-oriented reformsin Swedish health care Health Policy*, 50:219–240
- BilesB,ArnoldG,GutermanS(2011)
- *Medicare Advantage in the era of health reform: progress in leveling the playing field, Issue brief*
- *The Commonwealth Fund* Wagstaff A. (2009)
- *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD. Policy Research Working Paper 4821*
- *The World Bank Development Research Group Human Development and Public Services Team Rice, T., P. Rosenau, L. Y. Unruh et al. (2013) United States of America: Health System Review, Health Systems in Transition*, 15(3):1–431
- Anell, A., Glenngård, A.H., Merkur, S (2012)
- *L'evoluzione dei Sistemi Sanitari Nazionali a confronto – Ricerca LUISS – AIOP Giovani*
- *Sweden: Health System Review, Health Systems in Transition*, 14(5):1–161 Organization for Economic Co-operation and Development (2014). OECD.Stat (database)
- DOI: 10.1787/data-00285-en, accessed Oct. 6, 2014
- Busse, R., and M. Blümel (2014).
- *Germany: Health System Review. Health Systemsin Transition*, 16(2):1–296
- *NHS Choices (2013)*
- *Annual Report 2012/13 National Audit Office (2013)*
- *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>
- *UNISON evidence, The public service union* <https://www.unison.org.uk/>
- *DHCorporate Plan 2014-2015,June 2014, GovernanceUnit;*
- *Department of Health, UK NHS England* <https://www.england.nhs.uk/ourwork/> *Five Year Forward View (2014).*
- *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), Sen. Luigi D’Ambrosio Lettieri e Sen. Nerina Dirindin, Gennaio 2018*
- *Rapporto Osservasalute 2017 – Stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane, 2018*
- *Statistiche sulle dichiarazioni fiscali - Analisi dei dati Irpef, anno d’imposta 2015, MEF Dipartimento delle Finanze, 2017*
- *Statistiche sulle dichiarazioni fiscali - Analisi dei dati Irpef, anno d’imposta 2016, MEF Dipartimento delle Finanze, 2018*
- *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, Banca d’Italia, 2018*
- *Newsletter Ufficio Studi ANIA, Anno XIV, n. 4, 2018*
- *EY, L’assicurazione Salute in Italia, 2017*
- *Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali, Prof. Alberto Brambilla-Dott. Paolo Novati, Un’analisi delle dichiarazioni Irpef e Irap per totali, tipologia di contribute e territoriale, 2016*
- *Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali, CreaSanità, 2018*
- *Isabella Mastrobuono, La grande sfida della cronicità, 2018*
- *Ministero della Salute, Rapporto annual sull’attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2016*

- *NNA Network Non Autosufficienza, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia – 6° Rapporto 2017/2018 – Il tempo delle risposte, 2017*
- *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Istat, Inps, Inail e Anpal, Il mercato del lavoro. Verso una lettura integrate, 2017*
- *CERM, Fabio Pammolli, Nicola C. Salerno, Working paper 3, 2011, Le proiezioni della Spesa Sanitaria SSN – SaniMod 2011-2030*
- *Dipartimento Welfare e Salute Lega Nord, Fabio Rizzi, Informazioni generali sui servizi sanitaria di alcuni Paesi europei, con particolare riferimento ai ticket, 07/08/2013*



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. 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, non risulta oggi organizzato ad affrontare queste sfide. La conferma di questa analisi viene dai fatti: la spesa sanitaria privata, infatti, continua a crescere con una progressione inarrestabile che si alimenta di anno in anno prevalentemente attraverso il mancato assorbimento dei bisogni di cura dei cittadini da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

*In questo contesto l'assenza di una sanità integrativa strutturata come “Secondo Pilastro Sanitario” non preserva affatto l'universalismo e l'uguaglianza del sistema sanitario del nostro Paese ma, anzi, mette i cittadini nella condizione di poter accedere alle cure solo in ragione della propria capacità reddituale. La spesa sanitaria di tasca propria, in altre parole, è la più grande forma di disuguaglianza in sanità e può essere contrastata solo “restituendo una dimensione sociale” alla spesa sanitaria privata attraverso un'intermediazione strutturata da parte di Compagnie Assicuratrici e Fondi Sanitari Integrativi (Forme Sanitarie Integrative). **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 un “Secondo Pilastro”, su base istituzionale (ovvero per tutti i cittadini) o almeno su base occupazionale (per tutti coloro che dichiarano un reddito imponibile), come già avvenuto in campo pensionistico***

I Governi che si sono avvicinati negli ultimi anni hanno beneficiato di condizioni politiche ed economiche idonee ad affrontare strutturalmente il nodo della sostenibilità del sistema sanitario italiano. Tuttavia l'evoluzione verso un modello multi-pilastro anche in sanità appare sempre più ineludibile anche nel nostro Paese per preservare per noi e per le future generazioni quelle caratteristiche di universalismo, uguaglianza e solidarietà che rappresentano da sempre i punti qualificanti del sistema sanitario italiano. In questa prospettiva l'auspicio è che il “nuovo” Governo sappia cogliere l'importanza di questa sfida ed abbia la capacità di valorizzare a beneficio di tutti i cittadini le importanti esperienze maturate in questo settore negli ultimi anni.