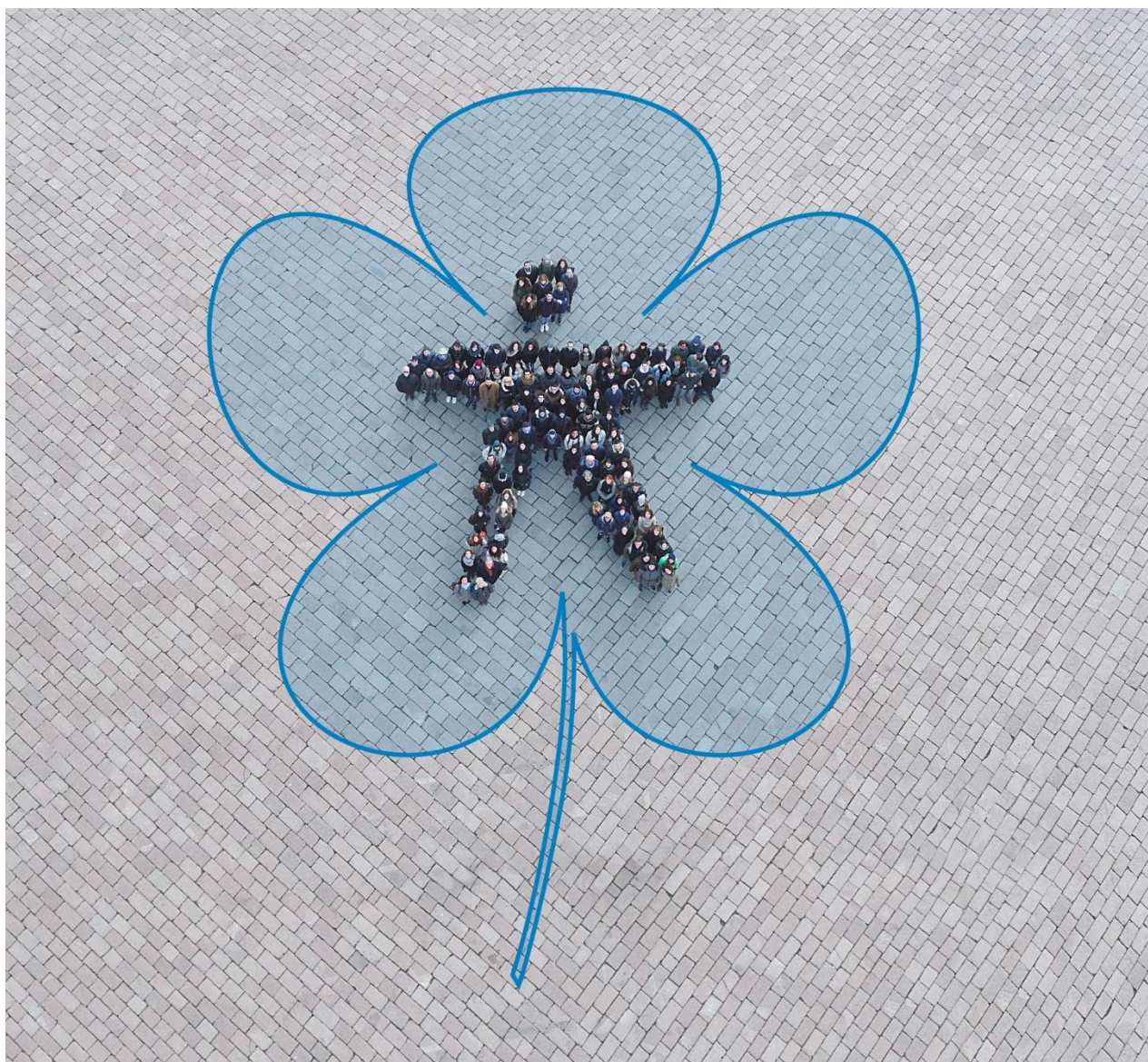


## VIII Rapporto RBM - Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata *La Salute è un Diritto. Di Tutti.*



**Summary**

*Prima edizione giugno 2018<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> Prima 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)*

*Prima edizione: Giugno 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.*

<b>PREMESSA</b>	<b>6</b>
<b>1. Il contesto</b>	<b>6</b>
<b>2. I “nuovi” bisogni di cura</b>	<b>6</b>
<b>A) IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO: UN SISTEMA “MISTO”...</b>	<b>7</b>
<b>A.1) La sostenibilità finanziaria e sociale del sistema sanitario</b>	<b>7</b>
<b>A.2) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per modalità di finanziamento</b>	<b>8</b>
<b>A.3) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per produzione di servizi sanitari</b>	<b>9</b>
<b>A.4) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per spesa sanitaria</b>	<b>9</b>
<b>A.5) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per modalità di erogazione delle prestazioni</b>	<b>10</b>
<b>B) SPESA SANITARIA PRIVATA IN ITALIA E IN EUROPA</b>	<b>11</b>
<b>C) DISUGUAGLIANZA E SPESA SANITARIA PRIVATA</b>	<b>17</b>
<b>C.1) La Spesa Sanitaria Privata per fascia di reddito</b>	<b>19</b>
<b>C.2) La Spesa Sanitaria Privata per fase della vita</b>	<b>22</b>
<b>C.3) La Spesa Sanitaria Privata per stato di salute</b>	<b>25</b>
<b>C.4) La Spesa Sanitaria Privata per professione</b>	<b>27</b>
<b>C.5) La Spesa Sanitaria Privata per territorio</b>	<b>30</b>
<b>D) IL REGIME FISCALE DELLA SANITÀ</b>	<b>34</b>
<b>E) IL SETTORE DELLA SANITÀ INTEGRATIVA</b>	<b>39</b>
<b>E.1) Sanità Integrativa: prima di tutto un po’ di chiarezza</b>	<b>39</b>
<b>E.1.1) Le Forme Sanitarie Integrative</b>	<b>40</b>
<b>E.1.2) Fondi DOC, Fondi NON DOC e regime fiscale</b>	<b>41</b>
<b>E.2) La Sanità Integrativa oggi</b>	<b>41</b>
<b>E.2.1) Diffusione della Sanità Integrativa per fascia di reddito</b>	<b>45</b>
<b>E.2.2) Diffusione della Sanità Integrativa per fase della vita</b>	<b>49</b>
<b>E.2.3) Diffusione della Sanità Integrativa per stato di salute</b>	<b>52</b>
<b>E.2.4) Diffusione della Sanità Integrativa per professione</b>	<b>55</b>
<b>E.2.5) Diffusione della Sanità Integrativa per territorio</b>	<b>58</b>
<b>E.3) Sanità Integrativa e mercato assicurativo</b>	<b>61</b>
<b>F) LE PROPOSTE DEL VIII RAPPORTO RBM-CENSIS</b>	<b>64</b>
<b>F.1) Proposte per un Sistema Sanitario più sostenibile, più equo e più inclusivo</b>	<b>64</b>
<b>F.2) Cure private: meglio i meglio il “fai da te” o meglio la Sanità Integrativa?</b>	<b>64</b>
<b>F.3) Scenari di Riforma per il Sistema Sanitario Italiano: un Secondo Pilastro Complementare</b>	<b>66</b>
<b>F.3.1) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “istituzionale” (HYPO1)</b>	<b>67</b>
<b>F.3.2) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “occupazionale” (HYPO2)</b>	<b>68</b>
<b>F.4) Per una possibile Riforma della Sanità Integrativa</b>	<b>68</b>



<b>F.4.1) I L.E.A., l'intermediazione della spesa privata e la mission delle Forme Sanitarie Integrative</b>	<b>68</b>
<b>F.4.2) Punti chiave per una Riforma efficace delle Forme Sanitarie Integrative</b>	<b>69</b>
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>70</b>
<b>APPENDICE 1 – INDICE GRAFICI SEZIONE 1</b>	<b>72</b>
<b>SEZIONE 2 – LA SANITÀ DEL RANCORE, IL RANCORE DELLA SANITÀ. SCENE DA UN PAESE DISEGUALE</b>	<b>75</b>
<b>Fondazione Censis</b>	
<b>PREMESSA - Spesa sanitaria di tasca propria degli italiani e iniquità sociale crescente: priorità ineludibile</b>	<b>75</b>
<b>A) PRIMA PARTE – Le verità elementari che lo stato di fatto racconta</b>	<b>76</b>
<b>A.1) Viene da lontano ed è qui per restare (molto) a lungo: le ragioni della crescente spesa sanitaria privata</b>	<b>76</b>
A.1.1) Incremento più intenso della spesa per consumi	76
A.1.2) Più alta quota della spesa sanitaria totale	77
A.1.3) Mai più una spesa sanitaria pubblica adeguata ai fabbisogni sanitari	78
A.1.4) L'implacabile confronto con altri Paesi	79
<b>A.2) Più spesa di tasca propria per la salute, più disuguaglianze</b>	<b>79</b>
A.2.1) Pesa di più sui redditi più bassi	79
A.2.2) Più invecchi, più spendi per la salute, più pesa sul reddito	81
A.2.3) Non solo per i residenti dei territori a più alto benessere	81
A.2.4) Perché più spesa sanitaria privata vuol dire più iniquità sociale	82
<b>SECONDA PARTE – Esperienze e valutazioni soggettive degli Italiani su accesso e spesa per la sanità</b>	<b>83</b>
<b>B.1) La sanità ingiusta</b>	<b>83</b>
B.1.1) La spesa sanitaria privata è di tutti, ma pesa di più sui meno abbienti	83
B.1.2) E il reddito familiare basta sempre meno	84
B.1.3) Il difficile accesso e i suoi effetti	85
<b>B.2) Il rancore sanitario monta</b>	<b>87</b>
B.2.1) Il rancore che vuol escludere	87
B.2.2) Il rancore verso la sanità e il ruolo della politica	89
<b>B.3) Le disuguaglianze sanitarie in essere: disparità di salute e di vita</b>	<b>90</b>
<b>APPENDICE 2 - NOTA METODOLOGICA RELATIVA ALL'INDAGINE DI POPOLAZIONE E ALLE FONTI DEI DATI STRUTTURALI</b>	<b>91</b>
<b>SEZIONE 3 – CHI SIAMO</b>	<b>92</b>
<b>1. Il Rapporto RBM-Censis su Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata</b>	<b>92</b>
<b>2. I Soggetti promotori</b>	<b>93</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>94</b>

## 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 miliardi<sup>1</sup> 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<sup>a</sup>** 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).

---

<sup>1</sup> 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 euro. 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 Euro.

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%**.

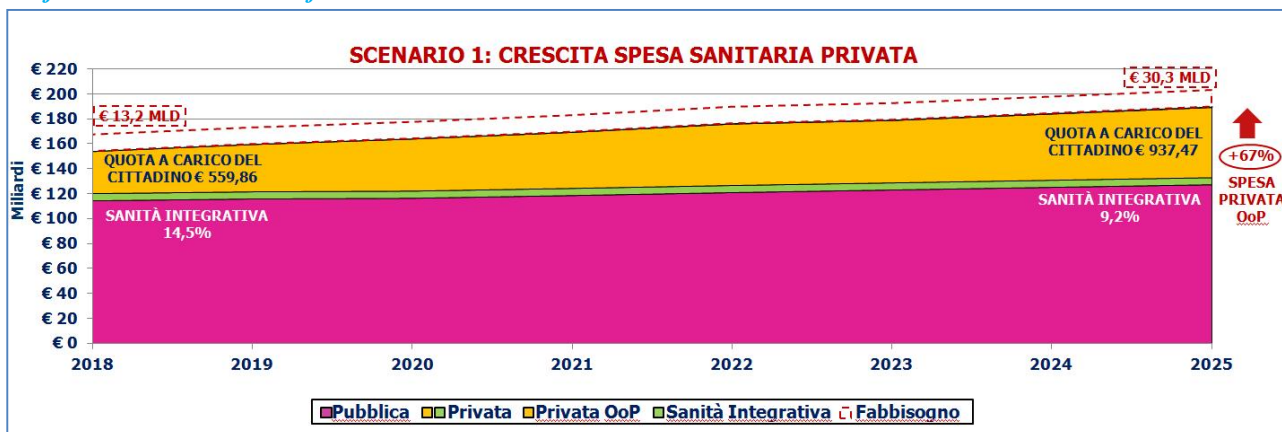
Le Spesa Sanitaria di tasca propria dei cittadini italiani risponde in grandissima parte a questo «universo in espansione» che caratterizza in generale le società occidentali ed, in particolare, i Paesi più longevi del continente europeo.

## 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.

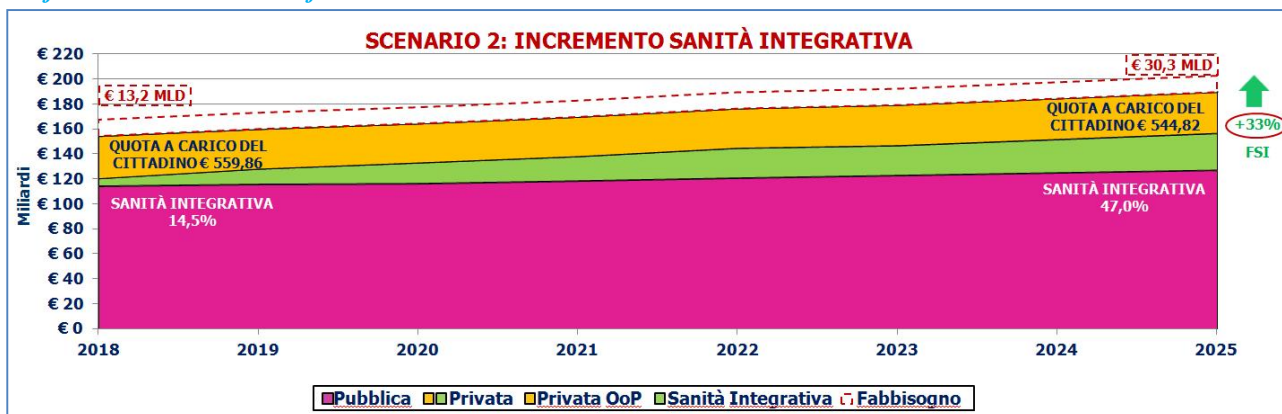
Grafico 1 – La sostenibilità finanziaria e sociale del Sistema Sanitario: Scenario 1



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 ulteriori quasi **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



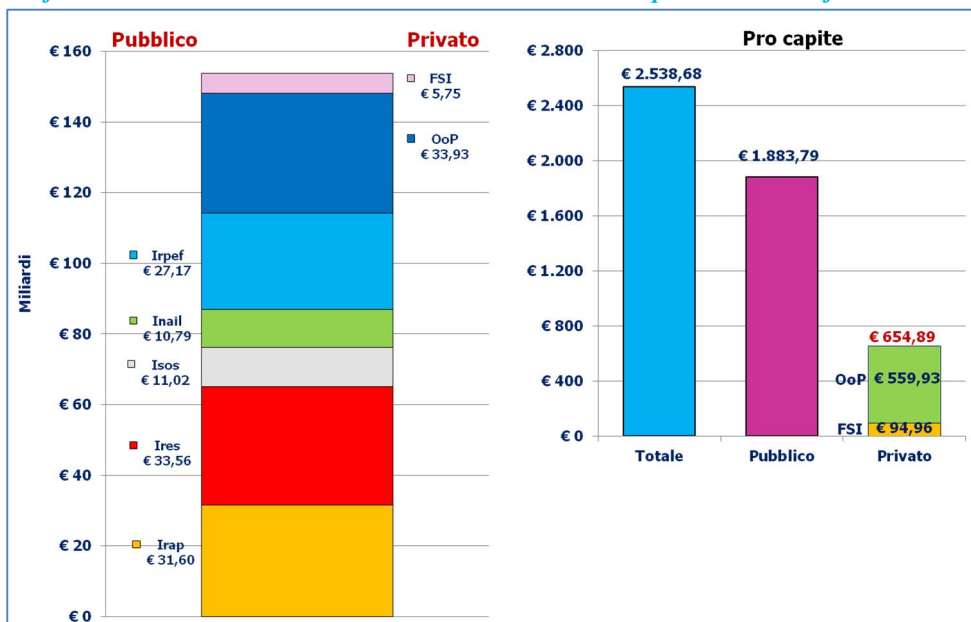
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati RGS - Corte dei Conti

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).



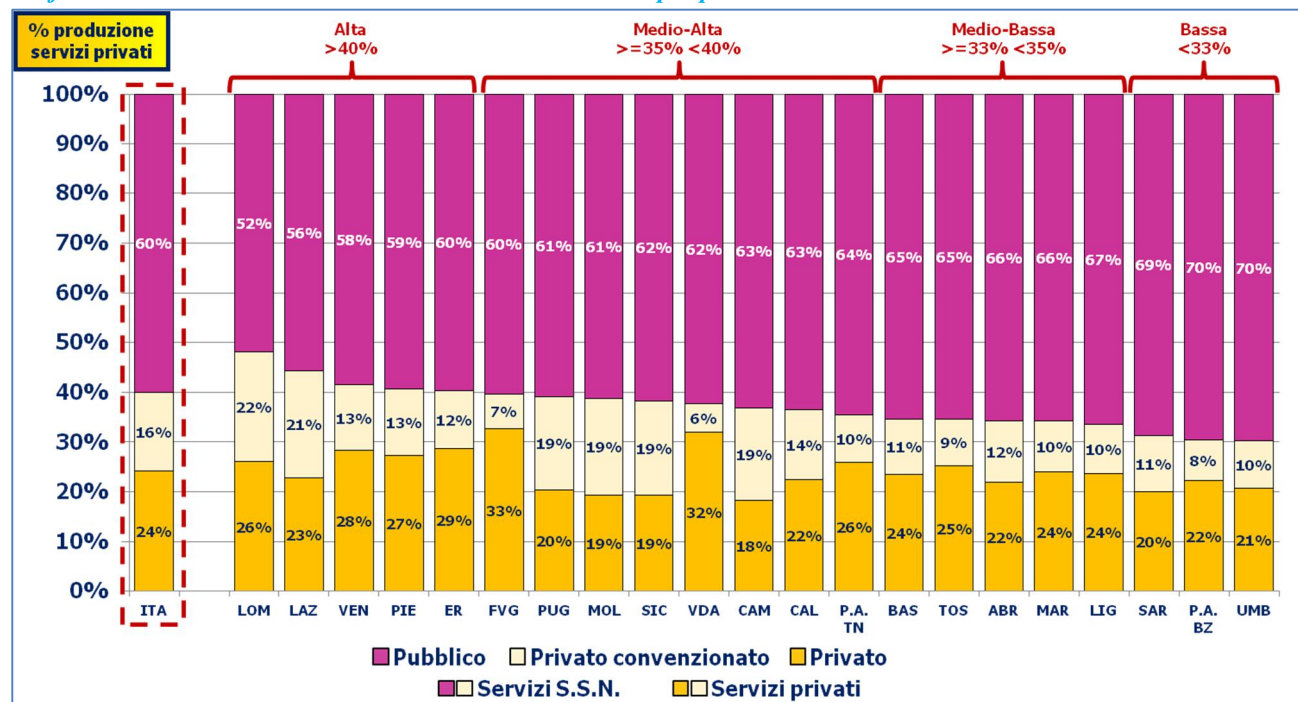
### A.3) Il Sistema Sanitario italiano: un sistema misto per produzione di servizi sanitari

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**

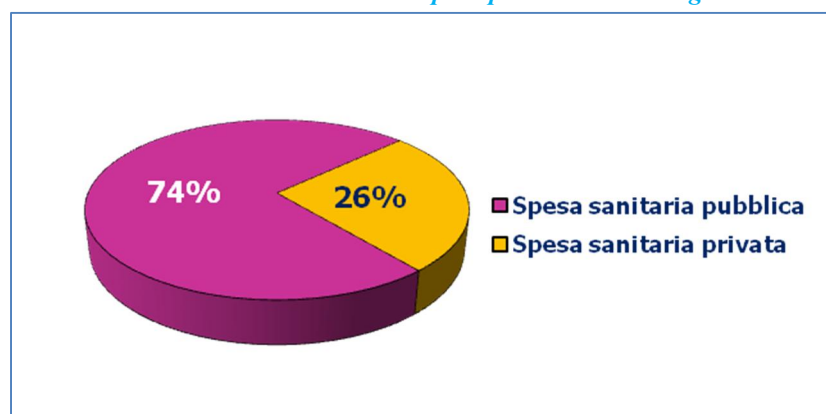


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

### 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**

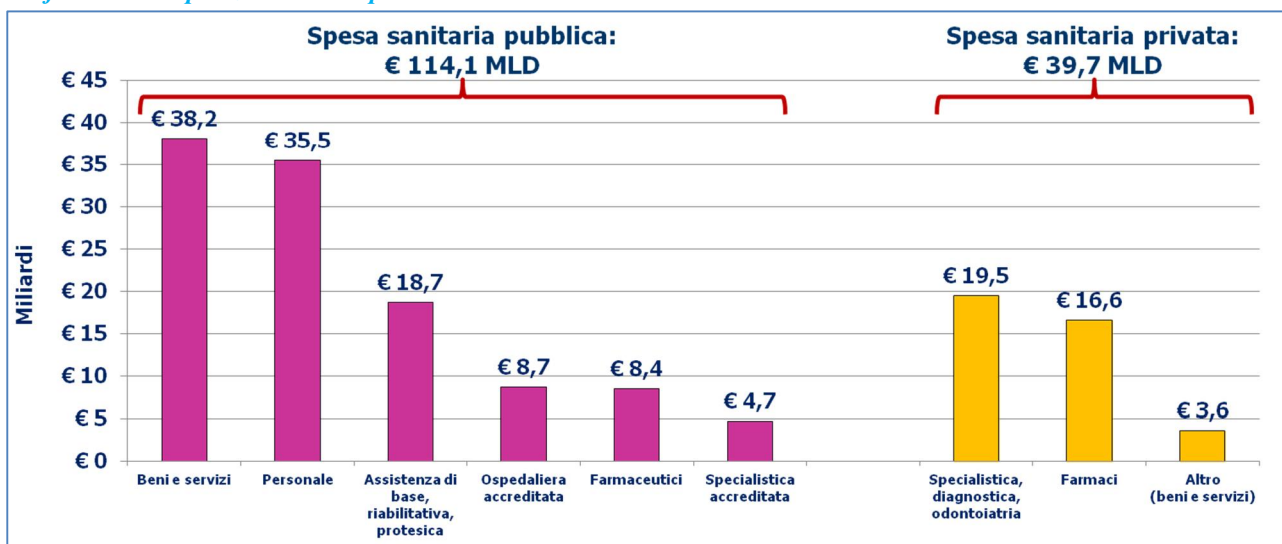


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Corte dei Conti e su dati Istat

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**

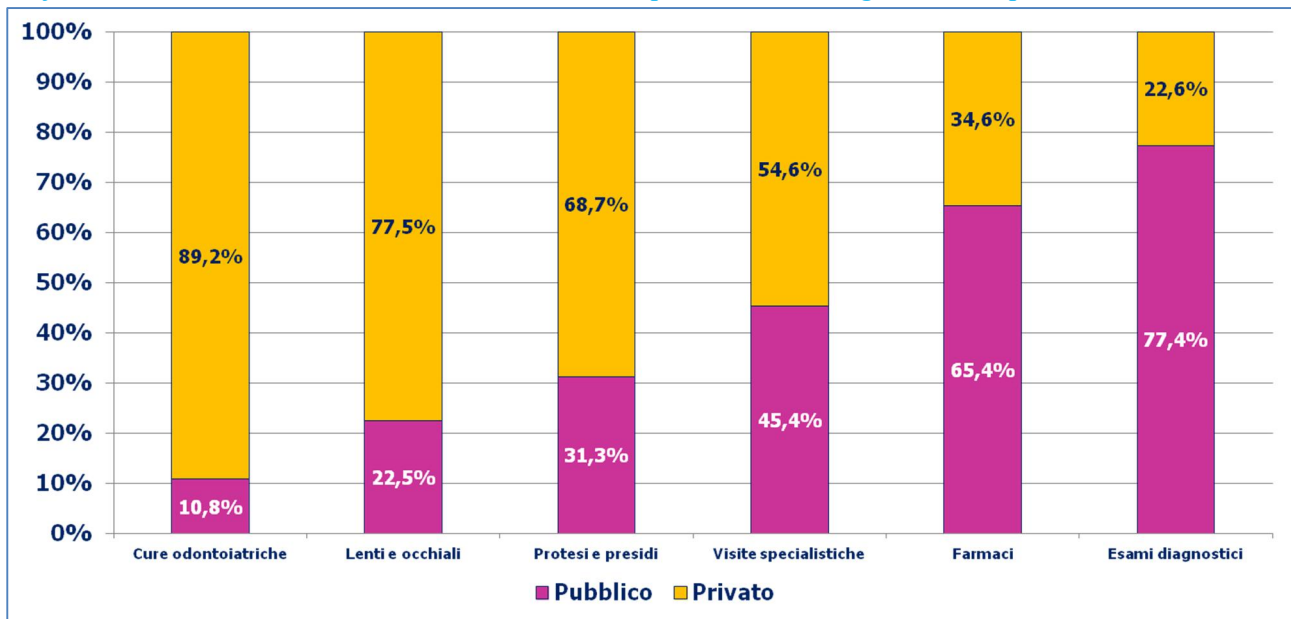


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Corte dei Conti e su dati Istat

#### 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 comunque 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



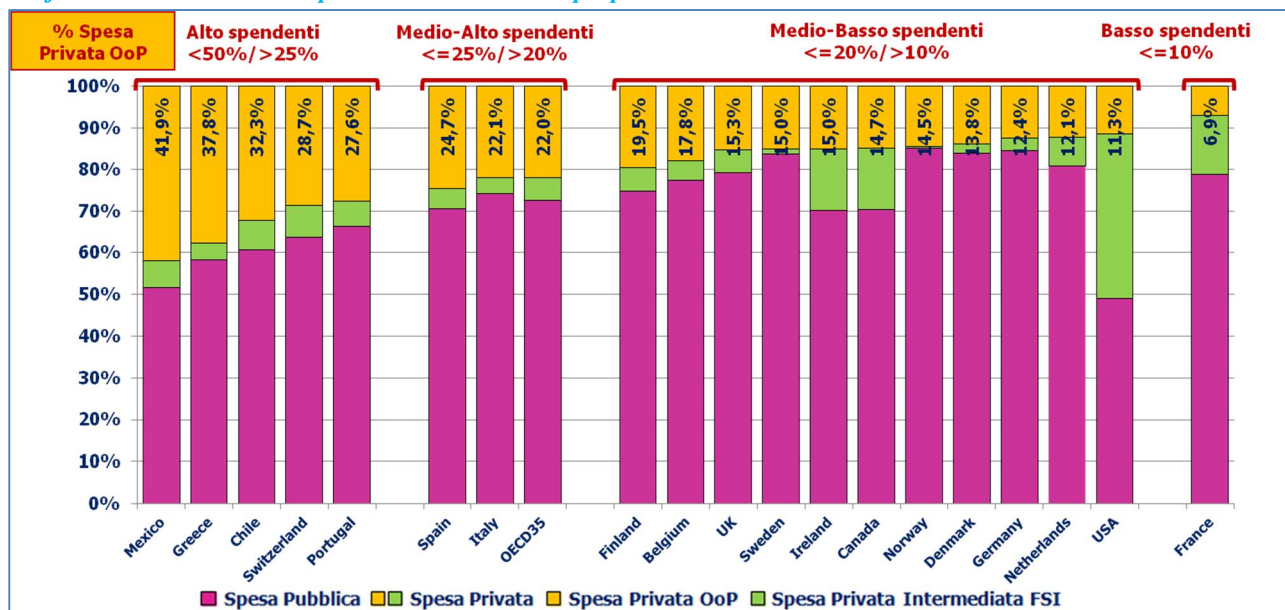
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

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**).

Grafico 8– Incidenza della Spesa Sanitaria di tasca propria Paesi OCSE

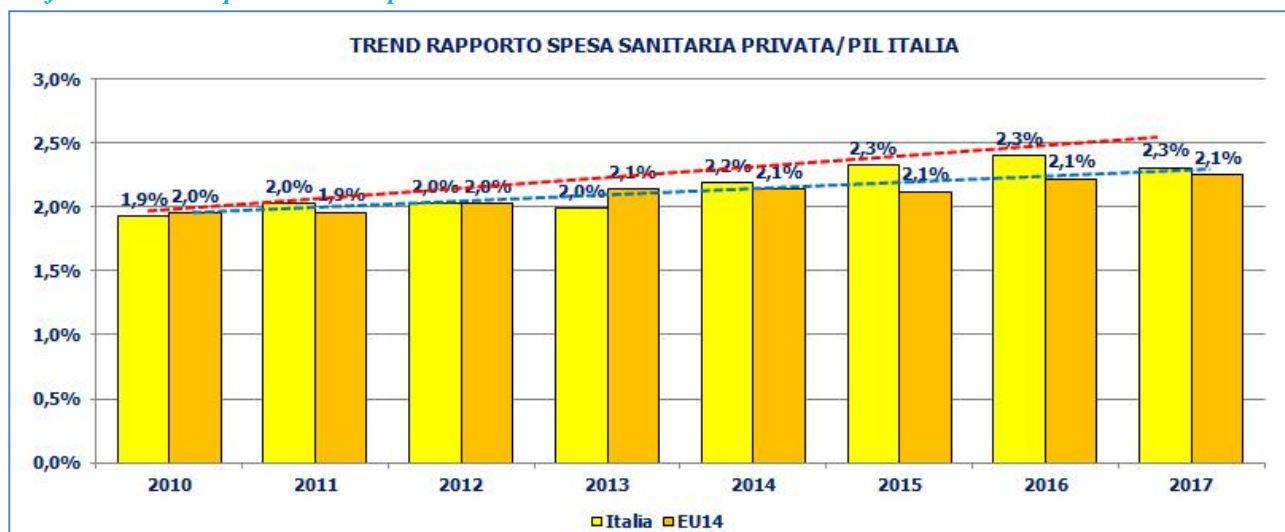


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati OECD Health Data, 2017

Il dato di maggior attenzione che emerge con chiarezza dal presente Rapporto è che non è solo il livello raggiunto dalla Spesa Sanitaria privata nel nostro Paese a dover preoccupare quanto, e soprattutto, il basso livello di intermediazione di tale spesa da parte della Sanità Integrativa (Polizze Sanitarie e Fondi Integrativi). Solo il **3,7%** della Spesa Sanitaria totale nel nostro Paese, infatti, è assicurata attraverso Forme Sanitarie Integrative con la conseguenza che il costo della Spesa Sanitaria privata grava indiscriminatamente sui redditi familiari. In questo contesto non stupisce che la quota di persone che dichiarano di aver rinunciato/differito cure di cui avevano bisogno in Italia è quasi il doppio della media UE.

Un ulteriore elemento da tenere in adeguata considerazione è il rapporto Spesa Sanitaria privata/PIL che nel 2017 nel nostro Paese si è attestato al **2,3%** rispetto ad una media europea del **2,1%**. Al riguardo bisogna considerare il *trend* di crescita della Spesa Sanitaria privata italiana che non solo risulta ben più dinamico di quello dei Paesi dell'Europa a 14, ma anche divergente, con una divaricazione sempre maggiore tra il nostro Paese e la media europea (Grafico 9).

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



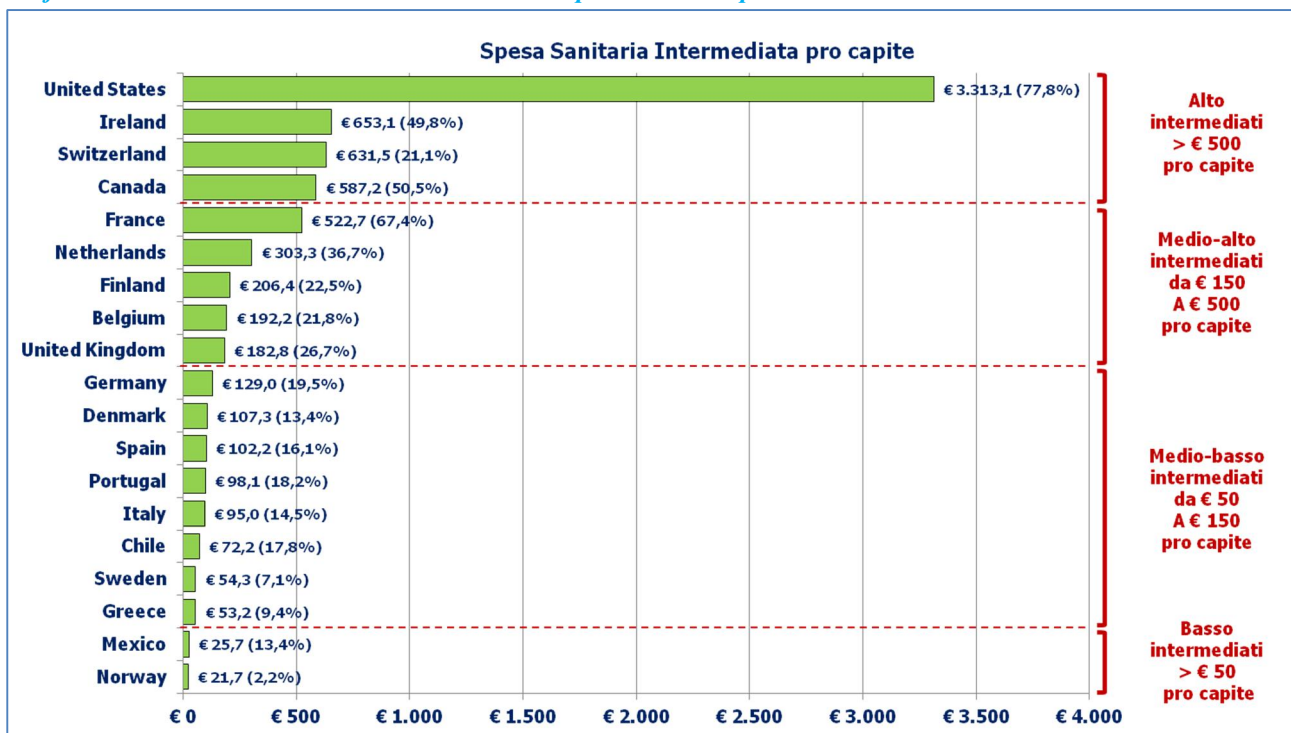
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati OECD

Attualmente nel nostro Paese Polizze Sanitarie e Fondi Integrativi intermediano una Spesa Sanitaria media di **95,0 € pro capite** contro **522,7 €** della Francia (oltre 5 volte), **183,0 €** del Regno Unito (oltre 2 volte) e **129,0**



€ della Germania (oltre 1,3 volte) (**Grafico 10**). Si tratta di un contributo piuttosto contenuto ai bisogni complessivi delle famiglie italiane che risente sia del mancato avvio di un Secondo Pilastro Sanitario a favore di tutti i cittadini sia delle limitazioni attualmente imposte al perimetro di operatività della Sanità Integrativa che prescindendo dagli effettivi bisogni degli italiani, testimoniati anche quest'anno – come già accennato – dalla progressiva crescita della Spesa Sanitaria privata si è voluto limitare alle sole prestazioni sanitarie “integrative” del Servizio Sanitario Nazionale. A quest'ultimo riguardo, peraltro non bisogna dimenticare che tale tassonomia, ripresa dalle statistiche dell'OCSE, fa riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza che – come noto – identificano esclusivamente le aree mediche nelle quali dovrebbe operare il Pilastro Sanitario Pubblico senza, tuttavia, fornire indicazioni puntuali sull'effettiva esigibilità ed accessibilità dei cittadini a tali cure.

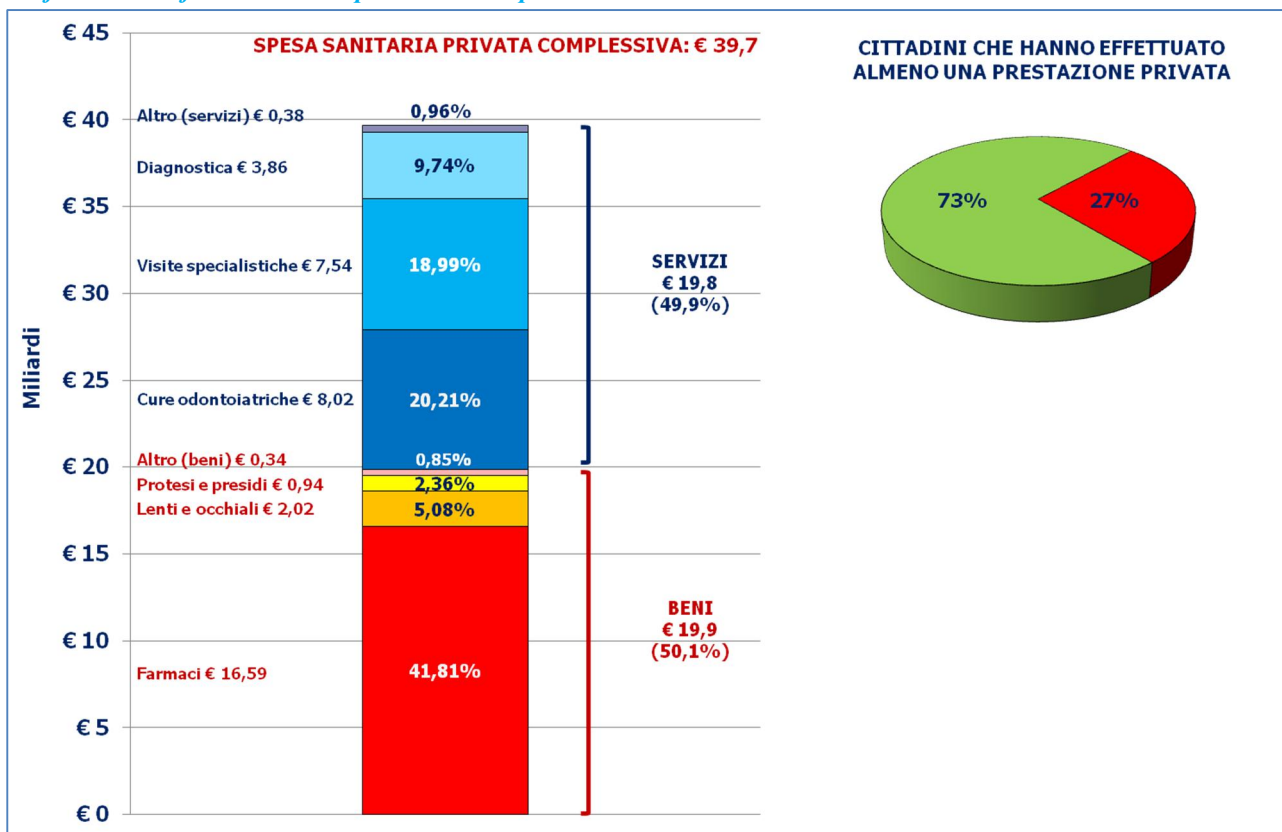
**Grafico 10 – Il caso Italia: l'intermediazione della Spesa Sanitaria privata che non c'è...**



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

Il 73% degli italiani paga di tasca propria ogni anno almeno una prestazione sanitaria. Complessivamente **19,8 miliardi di EUR** sono stati spesi in prestazioni sanitarie e **19,9 miliardi di EUR** in beni. In particolare i cittadini hanno speso di tasca propria: **17 miliardi di EUR** per l'acquisto di farmaci, oltre **8 miliardi di EUR** per cure odontoiatriche, **7,5 miliardi di EUR** per visite specialistiche, **4 miliardi di EUR** per prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio e **3 miliardi di EUR** tra protesi, presidi e occhiali (**Grafico 11**).

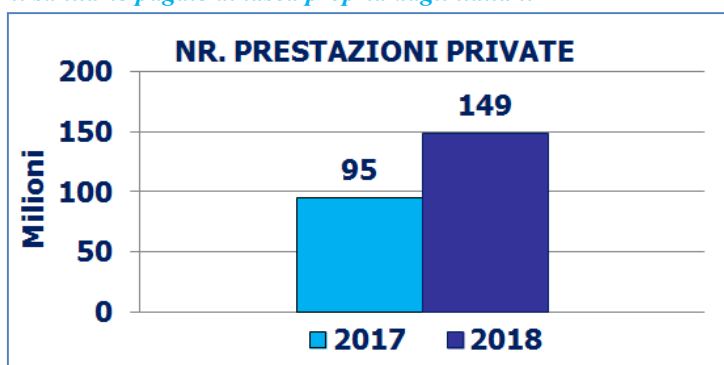
Grafico 11 – Le funzioni della Spesa Sanitaria privata



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

Nel 2018 gli italiani pagheranno di tasca propria quasi **150 milioni** di prestazioni sanitarie (ovvero erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale), con un incremento di quasi **54 milioni** di prestazioni sanitarie aggiuntive (+57%) rispetto al 2017 (Grafico 13). In termini di spesa il costo medio *pro capite* è passato da **616 €** per cittadino nel 2017 agli attuali **655 €**. Si tratta di un incremento assolutamente significativo che si inserisce, peraltro, in un *trend* di crescita assolutamente consolidato (+9,6% tra 2013 e 2017), che conferma la natura assolutamente strutturale del fenomeno.

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



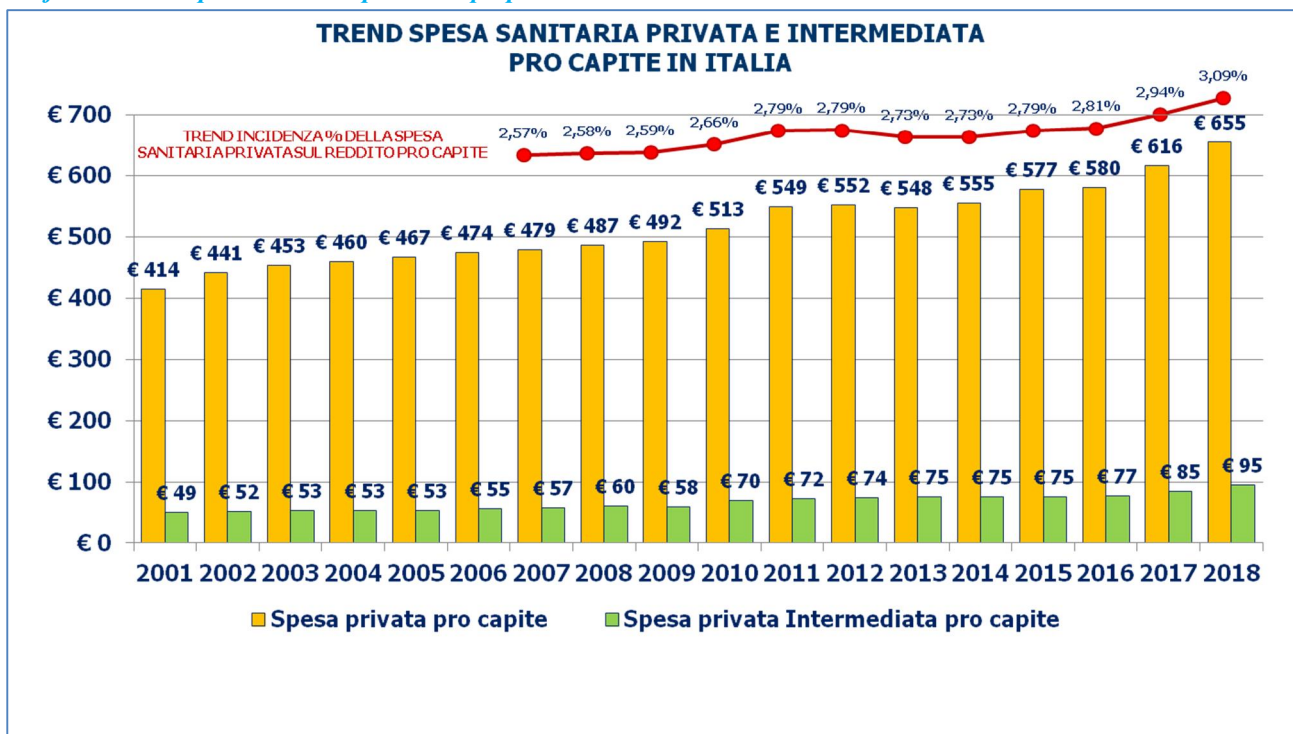
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Istat

Importante sottolineare, peraltro, che dal 2006 sia cresciuta anche l'incidenza della Spesa Sanitaria privata *pro capite* sul reddito medio *pro capite*, passando dal **2,57%** del 2006 ad oltre il **3%** nel 2018 (Grafico 13).

Dal 2016, dopo un quadriennio di sostanziale stabilità anche la Sanità Integrativa è tornata a crescere con un incremento della quota di Spesa Sanitaria intermediata dal **12,8%** (77 € *pro capite*) all'attuale **14,5%** (95 € per cittadino). Bisogna sottolineare, tuttavia, che per gli italiani già assicurati l'ammontare medio dei rimborsi erogati dalle Forme Sanitarie Integrative nella medesima annualità è stato di **433,15 €** (con un

incremento di più del **30%** rispetto all'esercizio precedente), con una copertura di oltre **2/3 (66,14%)** della Spesa Sanitaria privata.

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

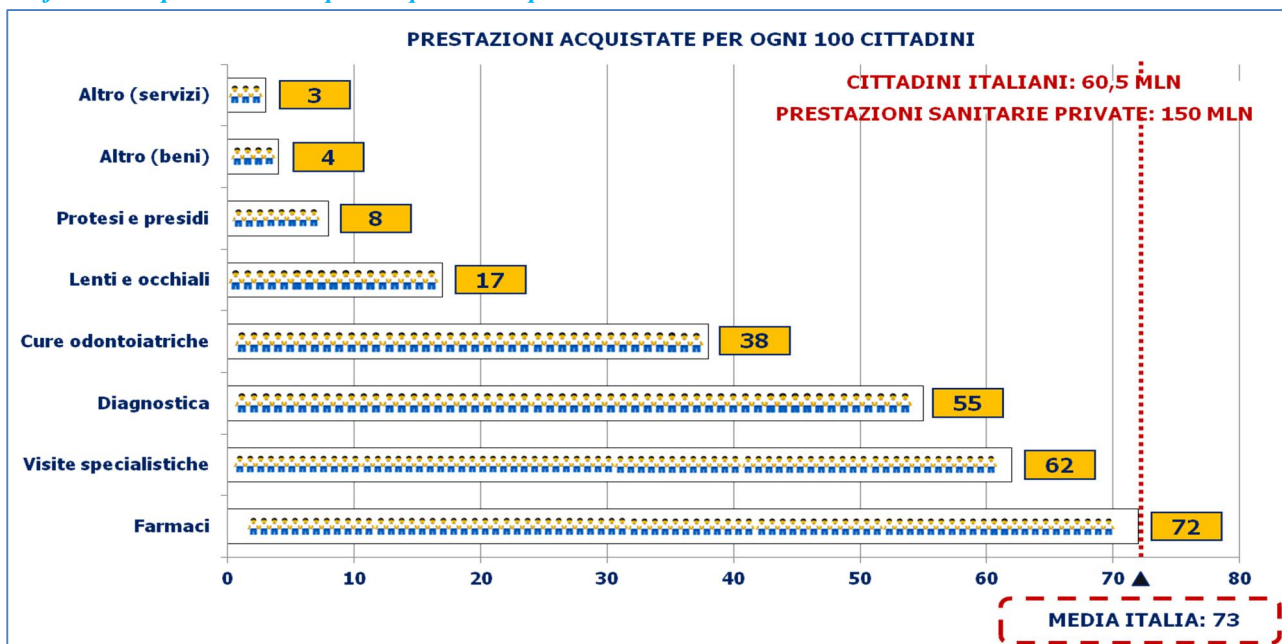


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Istat

Alla luce dei dati appena illustrati è opportuno approfondire in concreto quali sono le modalità di cura attualmente consolidate dagli italiani. Come già segnalato, infatti, l'ibridazione dei percorsi di cura è ormai uno dei dati peculiari del nostro Sistema Sanitario.

Attualmente, più di **7 italiani su 10** hanno pagato di tasca propria prestazioni sanitarie. Nello specifico **7 cittadini su 10** hanno acquistato farmaci, **6 cittadini su 10** visite specialistiche, **4 su 10** prestazioni odontoiatriche, **5 su 10** prestazioni diagnostiche e analisi di laboratorio, **2 su 10** lenti ed occhiali, **1 su 10** protesi e presidi (**Grafico 14**).

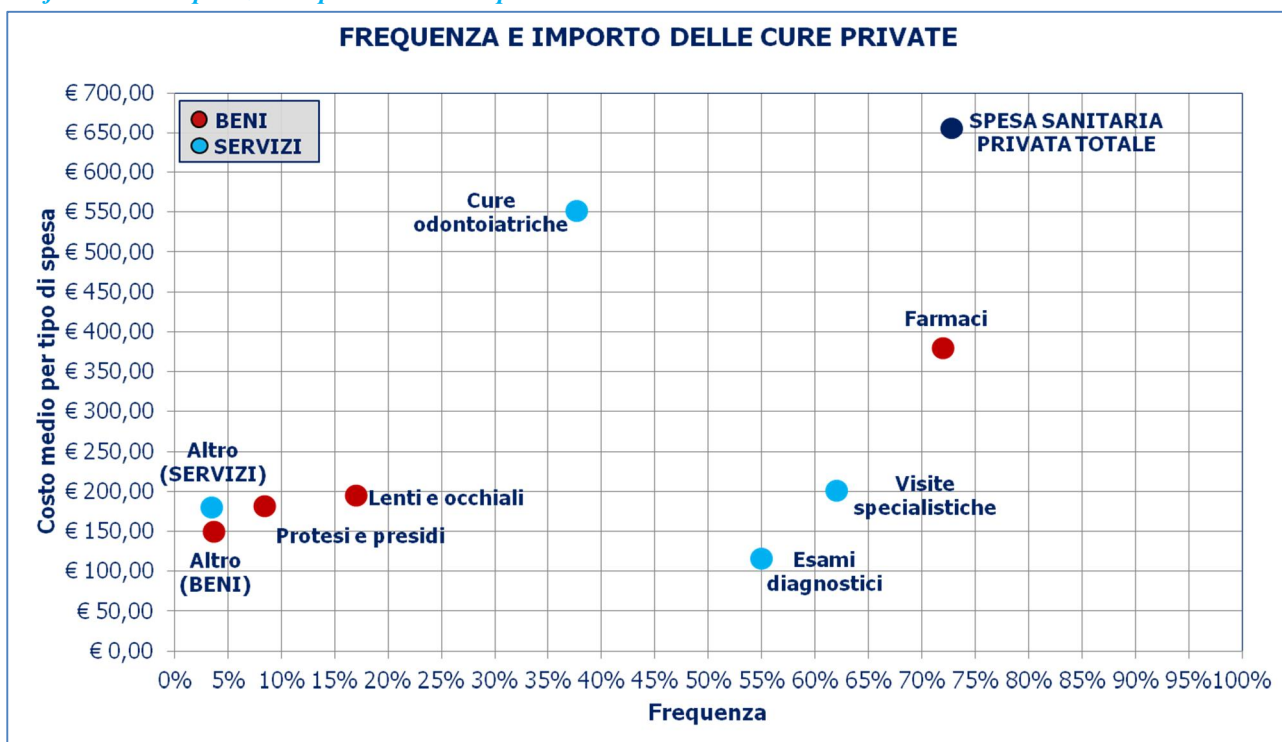
Grafico 14 – Spesa Sanitaria privata per macro prestazione



Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Eurostat, 2017

Tra le cure pagate di tasca propria dagli italiani le cure odontoiatriche si caratterizzano per il costo medio più elevato, **551 €** (Grafico 15). Le prestazioni sanitarie più frequenti pagate direttamente dai cittadini sono le visite specialistiche che presentano un costo medio di **200 €** e gli esami diagnostici con un costo medio di **115 €** ed una frequenza del **55%**. Nell'ambito dei beni sanitari di assoluta evidenza la posizione dei farmaci, la seconda voce di spesa pagata direttamente dai cittadini in termini di costo medio, **380 €**, e la prima in termini di frequenza (**72%**). Costi medi appena al di sotto di **200 €** per occhiali, protesi e presidi, ma con frequenza decisamente più contenute (rispettivamente **17%** ed **8,5%**).

Grafico 15 – Frequenza e importo delle cure private



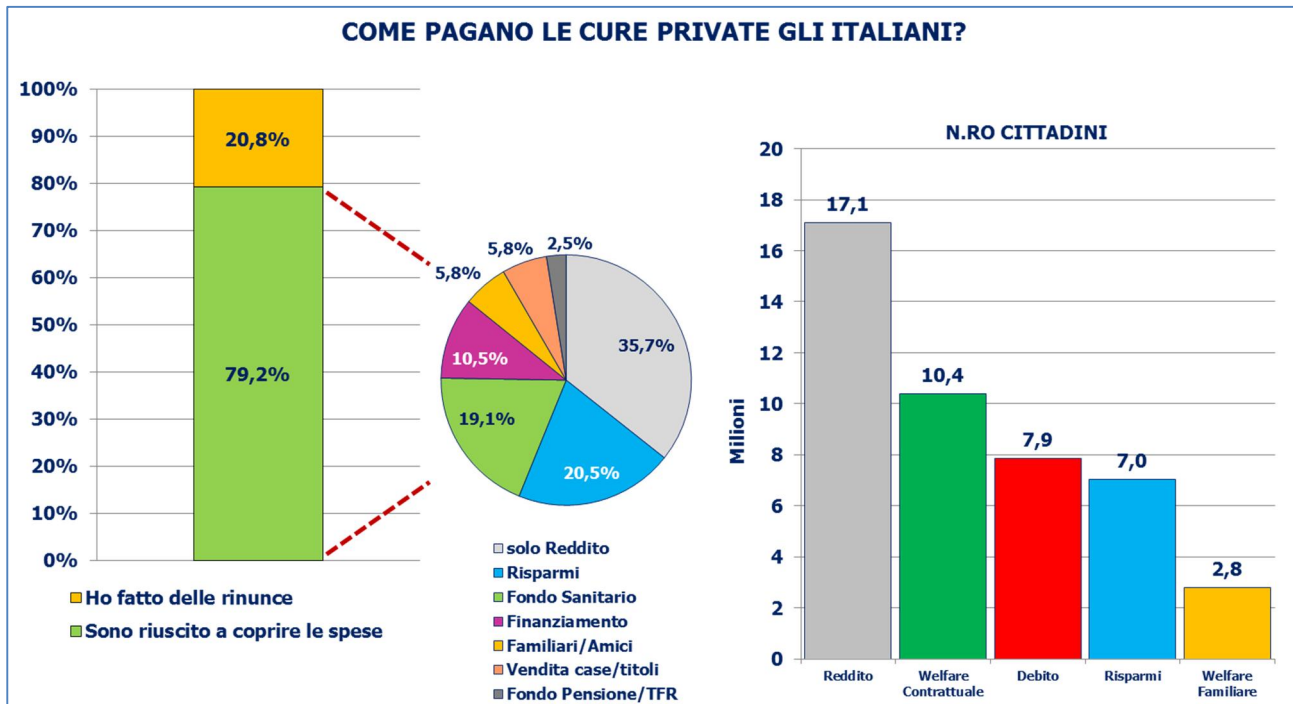
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A. su dati Istat



Nel 2017 oltre **11 milioni** di italiani hanno dovuto indebitarsi per finanziare le proprie cure, **7,8 milioni** hanno dovuto intaccare i propri risparmi e poco meno di **3 milioni** sono arrivati a vendere i propri immobili o a liquidare i propri investimenti mobiliari (prevalentemente titoli di stato) (**Grafico 16**).

Importante, in ogni caso, il ruolo in termini di supporto al reddito già svolto attualmente dal *welfare* contrattuale che ha garantito il rimborso delle cure pagate di tasca propria ad oltre **10,4 milioni di EUR** di lavoratori (**88,31%** mediante i Fondi Sanitari Integrativi e il **11,69%** attraverso Fondi Pensione/TFR).

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



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

### C) DISUGUAGLIANZA E SPESA SANITARIA PRIVATA

La vera “emergenza sanitaria” nel nostro Paese è rappresentata dalla crescita della Spesa Privata e, segnatamente, della Spesa pagata direttamente dai cittadini. La Spesa Sanitaria di tasca propria è la più grande forma di disuguaglianza in quanto mette i cittadini di fronte alla scelta “secca” tra pagare o rinunciare alle cure minando uno dei principali ancoraggi valoriali del Sistema Sanitario italiano.

La analisi condotte nel presente Rapporto convergono infatti nel confermare che la Spesa Sanitaria privata, lungi dall’essere il terreno dell’inappropriatezza “non è una cosa per ricchi”, ma anzi è fenomeno che riguarda tutte le fasce di reddito, tutti gli stati di salute ed è presente sostanzialmente a tutte le latitudini.

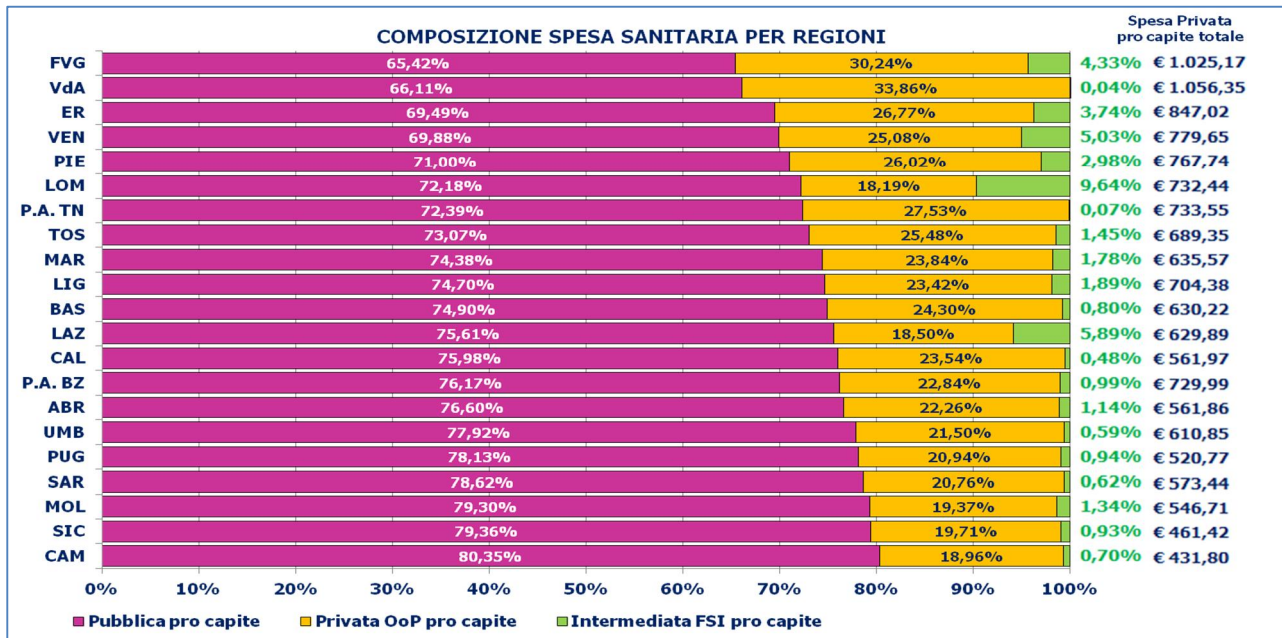
La Spesa Sanitaria privata non interessa in prevalenza i redditi più elevati. Si tratta, infatti, di un fenomeno caratterizzato da un’importante regressività: il **32%** della Spesa Sanitaria privata, infatti, ha riguardato i cittadini con reddito compreso tra 35.000 € e 60.000 € annui, il **17,58%** i redditi compresi tra 15.000 € e 35.000 € annui ed il **6,43%** i redditi inferiori a 15.000 € annui.

Più esposte, inoltre, risultano le persone in situazione di fragilità sanitaria e gli anziani. Il **58%** delle cure acquistate privatamente, infatti, riguarda i cronici, il **15%** le persone con patologie acute, per oltre il **12%** i non autosufficienti/inabili. Il costo medio *pro capite* sostenuto dagli anziani (**1.356,23 € annui**), penalizzati peraltro da situazioni reddituali mediamente meno favorevoli, è più che doppio rispetto a quello registrato per tutti i cittadini.

A livello territoriale, la Spesa Sanitaria privata non risparmia le aree economicamente meno agiate. Pagano di tasca propria le cure sanitarie, infatti, il **26%** dei cittadini delle Regioni del Sud e Isole, poco meno del **20%** di quelli del Centro, poco più del **24%** dei cittadini del Nord Est ed oltre il **30%** di quelli del Nord

Ovest. Il costo sostenuto dai cittadini per accedere alle cure presenta un forte gradiente territoriale. Si passa dagli oltre **1.000 € pro capite** di Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta a meno di **500 € pro capite** di Sicilia e Campania (**Grafico 17**). Oltre **700 € pro capite** tutte le Regioni del Nord Est, come anche la Lombardia. **630 € pro capite** il Lazio. Tutte al di sotto di **600 € pro capite** le Regioni del Sud e Isole.

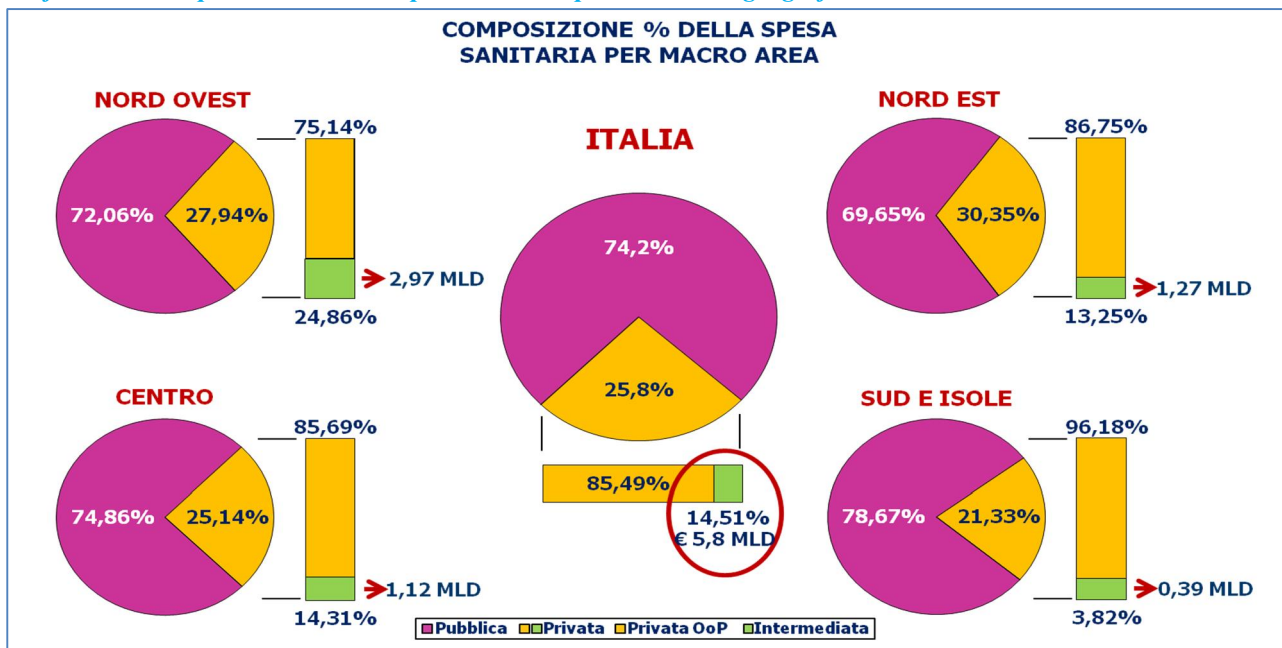
**Grafico 17 – Composizione della Spesa Sanitaria per Regioni**



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

Attualmente le Forme Sanitarie Integrative intermediano quasi **5,8 miliardi di EUR** di Spesa Sanitaria privata (**Grafico 18**). Il ruolo dei Fondi è più significativo nel Nord Ovest (oltre il **50%** della quota di spesa privata intermediata) benché la quota di spesa privata in valore percentuale sia più elevata nel Nord Est, pur a fronte della minore quota di spesa privata registrata per macroarea. Il Centro presenta un'incidenza significativa di spesa intermediata dalle Forme Sanitarie Integrative.

**Grafico 18 – Composizione % della Spesa Sanitaria per macroarea geografica**



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

In quest'ottica un Secondo Pilastro Sanitario aperto a tutti i cittadini, promosso su base territoriale attuando la potestà legislativa che in questa materia è già attribuita alle Regioni e che completi l'attuale impianto della Sanità Integrativa prevalentemente incardinato su di un modello di tipo occupazionale, potrebbe rappresentare uno strumento di grande efficacia per contenere le disuguaglianze territoriali.

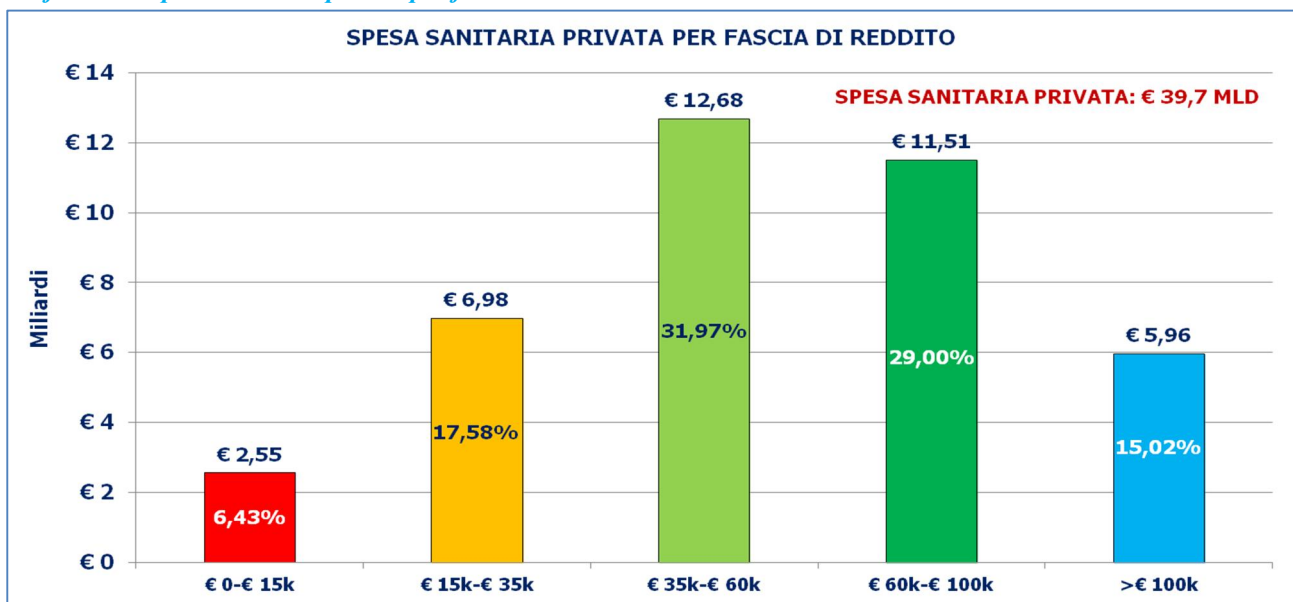
Coerentemente con l'obiettivo del presente Rapporto, già anticipato nelle premesse, di favorire un'adeguata misurazione ed una migliore conoscenza della Spesa Sanitaria privata e delle relative determinanti, i successivi paragrafi si occupano di approfondire le correlazioni tra Spesa Sanitaria privata e livelli di reddito, Spesa Sanitaria privata e fasi della vita, Spesa Sanitaria privata e rapporto di lavoro/professione e Spesa Sanitaria privata e territorio.

### C.1) La Spesa Sanitaria privata per fascia di reddito

Come già anticipato, il pagamento di tasca propria delle prestazioni sanitarie è un comportamento che coinvolge in misura significativa anche i redditi medio – bassi.

Dei **39,7 miliardi di EUR** di Spesa Sanitaria privata pagati dai cittadini italiani, poco meno di **13 miliardi di EUR** si riferiscono alle cure di cittadini con un reddito compreso tra 35.000 € e 60.000 €. Poco meno di **7 miliardi di EUR** sono pagati direttamente dai cittadini con un reddito compreso tra 15mila e 35mila Euro. **11,5 miliardi di EUR**, invece, sono spesi in sanità dai cittadini con un reddito compreso tra 60.000 € e 100.000 €. In sintesi circa il **60%** della Spesa Sanitaria privata è sostenuta dai cittadini con redditi annui inferiori a 60.000 € annui; poco meno del **25%**, invece, da quelli con redditi annui inferiori a 35.000 € (**Grafico 19**).

Grafico 19 – Spesa Sanitaria privata per fascia di reddito



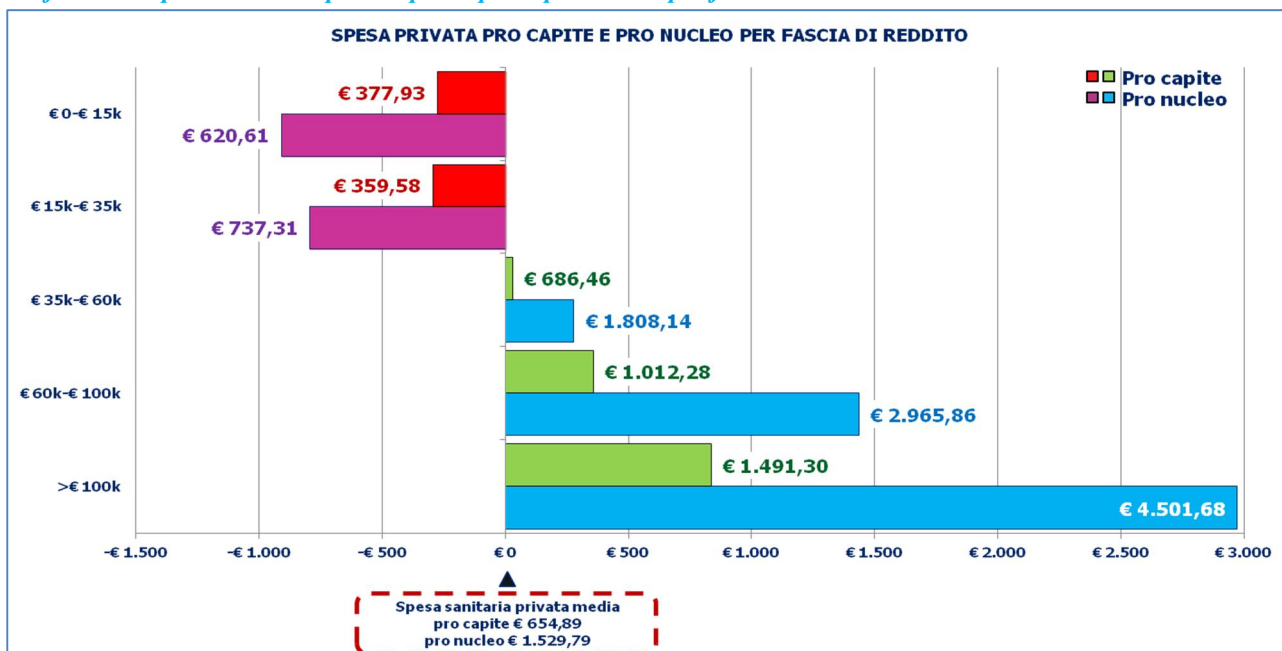
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Come già anticipato, attualmente la Spesa Sanitaria privata *pro capite* è **654,89 €**. Con riferimento ai nuclei familiari, il costo medio per le cure pagate direttamente ammonta a **1.529,79 €** per famiglia (**Grafico 20**).

Dall'analisi condotta nel presente Rapporto emergono anzitutto due importanti elementi di analisi. La Spesa Sanitaria privata *pro capite* risulta differenziata tra le diverse fasce di reddito anche per effetto della minore/maggiore capacità di spesa di ciascun cittadino (tale tendenza, tuttavia, non è confermata ad esempio nel passaggio tra la prima e la seconda fascia di reddito considerata). Si passa pertanto da un costo minimo di **359,55 € pro capite (737,11 € a nucleo)**, della fascia di reddito compresa tra 15.000 € e 35.000 €, a **1.491,30 €** della fascia di reddito superiore ai 100.000 € (**4.501,66 € a Nucleo**). Inoltre, emerge con chiarezza come anche le fasce di reddito medio-basse presentino un ammontare medio di spesa per utilizzo di prestazioni privata piuttosto rilevante. Infatti già con riferimento alla fascia di reddito inferiore a 15.000 € annui il costo medio per nucleo familiare si attesta ad **620,61 €**, per superare abbondantemente, con un costo medio pro

nucleo di **1.808,14 €**, il costo medio nazionale a partire dalla fascia di reddito medio (tra 35.000 € e 60.000 €).

Grafico 20 – Spesa Sanitaria privata pro capite e pro nucleo per fascia di reddito



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

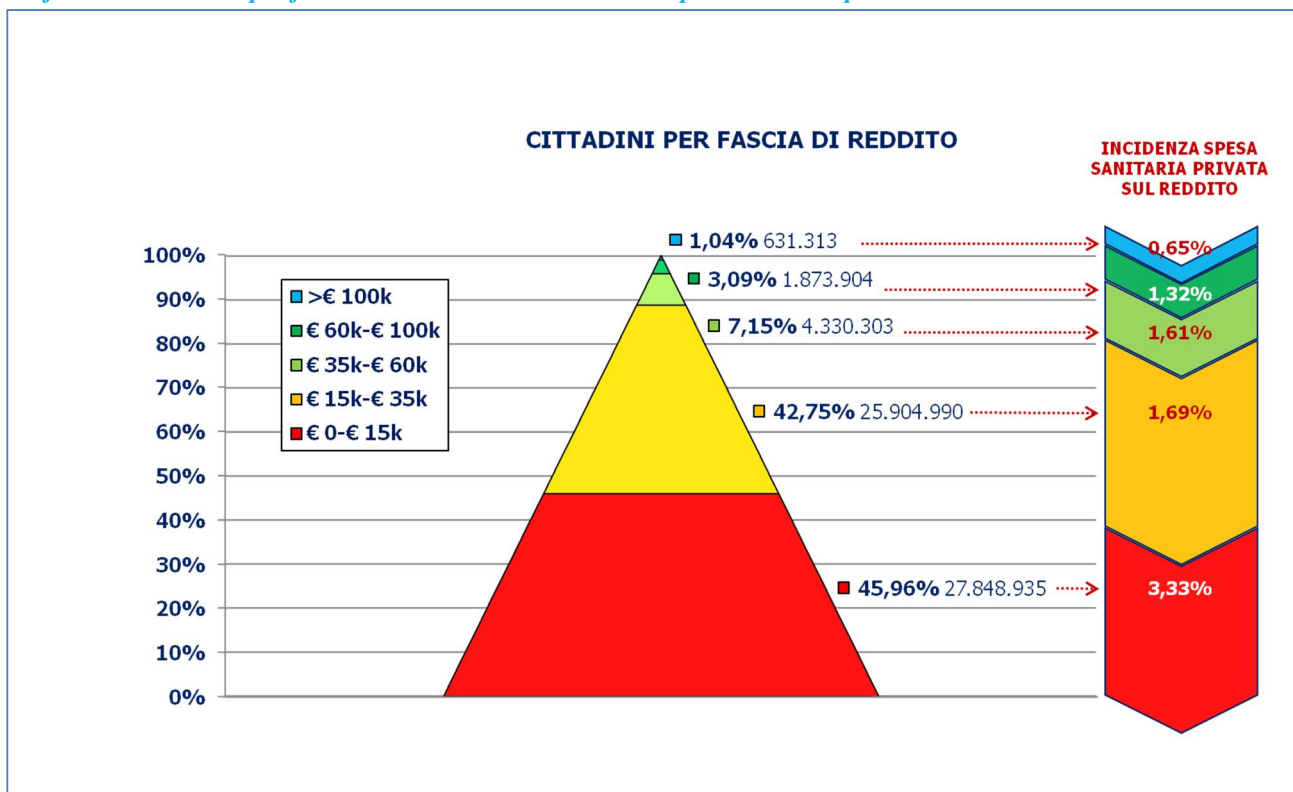
La Spesa Sanitaria privata è la spesa dei redditi medio-bassi: analizzando la distribuzione dei cittadini tra le diverse fasce di reddito e la relativa incidenza della Spesa Sanitaria privata emerge con evidenza la natura regressiva che caratterizza il ricorso al pagamento di tasca propria delle cure dal momento che al crescere del reddito l'incidenza della Spesa Sanitaria privata tende a ridursi (**Grafico 21**).

In particolare, a fronte di un'incidenza media della Spesa Sanitaria privata del **3,14%** sui redditi degli italiani, il finanziamento delle cure private assorbe il **3,33%** del reddito dei cittadini con un reddito inferiore ai 15mila Euro, il **1,69%** per i cittadini con un reddito compreso tra 15.000 € e 35.000 €, il **1,61%** per i cittadini con un reddito compreso tra 35.000 € e 60.000 €, il **1,32%** per i cittadini con un reddito compreso tra 60.000 € e 100.000 € annui e lo **0,65%** per i cittadini con un reddito superiore a 100.000 € annui.

A conferma di quanto già sottolineato sul rapporto tra Spesa Sanitaria Privata e reddito si noti, ancora, che tra la fascia dei redditi inferiori a 15mila Euro e la fascia dei redditi compresi tra 35.000 € e 60.000 € annui l'incidenza sul reddito del cittadino sostanzialmente si dimezza.



Grafico 21 – Cittadini per fascia di reddito e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito



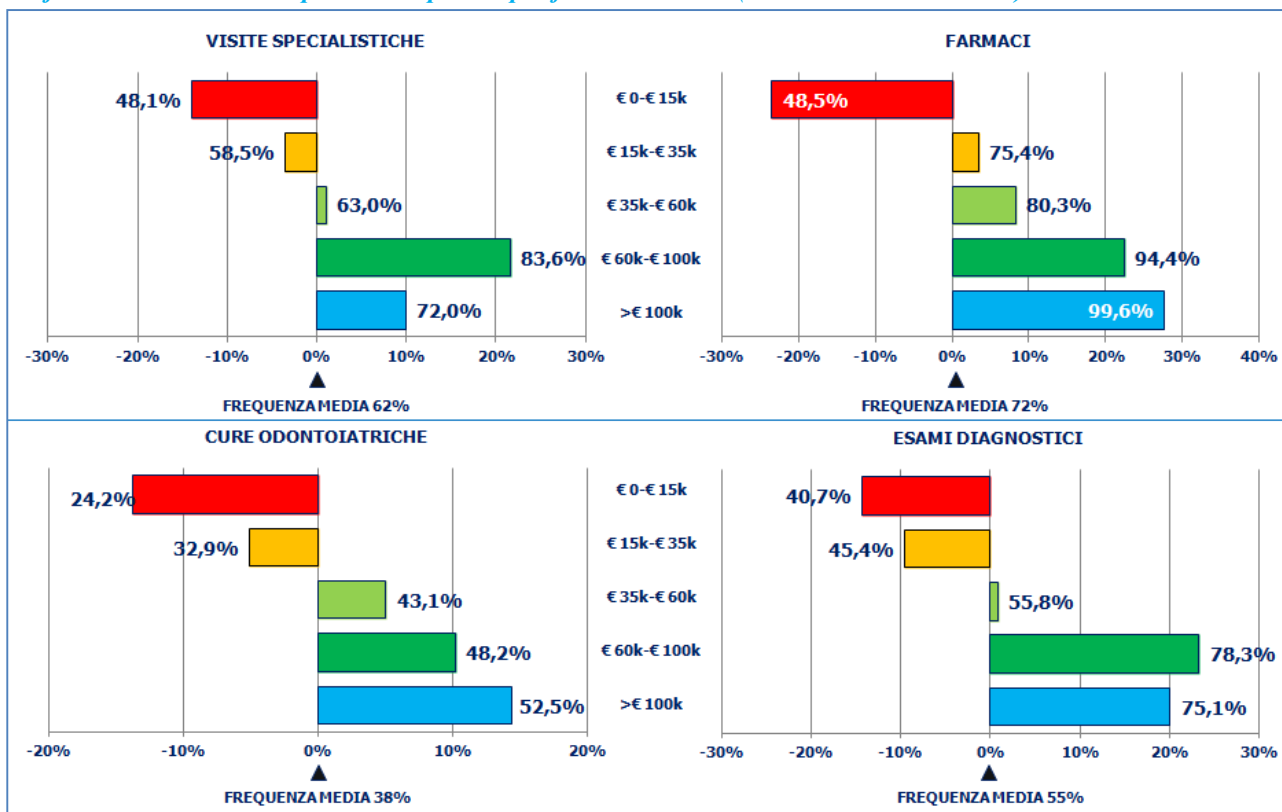
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Interessante, inoltre, è approfondire il diverso ricorso alle principali prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dai cittadini in corrispondenza delle diverse fasce di reddito (**Grafico 22**).

Per le visite specialistiche si rileva una frequenza media di accesso con finanziamento diretto da parte del cittadino del **62%**. In particolare per i cittadini con reddito inferiore ai 15.000 € la frequenza di utilizzo in regime privato delle visite specialistiche si attesta al **48,1%** (scostamento **-13,9%**), per salire al **58,5%** (scostamento **-3,5%**), valore sostanzialmente prossimo alla media, in corrispondenza dei redditi compresi tra 15.000 € e 35.000 €. Tale frequenza sale al **63,0%** (scostamento **+1%**), superando di misura la media, per i cittadini con redditi compresi tra 35.000 € e 60.000 €. Superiori alla media sia la frequenza di ricorso alle visite specialistiche a pagamento dei cittadini con redditi compresi tra 60.000 € e 100.000 € (**83,6%**, con uno scostamento del **+3,5%**) sia, e maggiormente, quella dei cittadini con redditi superiori ai 100.000 € (**72,0%**, con uno scostamento del **+10,0%**).

I farmaci presentano una frequenza media di acquisto di tasca propria da parte dei cittadini del **72%**. Rispetto alle altre voci della Spesa Sanitaria privata mostrano una maggiore e più diretta correlazione con il reddito del cittadino. Non a caso, con esclusione dei cittadini con un reddito inferiore a 15.000 €, che fanno registrare una frequenza di ricorso all'acquisto privato dei farmaci inferiore alla media (**48,5%**, con uno scostamento del **-23,5%**), per tutti i redditi superiori è possibile osservare un ricorso ai farmaci superiore alla media. In particolare, per i cittadini con reddito compreso tra 15.000 € e 35.000 € la frequenza si impenna al **75,4%** (con uno scostamento del **+3,4%**), per i cittadini con reddito compreso tra 35.000 € e 60.000 € la frequenza di acquisto privato dei farmaci è del **80,3%** (scostamento del **+8,3%**), per i cittadini con redditi compresi tra 60.000 € e 100.000 € la frequenza registrata sale al **94,4%** (scostamento del **+22,4%**) e, infine, per i cittadini con redditi superiori a 100.000 € la frequenza cresce fino al **99,6%** (scostamento del **+27,6%**).

Grafico 22 – Distribuzione prestazioni private per fascia di reddito (scostamento dalla media)



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

Le cure odontoiatriche fanno registrare una frequenza media di utilizzo del **38%**. Le prestazioni dentistiche si caratterizzano, rispetto a tutte le altre prestazioni sanitarie per avere un collegamento diretto con il reddito del cittadino sostanzialmente assimilabile a quello riscontrato in relazione ai farmaci. Per i cittadini con redditi inferiori a 15.000 € si registra una frequenza media di accesso alle cure odontoiatriche del **24,2%** (con uno scostamento del **-13,8%**). Anche per la seconda fascia di reddito, quella dei cittadini con redditi compresi tra 15.000 € e 35.000 € si registra una frequenza inferiore alla media, segnatamente del **32,9%** (con uno scostamento del **-5,1%**). La frequenza di fruizione delle cure odontoiatriche supera la media (**43,1%**) a partire dalla fascia di reddito compreso tra 35.000 € e 60.000 € (con uno scostamento del **+5,1%**) e sale al **48,2%** (con uno scostamento del **+10,2%**) per i cittadini con redditi compresi tra 60.000 € e 100.000 €. Infine, oltre 100.000 € il ricorso alle cure odontoiatriche raggiunge il **52,5%** di frequenza, con uno scostamento rispetto alla media del **+14,5%** (frequenza **52,5%**).

Gli esami diagnostici presentano una frequenza media di utilizzo in regime privato del **55%**. In particolare, per i cittadini con redditi inferiori a 15.000 € la frequenza di ricorso ad esami diagnostici con pagamento diretto della spesa si attesta al **40,7%** (con uno scostamento del **-14,3%**) mentre per i cittadini con redditi compresi tra 15.000 € e 35.000 € la frequenza osservata sale al **45,4%** pur risultando ancora inferiore alla media (scostamento **-9,6%**). Sostanzialmente in linea con la media, invece, la frequenza di pagamento diretto degli esami diagnostici per i cittadini con redditi compresi tra 35.000 € e 60.000 €, con una frequenza del **55,8%** (**+0,8%**). Decisamente sopra la media, invece, le modalità di accesso agli esami diagnostici da parte dei cittadini con redditi più elevati rispettivamente il **78,3%** per i redditi compresi tra 60.000 € e 100.000 € (scostamento **+23,3%**) e **75,1%** per i redditi superiori a 100.000 € (scostamento **+20,1%**).

## C.2) La Spesa Sanitaria privata per fasi della vita

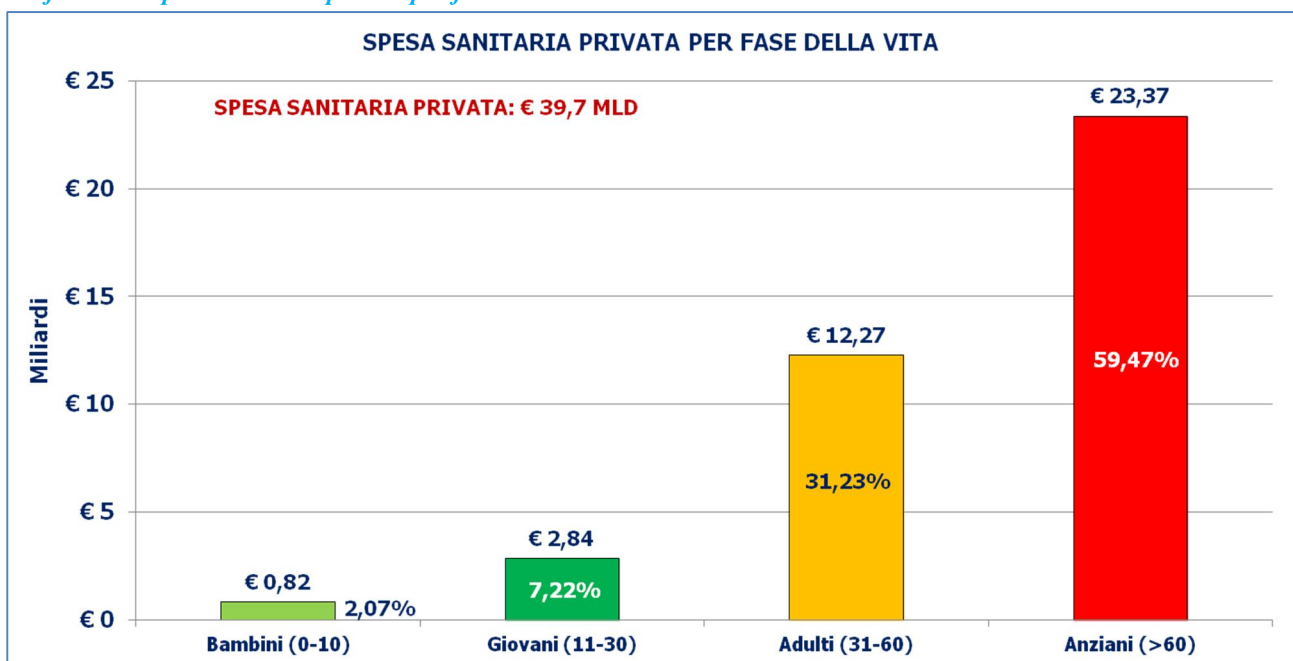
Il finanziamento delle cure private da parte dei redditi familiari colpisce in particolar modo i cittadini più bisognosi in termini assistenziali. È così che, al crescere dell'età, incrementa di pari passo anche la necessità di ricorrere alle proprie risorse finanziarie, in una fase della vita in cui tipicamente le stesse tendono a contrarsi per far fronte all'insorgere di bisogni di cura nuovi e progressivamente più intensi. È in questa fase che il

costo della mancata attivazione nel nostro Paese di meccanismi “previdenziali” collettivi diffusi – come quello assicurato dalla Sanità Integrativa – presenta il conto più salato.

Dei **39,7 miliardi di EUR** di Spesa Sanitaria privata pagati dai cittadini italiani oltre **23 miliardi di EUR** sono imputabili alle cure sostenute da cittadini anziani (>60 anni). Oltre **12,2 miliardi di EUR**, invece, si riferiscono alle cure pagate direttamente dai cittadini in età adulta (31-60 anni). Quasi **2,85 miliardi di EUR**, invece, sono stati spesi per garantire l’effettuazione di cure private ai giovani (11-30 anni). Infine, poco meno di **1 miliardo di EUR** è stati impiegato per accertamenti e percorsi di cura dei bambini (0-10 anni) (**Grafico 23**).

In sintesi poco meno del **60%** della Spesa Sanitaria privata riguarda i cittadini anziani (>60 anni); poco **meno di 1/3 (31%)** della Spesa, invece, è riferibile ai cittadini di età adulta. Non raggiunge nemmeno il **10%** l’entità della Spesa Sanitaria privata destinata ai percorsi di cura rientranti nelle fasce più giovani della popolazione.

**Grafico 23 – Spesa Sanitaria privata per fase della vita**



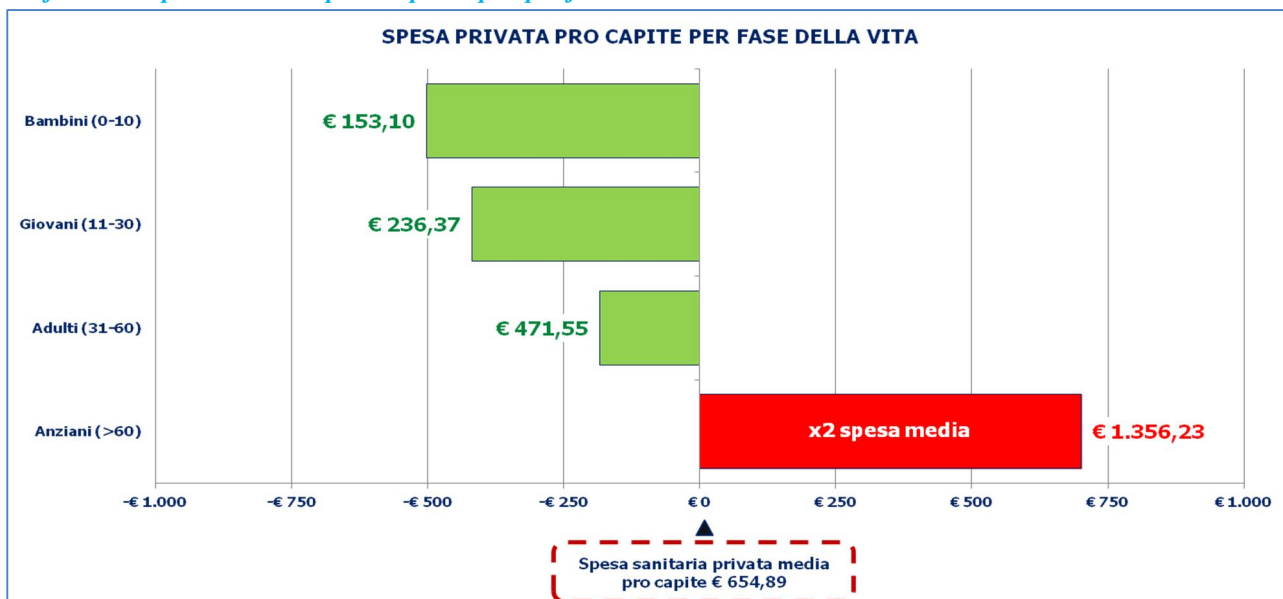
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

La Spesa Sanitaria privata *pro capite* presenta dei livelli differenziati in ragione delle diverse fasi della vita di ciascun cittadino. Si passa da un costo minimo di **153,10 € pro capite** dei bambini, a **1.356,23 €** degli anziani.

Interessante osservare come il costo medio per accedere alle cure privatamente risulti, con la sola esclusione della fase anziana, sempre al di sotto dell’ammontare medio registrato a livello nazionale. Nel contempo è necessario prendere atto che il costo medio che gli anziani devono sostenere corrisponde a poco meno del doppio della Spesa Sanitaria privata *pro capite* media (**Grafico 24**).

L’assoluta disomogeneità dei bisogni di cura, alla quale corrisponde inevitabilmente una necessità parimenti diversificata di risorse disponibili, richiama l’attenzione sulle potenzialità derivanti dalla “mutualizzazione” del rischio tra i diversi cittadini mediante la promozione di un Secondo Pilastro istituzionale che sia in grado, quindi, di sostenere un equilibrio intergenerazionale in campo sanitario anche nella prospettiva di ulteriore invecchiamento della popolazione.

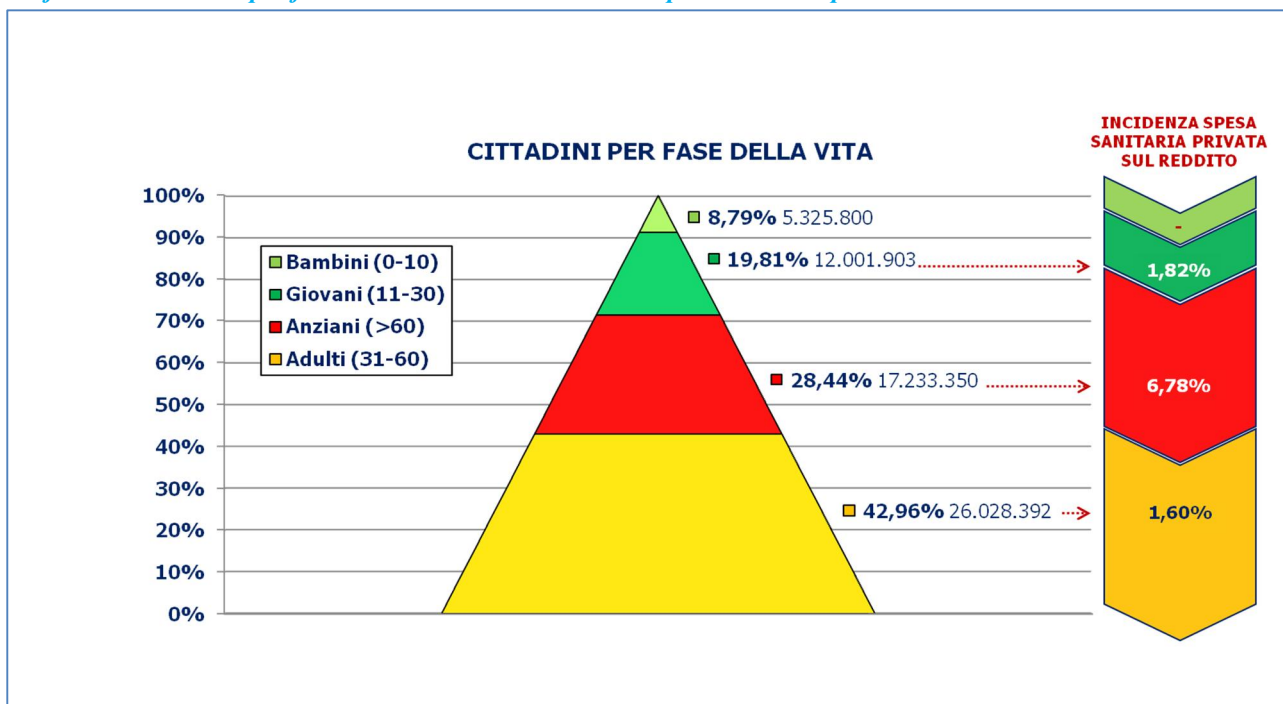
Grafico 24 – Spesa Sanitaria privata pro capite per fase della vita



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

La Spesa Sanitaria privata è la spesa dei cittadini più anziani: dalle analisi condotte emerge infatti con chiarezza come il ricorso al pagamento diretto delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini rappresenti quello strumento di “flessibilità” attraverso il quale gli individui che presentano esigenze terapeutiche e bisogni di cura superiori alla media fanno ricorso. Un ulteriore elemento fondamentale ai fini della nostra analisi è l’incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito di ciascun cittadino in corrispondenza di ciascuna fase della vita (Grafico 25). In particolare, a fronte di un’incidenza media della Spesa Sanitaria privata del **3,14%** sui redditi degli italiani, il finanziamento delle cure private assorbe il **1,60%** del reddito dei cittadini adulti, il **1,82%** del reddito dei giovani, quest’ultima anche in ragione della maggior incidenza delle spese odontoiatriche, ed il **6,78%** su redditi dei cittadini anziani.

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



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

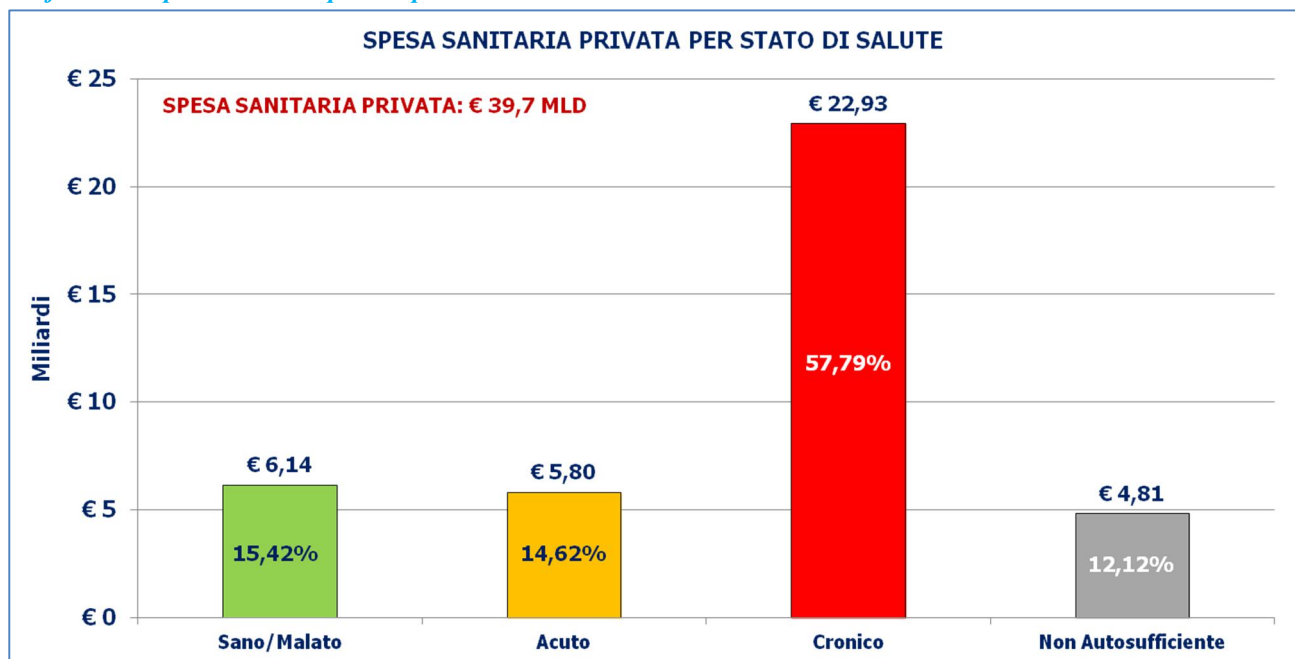
### C.3) La Spesa Sanitaria privata per stato di salute

Come già anticipato, il pagamento di tasca propria delle prestazioni sanitarie è un comportamento che colpisce in particolare i cittadini in condizioni di fragilità dal punto di vista sanitario.

Dei **39,7 miliardi di EUR** di Spesa Sanitaria privata pagati dai cittadini italiani, quasi **23 miliardi di EUR** di Spesa Sanitaria privata si riferiscono alle cure di cittadini con patologie croniche. Il dato già allo stato attuale assolutamente significativo deve essere valutato anche in chiave prospettica in ragione del *trend* assolutamente crescente che ha interessato il fenomeno di cronicizzazione delle “grandi patologie”. Poco meno di **5 miliardi di EUR** sono impiegati per garantire l’assistenza formale ai non autosufficienti, con una proiezione assolutamente crescente nei prossimi anni direttamente riconducibile al prospettato incremento dell’indice di dipendenza della popolazione italiana. **5,8 miliardi di EUR**, poi, sono pagati direttamente dai cittadini per fronteggiare le patologie acute, a completamento dei livelli assistenziali garantiti in questo campo dal Servizio Sanitario Nazionale. Infine è di oltre **6 miliardi di EUR** il conto che i cittadini pagano direttamente per la gestione degli stati di salute “ordinari” (**Grafico 26**).

Da questa angolazione, peraltro, emerge con chiarezza come l’entità della Spesa Sanitaria privata sia assolutamente sottostimata considerando che solo il **21%** dei non autosufficienti si avvale di un’assistenza “formale” che comporta l’emissione di fattura. Nel **79%** dei casi l’assistenza del paziente non autosufficiente è gestita mediante la c.d. assistenza “informale” che vede una coesistenza tra attività svolte direttamente dai familiari del malato, da badanti e/o da reti di volontariato.

**Grafico 26 – Spesa Sanitaria privata per stato di salute**



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

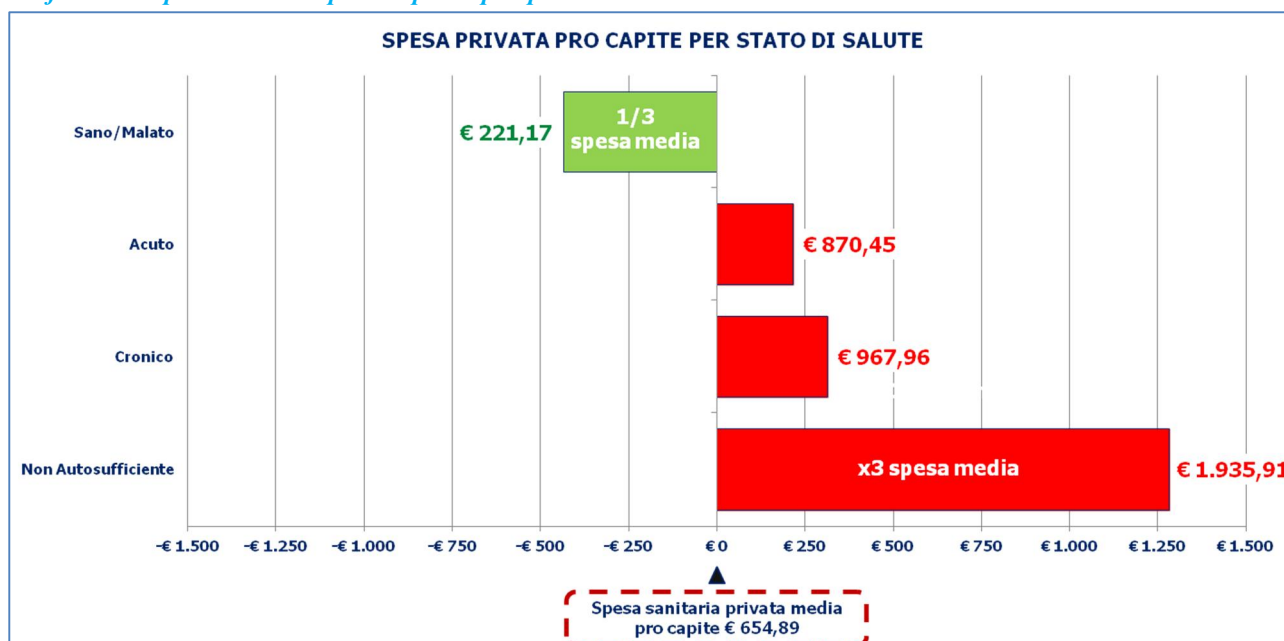
Il costo medio *pro capite* delle cure private, naturalmente, risulta assolutamente differenziato in ragione dello stato di salute del cittadino. Si va da un costo minimo di **221,17 € pro capite** dei cittadini che si trovano in condizioni di salute “ordinarie”, pari a circa **1/3** della Spesa Sanitaria privata *pro capite* media, a **1.935,91 € pro capite** per i non autosufficienti, pari a **3 volte** l’entità della Spesa Sanitaria privata *pro capite* media dei cittadini italiani, passando per i **967,96 € pro capite** dei malati cronici (**Grafico 27**). Anche a questo riguardo, peraltro, bisogna ricordare che la Spesa Sanitaria privata *pro capite* effettiva per i non autosufficienti è stimabile in **9.218,60 € pro capite**. Il dato riportato nel Rapporto tuttavia, come già anticipato, considera che attualmente poco meno del **80%** dei bisogni assistenziali necessari alla gestione di un paziente non autosufficiente sono “pagate in natura” direttamente dalle famiglie e/o sfuggono alla rilevazione effettiva dei costi in quanto erogati attraverso delle badanti.



Molto importante sottolineare come esista un profondo *gap* tra i costi di gestione degli stati di salute “ordinari” rispetto alle situazioni patologiche. Come si può agevolmente rilevare dal Grafico in commento infatti la necessità di gestire una patologia acuta, che nonostante la maggiore intensità mediamente assorbe risorse più contenute rispetto alla gestione di patologie continuative (cronicità e non autosufficienza) richiede al cittadino di incrementare di quasi **3 volte** il costo direttamente sostenuto per la propria salute. Il maggior finanziamento a carico del cittadino cresce di **3,4 volte** nel caso di necessità di gestione di una patologia cronica e si impenna di quasi 8 volte (**7,7 volte** in più) nel caso di uno stato di non autosufficienza che, come abbiamo visto, peraltro trasferisce una serie di ulteriori e significativi oneri indiretti anche sui familiari.

Anche in questa analisi emerge con chiarezza come di fronte all’esposizione di ciascun cittadini al fenomeno della malattia e dell’invecchiamento e all’estrema variabilità delle risorse richieste per fronteggiare gli stati di salute appena descritti, un meccanismo assicurativo diffuso possa garantire al meglio un miglior impiego delle risorse degli individui consentendo una migliore ripartizione del rischio e potendo far leva sulla capacità di acquisto centralizzata delle cure nell’interesse del cittadino stesso. Peraltro, non bisogna dimenticare che l’efficacia di un’impostazione di questo tipo è assolutamente crescente in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione che rende sempre più attuale per tutti i cittadini un bisogno di “protezione” diffusa della propria salute e della propria capacità reddituale.

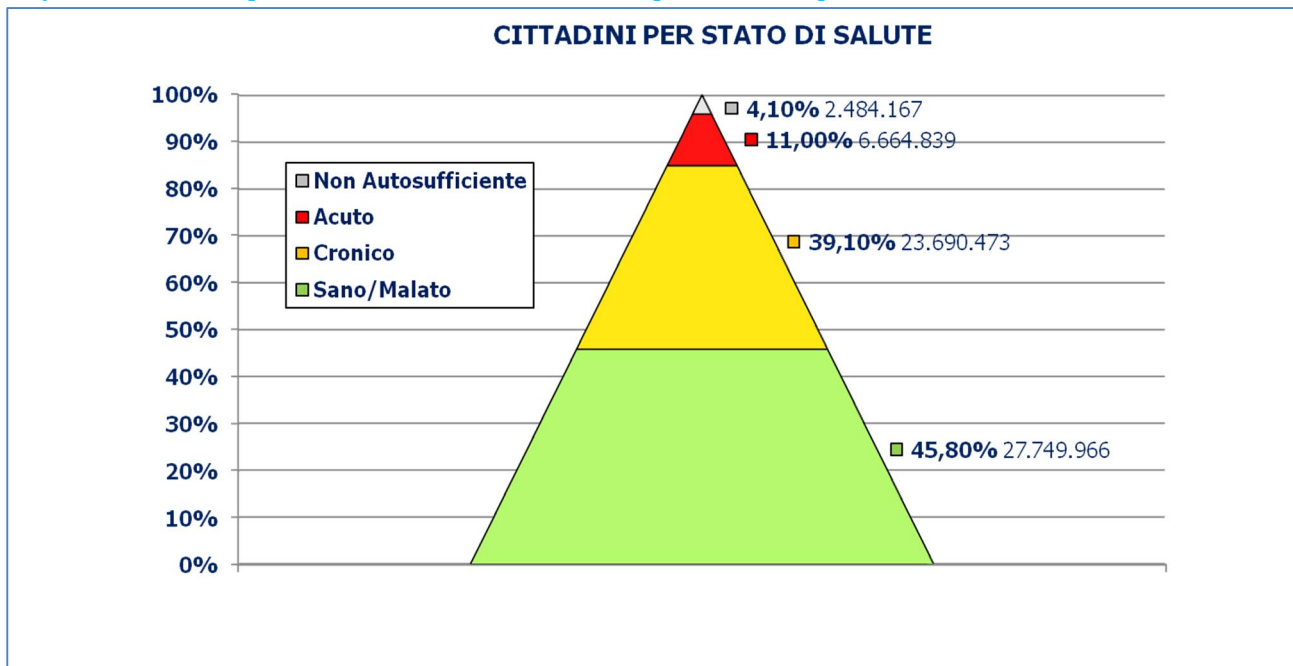
Grafico 27 – Spesa Sanitaria privata pro capite per stato di salute



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

La Spesa Sanitaria privata, come abbiamo già sottolineato, è la spesa dei cittadini più fragili in termini di salute. I cronici (**23,7 milioni** di persone) e i non autosufficienti (**2,5 milioni** di persone) rappresentano, ormai, nel nostro Paese oltre il **40%** della popolazione (**Grafico 28**). Si tratta per altro di fenomeni destinati inevitabilmente ad assumere sempre una maggiore rilevanza nel nostro Paese la cui gestione non potrà prescindere da una profonda revisione dello stesso modello organizzativo e di erogazione delle cure del nostro Sistema Sanitario.

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



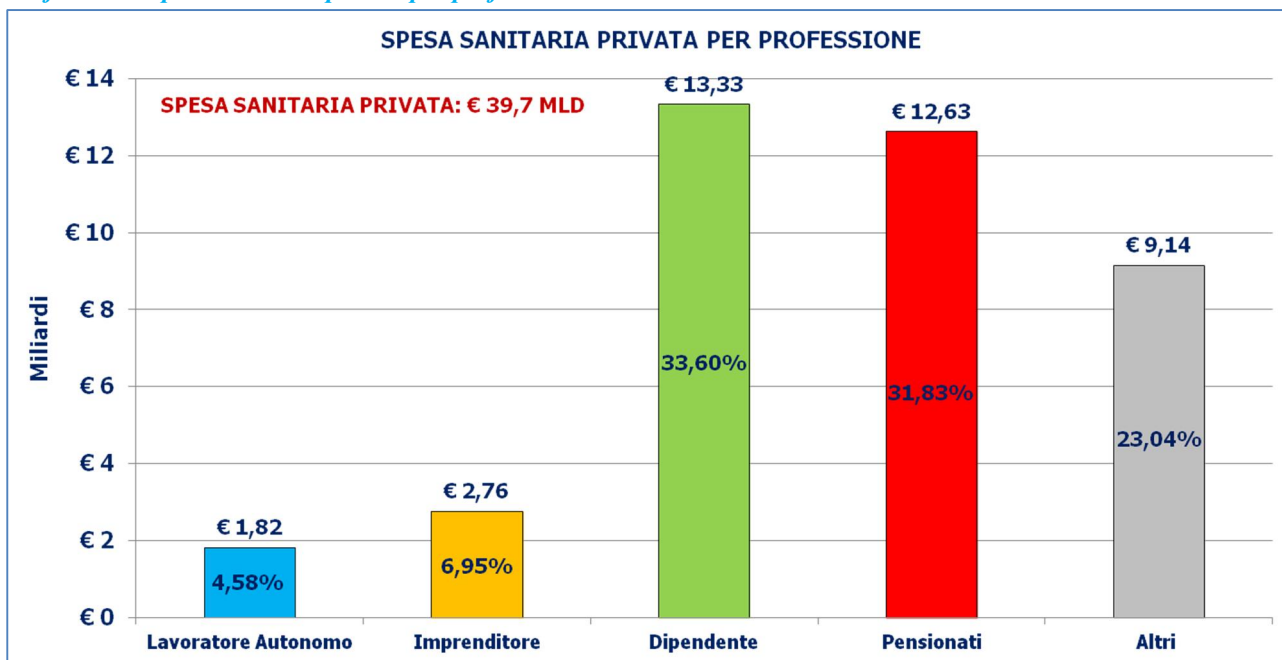
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

#### C.4) La Spesa Sanitaria privata per professione

La quota maggiore della Spese Sanitaria Privata grava sui lavoratori dipendente (**34%**) e sui pensionati (**32%**). Pagano di tasca propria le cure sanitarie il **7%** gli imprenditori e poco meno del **5%** dei lavoratori autonomi. Il residuo **23%** di Spesa Sanitaria finanziata direttamente dai cittadini che svolgono altre attività lavorative (**Grafico 29**).

In altri termini, dei **39,7 miliardi di EUR** di Spesa Sanitaria privata pagati dai cittadini italiani oltre **13 miliardi di EUR** hanno assicurato cure sanitarie per i lavoratori dipendenti, oltre **12,5 miliardi di EUR** per i pensionati. Sono proprio coloro che hanno una situazione lavorativa più stabile ed un reddito più continuativo a ricorrere alla Spesa Sanitaria privata. Più che di acquisto di cure personalizzate si tratta quindi di pagamento per fruire di modalità di accesso compatibili con i tempi di vita/lavoro, di una migliore qualità delle cure e/o per scegliere il medico di propria fiducia. Quasi **1 miliardo di EUR** sono stati pagati direttamente per le cure dei lavoratori autonomi e **2,7 miliardi di EUR** per gli imprenditori. Infine oltre **9 miliardi di EUR** sono stati impiegati per i cittadini che svolgono attività lavorative diverse.

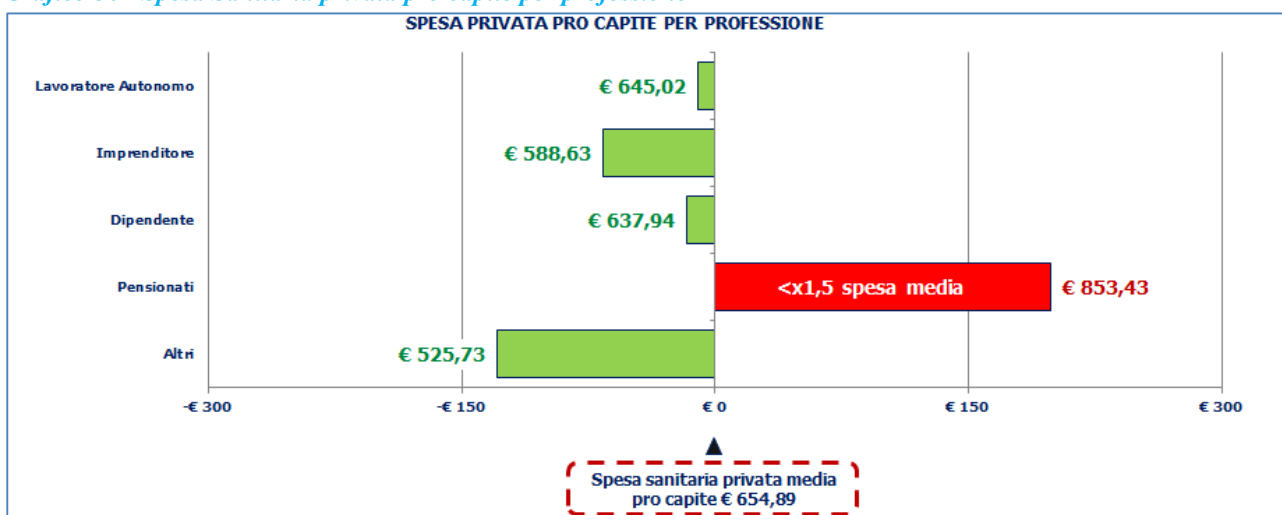
Grafico 29 – Spesa Sanitaria privata per professione



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

L'entità della Spesa Sanitaria privata *pro capite* si inserisce in un *range* abbastanza stretto tra le diverse professioni/tipologie reddituali (da **645,02 €** dei lavoratori autonomi ad **525,75 €** per coloro che svolgono attività lavorative diverse) a conferma che il bisogno di affiancare alle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale quelle rese disponibili dal privato è trasversale a tutti i cittadini, a tutte le tasche ed a tutti i territori. Fanno eccezione, naturalmente, i pensionati, che per motivazioni di natura anagrafica e/o riconducibili al proprio stato di salute presentano una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **853,43 €**, di 1,5 volte superiore a quella media. Sostanzialmente allineato alla media, invece, il costo medio *pro capite* sostenuto dai lavoratori dipendenti (**637,94 €**) per le cure acquistate private. (Grafico 30).

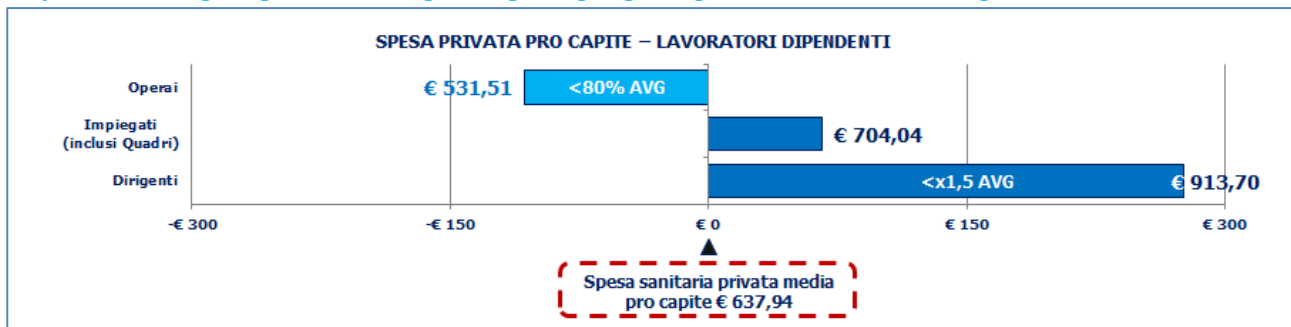
Grafico 30– Spesa Sanitaria privata pro capite per professione



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

È importante sottolineare, tuttavia, come nell'ampia categoria dei lavoratori dipendenti coesistano delle possibilità di ricorso alle cure private assolutamente differenziate in ragione delle diverse tipologie di inquadramento (Grafico 31).

Grafico 31– Dettaglio Spesa Sanitaria privata pro capite per inquadramento nel lavoro dipendente



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

Il costo medio *pro capite* pagato di tasca propria dagli operai, infatti, è pari ad **531,51 €** e corrisponde a poco meno del **80%** della Spesa Sanitaria media *pro capite* dei lavoratori dipendenti. Il dato appare assolutamente significativo per almeno due ragioni. *In primis* perché conferma un bisogno diffuso di accesso alle cure private anche da parte dei lavoratori con redditi medi più contenuti; in secondo luogo il fenomeno è interessante alla luce dell'estensione, su base contrattuale collettiva, dal 1° di ottobre 2017 della Sanità Integrativa a tutti i lavoratori del settore metalmeccanico ed ai relativi familiari a carico<sup>2</sup>.

L'entità della Spesa Sanitaria pagata di tasca propria nel settore del lavoro dipendente cresce a **704,04 €**, e quindi ad un livello ben superiore alla media, già a partire dagli inquadramenti impiegatizi (quadri e funzionari inclusi).

Oltre **1,5 volte**, poi, rispetto alla media la Spesa Sanitaria sostenuta di tasca propria dai dirigenti.

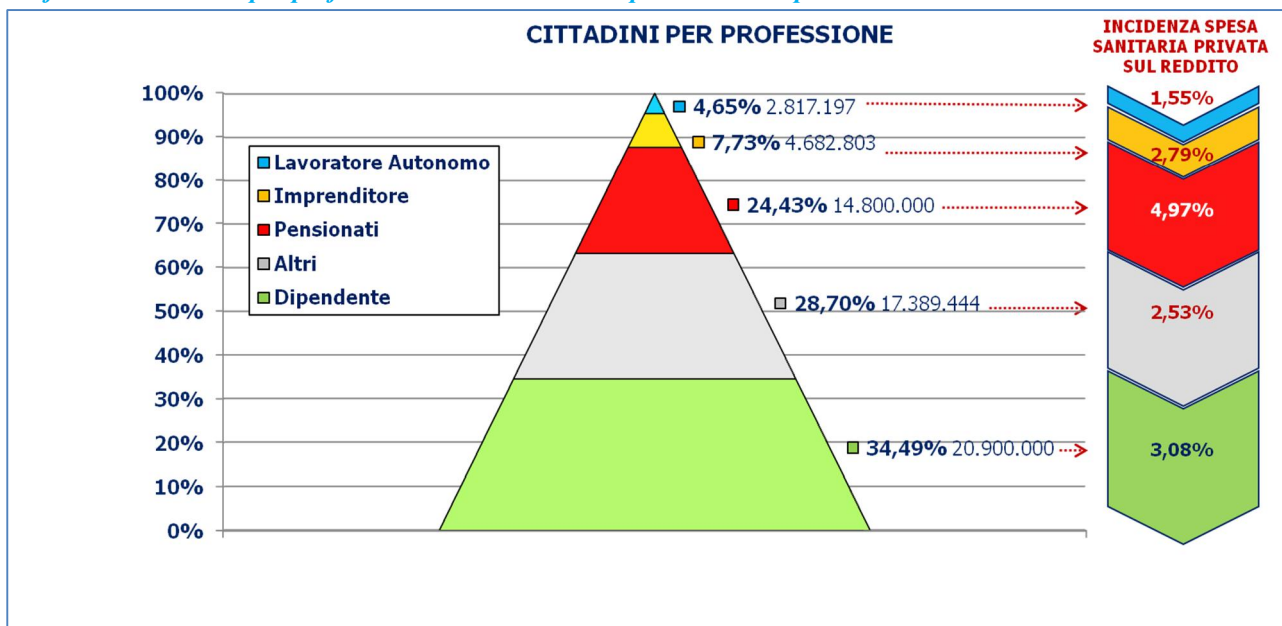
La Spesa Sanitaria privata è la spesa dei lavoratori dipendenti e dei pensionati. Importante sottolineare come per i lavoratori dipendenti, peraltro, l'ammontare medio *pro capite* pagato per le cure risulti piuttosto elevato anche in corrispondenza di livelli di inquadramento più basso e per la categoria degli operai, dove tradizionalmente non risultava operativa la Sanità Integrativa

In particolare, a fronte di un'incidenza media della Spesa Sanitaria privata del **3,14%** sui redditi degli italiani, il costo delle cure pagato direttamente incide il **4,97%** del reddito per i pensionati, il **3,08%** del reddito per i lavoratori dipendenti, il **2,79%** del reddito per gli imprenditori, il **1,55%** del reddito per i lavoratori autonomi e il **2,53%** del reddito per i cittadini che svolgono attività lavorative diverse (**Grafico 32**).

La Spesa Sanitaria privata è una componente significativa per tutte le professioni della Spesa in beni e servizi dei cittadini italiani. Dall'analisi dell'incidenza della Spesa Sanitaria privata sulla Spesa in beni e servizi di ciascuna professione, infatti, emerge che sebbene tale dato presenti alcuni elementi di convergenza con quello relativo all'incidenza della Spesa Sanitaria privata non è assolutamente sovrapponibile con l'altro.

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

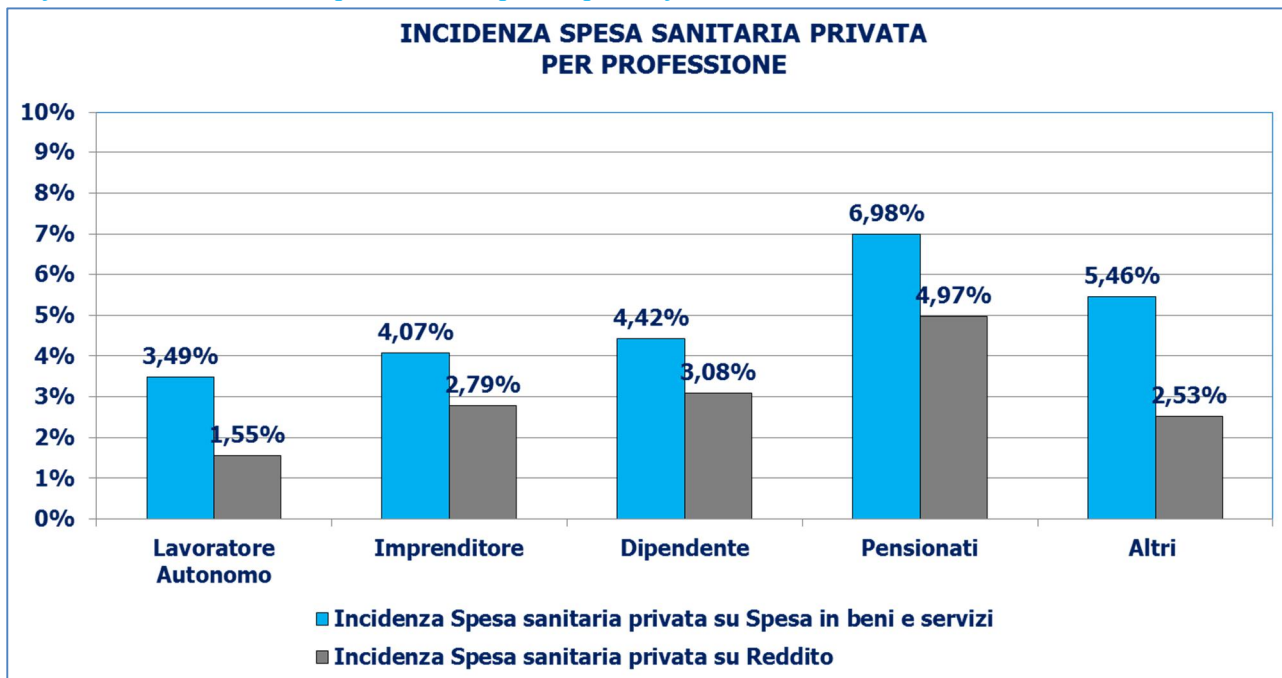
Grafico 32 – Cittadini per professione e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito



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

Le due professioni che presentano la maggior incidenza della Spesa Sanitaria privata rispetto alla propria Spesa in beni e servizi sono infatti i pensionati, con il **6,98%**, ed i cittadini che svolgono attività lavorative diverse, con il **5,46%**. Per i lavoratori dipendenti, invece, l'incidenza della Spesa Sanitaria privata rispetto alla Spesa per beni e servizi risulta del **4,42%** non presentano *gap* troppo significativi rispetto a quella registrata per gli imprenditori, il **4,07%**, ed a quella per i lavoratori autonomi, il **3,49%** (Grafico 33).

Grafico 33 – Incidenza della Spesa Sanitaria privata per Professione



### C.5) La Spesa Sanitaria privata per territorio

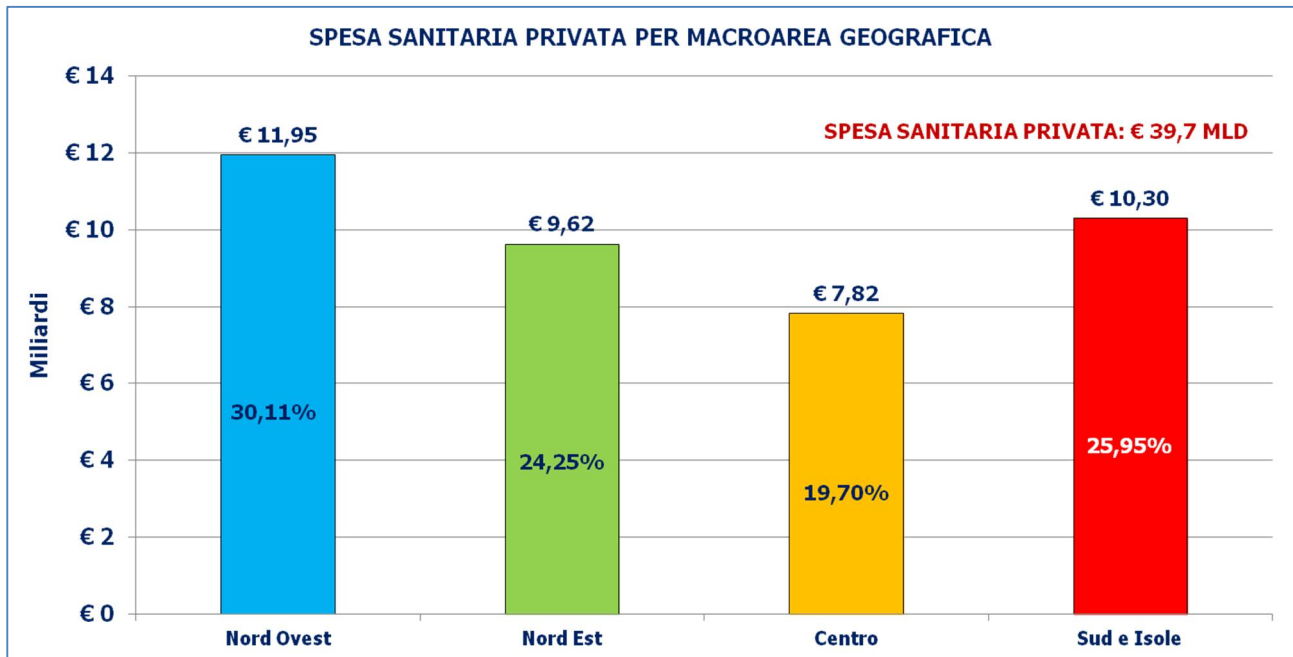
Il pagamento di tasca propria delle prestazioni sanitarie non è un comportamento tipico delle Regioni più ricche o con un Servizio Sanitario Nazionale più efficiente. Anzi, la Spesa Sanitaria privata è presente in modo piuttosto omogeneo a tutte le latitudini e non risparmia le aree economicamente meno agiate: pagano



di tasca propria le cure sanitarie il **26%** dei cittadini del Sud e Isole, poco meno del **20%** di quelli del Centro, poco più del **24%** dei cittadini del Nord Est ed oltre del **30%** di quelli del Nord Ovest (**Grafico 34**).

Dei **39,7 miliardi di EUR** di Spesa Sanitaria privata pagati dai cittadini italiani, quasi **12 miliardi di EUR** di Spesa Sanitaria privata si riferiscono ai cittadini del Nord Ovest, oltre **10 miliardi di EUR** sono pagati direttamente dai cittadini del Sud e Isole, oltre **9 miliardi e mezzo di Euro**, invece, sono spesi in sanità dai cittadini del Nord Est e, infine, poco meno di **8 miliardo di EUR** gravano sui redditi dei cittadini del Centro.

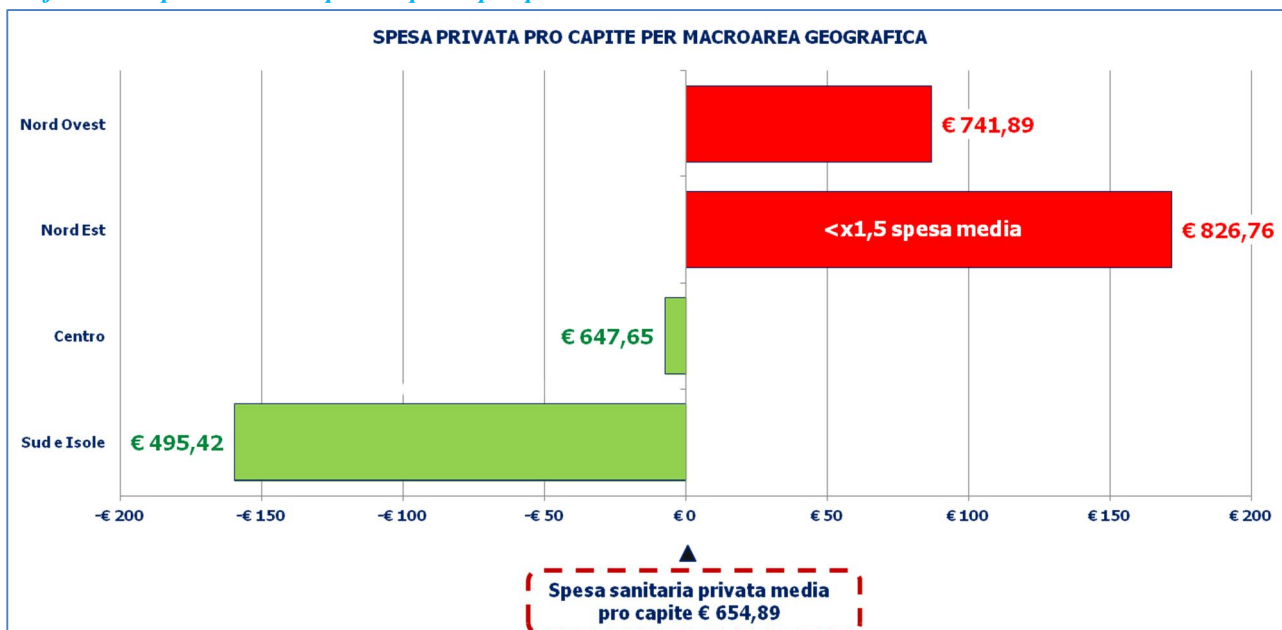
**Grafico 34 – Spesa Sanitaria privata per territorio**



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

Come già anticipato, attualmente la Spesa Sanitaria privata *pro capite* è **654,89 €**. A livello *pro capite* la rilevanza del gradiente geografico appare in misura più evidente. Si passa infatti da un costo minimo di **495,42 € pro capite** dei cittadini del Sud e Isole, comunque tutt'altro che trascurabile anche in considerazione del minor reddito *pro capite* disponibile in tali aree, agli **826,76 €** dei cittadini del Nord Est, che corrispondono a quasi una volta e mezza l'ammontare della Spesa Sanitaria privata media *pro capite* (**Grafico 35**). Sostanzialmente sovrapponibile alla media il costo medio *pro capite* sostenuto per le cure private dai cittadini del Centro, pari a **647,65 €**, mentre è decisamente superiore alla media la Spesa Sanitaria privata dei cittadini del Nord Ovest (**741,89 €**).

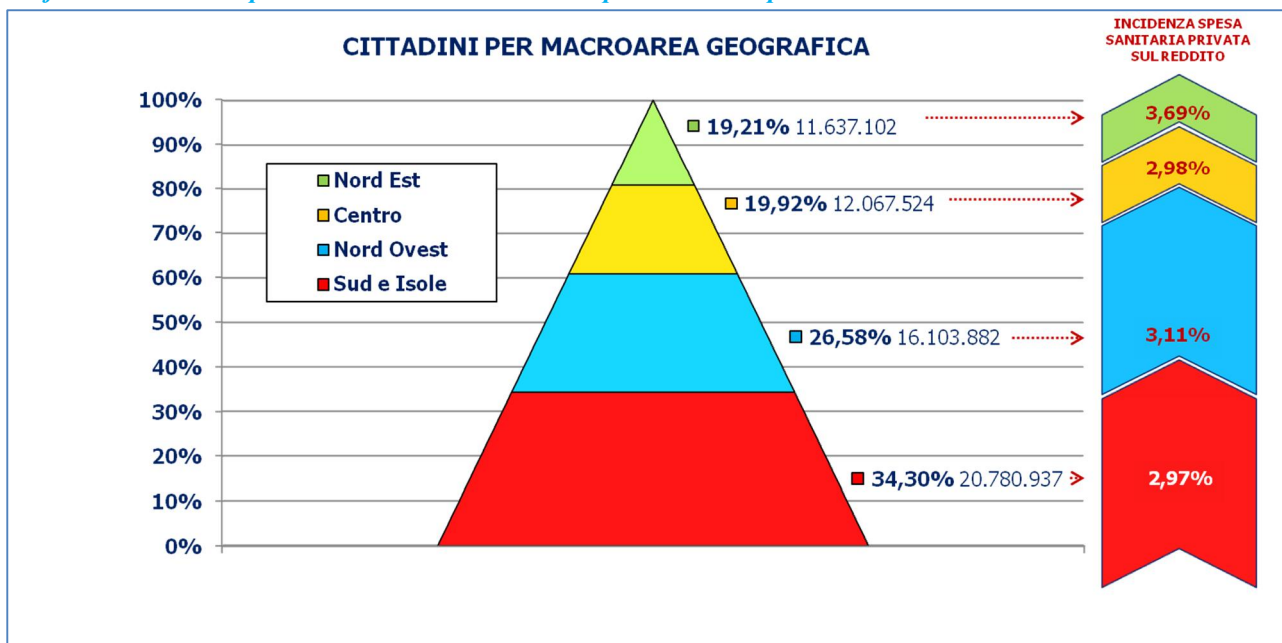
Grafico 35 – Spesa Sanitaria privata pro capite per territorio



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

La Spesa Sanitaria privata riguarda tutti, da Nord a Sud. In particolare, a fronte di un'incidenza media della Spesa Sanitaria privata del **3,14%** sui redditi degli italiani, la spesa pagata per le proprie cure private assorbe il **3,69%** del reddito dei cittadini del Nord Est ed il **3,11%** di quello dei cittadini del Nord Ovest (Grafico 36). Nel Centro il costo medio sostenuto dai cittadini per le proprie cure assorbe il **2,98%** del reddito, valore sostanzialmente analogo a quello registrato per i cittadini del Sud e Isole che si attesta al **2,97%**.

Grafico 36 – Cittadini per territorio e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito



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

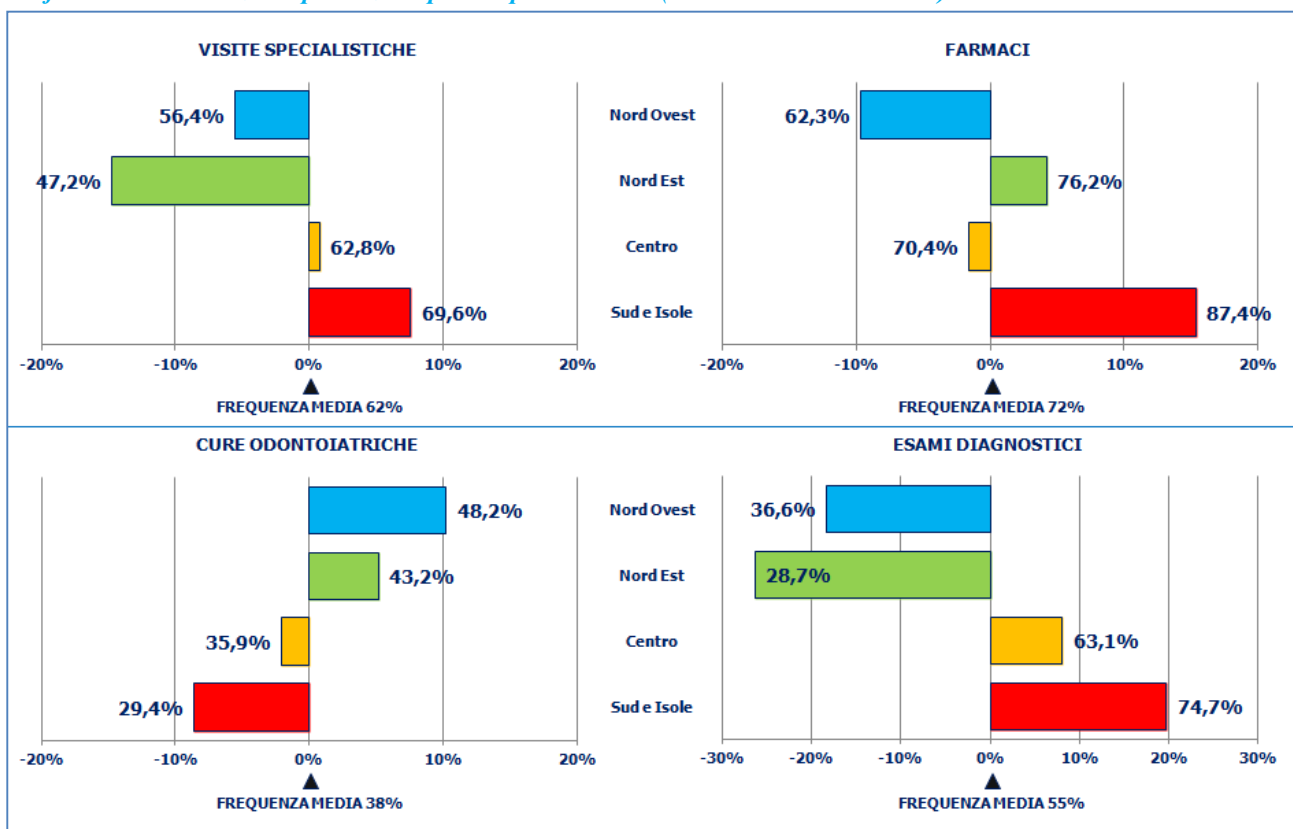
Interessante, inoltre, è approfondire il diverso ricorso alle principali prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dai cittadini in corrispondenza delle diverse macroaree geografiche (Grafico 37).

Per le visite specialistiche si rileva una frequenza media di accesso con finanziamento diretto da parte del cittadino del **62%**. In particolare per i cittadini della macroarea Nord Ovest la frequenza di utilizzo in regime privato delle visite specialistiche si è attestata al **56,4%** (scostamento **-5,6%**), salendo invece al **62,8%** (scostamento **+0,8%**), valore sostanzialmente prossimo alla media, per i cittadini della macroarea Centro. Il

maggior ricorso alle visite specialistiche pagate di tasca propria si osserva, comunque, per i cittadini della macroarea Sud e Isole che fa registrare una frequenza del **69,6%** (scostamento **+7,6%**). Il minor ricorso alle visite specialistiche pagate di tasca propria infine si rileva nella macroarea Nord Est, con una frequenza del **47,2%** (scostamento del **-14,8%**).

Per i farmaci si registra, invece, una frequenza media di acquisto di tasca propria da parte dei cittadini del **72%**. Inferiore alla media la frequenza di finanziamento diretto dei farmaci da parte dei cittadini del Nord Ovest, **62,3%** (scostamento **-9,7%**), e del Centro, **70,4%** (scostamento **-1,6%**). Superiore alla media invece la frequenza di ricorso ai farmaci dei cittadini della macroarea Nord Est (**76,2%**, con uno scostamento del **+4,8%**) e, soprattutto, della macroarea Sud e Isole (**87,4%**, con uno scostamento del **+15,4%**), che presenta un ricorso estremamente rilevante all'acquisto privato dei farmaci. Tale situazione attesta, a nostro avviso, il ruolo crescente della farmacia nell'ambito della "continuità assistenziale" in quelle aree nelle quale il livello di ospedalizzazione è minore a livello programmatico (Nord Est) o per effetto di politiche di contingentamento (Sud e Isole). In questi contesti, infatti, la farmacia finisce per svolgere un ruolo di primo consulto nei confronti del cittadino, anche in un'ottica di supporto al suo percorso di salute, intercettandone i bisogni e le necessità assistenziali di base.

**Grafico 37 – Distribuzione prestazioni private per territorio (scostamento dalla media)**



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

Le cure odontoiatriche fanno registrare una frequenza media di utilizzo del **38%**. Il ricorso a tali cure taglia sostanzialmente in due l'Italia: superiore alla media al Nord, inferiore alla media al Sud e Isole. Il più elevato livello di accesso alle cure odontoiatriche è imputabile ai cittadini del Nord Ovest con una frequenza media **48,2%** (con uno scostamento del **+10,2%**). Anche a Nord Est, tuttavia, il finanziamento delle cure odontoiatriche ha un peso importante per i redditi familiari, con una frequenza del **43,2%** (con uno scostamento del **+5,2%**). La frequenza di fruizione delle cure odontoiatriche scende al **35,9%** nel Centro (con uno scostamento del **-2,1%**). Il minor ricorso a prestazioni odontoiatriche in assoluto si registra nella macroarea Sud e Isole dove la frequenza scende ulteriormente al **29,4%** (con uno scostamento del **-8,6%**).

Gli esami diagnostici pagati di tasca propria dai cittadini italiani presentano una frequenza media di utilizzo in regime privato del **55%**. Anche in questo caso nei fatti la necessità di ricorso al pagamento di tasca propria degli esami penalizza maggiormente i cittadini del Centro e, ancor di più, quelli del Sud. Inferiore

alla media, infatti, la frequenza di ricorso ad esami diagnostici dei cittadini del Nord Ovest, **36,6%** (con uno scostamento del **-18,4%**), e dei cittadini della macroarea Nord Est con una frequenza del **28,7%**. Sopra la media, invece, la frequenza di pagamento diretto degli esami diagnostici per i cittadini della macroarea Centro, con una frequenza del **63,1%** (+8,1%) e, ancor di più, quella dei cittadini del Sud e Isole, pari al **74,7%** (scostamento +19,3%).

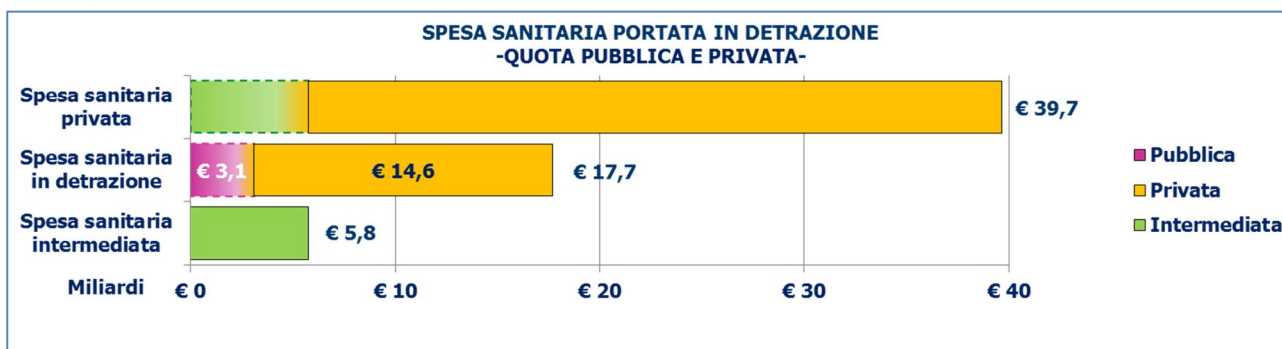
#### D) IL REGIME FISCALE DELLA SANITÀ

La meritorietà della Spesa Sanitaria privata è da tempo riconosciuta dallo Stato attraverso un sistema di detrazioni fiscali finalizzato a rimborsare parzialmente il cittadino delle spese sostenute per le cure pagate di tasca propria. In particolare, ai sensi dell'art. 15, comma 1, lett. c), del TUIR, ciascun cittadino può detrarre dall'imposta lorda un importo pari al **19%** delle spese sanitarie per la parte che eccede **129,11 €** e senza applicazione di alcun tetto massimo.

Le detrazioni per Spese Sanitarie assorbono attualmente il **60,66%** dell'intera spesa per oneri detraibili sostenuta dallo Stato. Sono **18,1 milioni** i cittadini che beneficiano delle detrazioni fiscali per le cure private, poco più del **40%** pertanto di quelli che le hanno sostenute.

Nel 2017 l'ammontare delle spese portate in detrazione è stato pari a **17 miliardi di EUR**, di cui **3,1 miliardi di EUR** riferibili ai ticket. Ne deriva, pertanto, che circa la metà delle prestazioni sanitarie sostenute direttamente dalle famiglie beneficiano di un abbattimento delle loro imposte IRPEF pari al 19% delle spese sanitarie sostenute privatamente (**Grafico 38**). Interessante osservare, a conferma del *trend* crescente registrato per la Spesa Sanitaria privata, che anche in termini di spese portate in detrazione tra 2015 e 2016 si è registrato un incremento del **5,9%** dell'ammontare dichiarato dai cittadini.

**Grafico 38 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria privata: quota pubblica e privata della Spesa Sanitaria portata in detrazione**



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

Il meccanismo delle detrazioni non prevede differenziazioni in termini di applicabilità e/o misura dell'agevolazione per tipologia di reddito ed opera in relazione a tutte le prestazioni acquistate privatamente dal cittadino a prescindere dalla loro natura sostitutiva, integrativa o complementare rispetto a quanto garantito dal Servizio Sanitario Nazionale.

Anche per la Sanità Integrativa lo Stato ha accordato alla fine degli anni '90 un regime fiscale agevolato a conferma del contributo positivo che le Compagnie Assicurative ed i Fondi Sanitari possono garantire in questo settore. In particolare, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lett. e) ter, sono deducibili, fino ad un massimo di **3.615,20 €**, i contributi versati ai Fondi Integrativi del Servizio Sanitario Nazionale che erogano prestazioni negli ambiti stabiliti con Decreto dal Ministero della Salute. Ai fini del calcolo del predetto limite si deve tener conto, altresì, dei contributi versati dal datore di lavoro – e, quindi, per i soli lavoratori dipendenti – ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lett. a) del medesimo TUIR. Tale articolo, in particolare, prevede che i contributi versati dal datore di lavoro ad Enti o Casse aventi esclusivamente finalità assistenziale ed operanti in ambiti stabiliti con Decreto dal Ministero della Salute in attuazione di disposizioni di contratto o accordo o regolamento aziendale non concorrano a formare reddito (e quindi risultino esclusi dalla base imponibile).

Le deduzioni per la Sanità Integrativa assorbono attualmente il **3,55%** dell'intera spesa per deduzioni sostenuta dallo Stato. Sono **10,9 milioni** i cittadini che beneficiano delle deduzioni per la Sanità Integrativa, circa il **82,40%** pertanto degli assicurati.

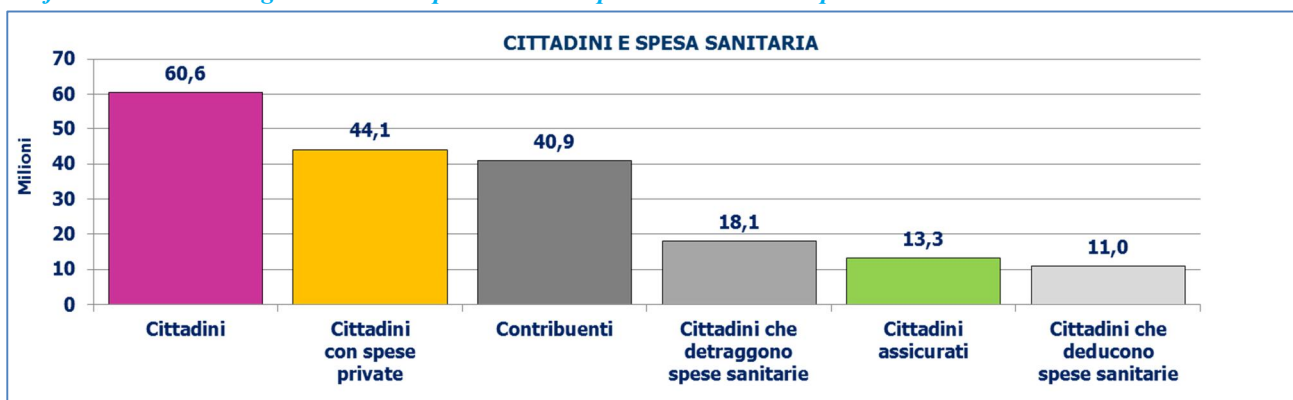
Il meccanismo delle deduzioni riconosciute per la Sanità Integrativa, diversamente da quello delle detrazioni per le spese sanitarie private, limita il riconoscimento degli oneri deducibili alle sole Forme Sanitarie Integrative di natura collettiva e, comunque, in presenza di una comprovata funzione eminentemente integrativa del Servizio Sanitario Nazionale.

L'applicabilità del meccanismo degli oneri deducibili, peraltro, risulta significativamente differenziata tra percettori di reddito di lavoro dipendente – per i quali il beneficio fiscale è accordato in presenza di adesione ad una Forma Sanitaria Integrativa che garantisca una quota di prestazioni integrative del Servizio Sanitario Nazionale almeno pari al **20%** – e percettori di altre tipologie reddituali (con la sola esclusione dei redditi da pensione che, seppur con una normativa specifica, sono prevalentemente riconducibili a quelli di lavoro dipendente), in particolare redditi di lavoro autonomo e redditi di impresa – per i quali il beneficio fiscale invece può essere riconosciuto esclusivamente in presenza di adesione ad una Forma Sanitaria Integrativa che assicuri solo ed esclusivamente prestazioni sanitarie integrative del Servizio Sanitario Nazionale –, con una potenziale violazione dei principi di uguaglianza e capacità contributiva (art. 3 e art. 53 della Costituzione Italiana) del secondo gruppo di contribuenti.

Alla luce delle differenze di finalità ed impostazione dei regimi fiscali agevolativi appena illustrati si ritiene utile riepilogare anche il rispettivo livello di diffusione presso la popolazione italiana (**Grafico 39**).

Come anticipato, **su 60,6 milioni** di cittadini sono **44,1 milioni** gli italiani che pagano di tasca propria le proprie cure. Nel 2017 stati **18,1 milioni** gli italiani che hanno portato in detrazione spese sanitarie pagate di tasca propria, a fronte di **40,9 milioni** di contribuenti. Nel medesimo periodo è salito a **13,3 milioni** di persone il numero degli assicurati da Forme di Sanità Integrativa dei quali **11 milioni** circa hanno beneficiato delle agevolazioni fiscali previste dalla normativa di settore.

**Grafico 39 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria privata: cittadini e Spesa Sanitaria**



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

Il meccanismo delle detrazioni, pure essendo accordato dallo Stato in modo generalizzato, produce degli effetti decisamente negativi sia dal punto di vista redistributivo che sociale.

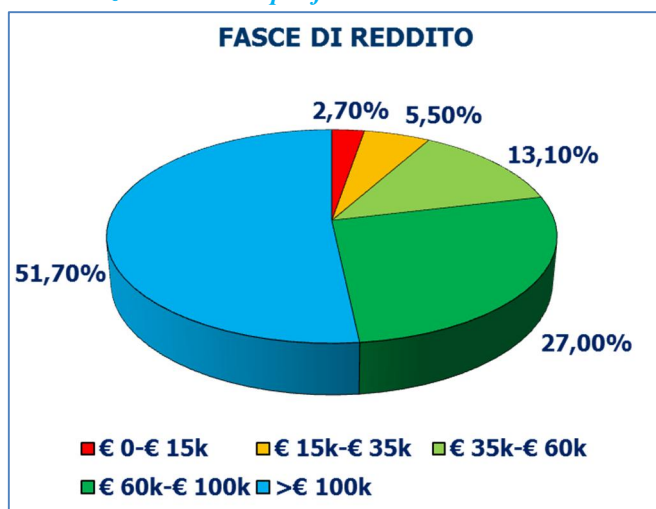
Il **80%** dei costi sostenuti da tutti i cittadini italiani attraverso la Finanza Pubblica per garantire le risorse necessarie al funzionamento del meccanismo delle detrazioni sanitarie, va a beneficio dei cittadini con redditi compresi superiori a 60.000 € (oltre il **50%** per i cittadini con redditi superiori a 100.000 €) (**Grafico 40**). La detrazione per spese sanitarie è più rara per chi dichiara redditi più bassi, molto diffusa invece per i redditi elevati. Ne risulta una forte concentrazione delle agevolazioni a favore dei redditi medio-alti, che paradossalmente sarebbero maggiormente in condizione di sostenere autonomamente la Spesa Sanitaria privata.

In altre termini il meccanismo delle detrazioni sanitarie presenta, al pari della stessa Spesa Sanitaria privata, una forte natura regressiva fornendo un supporto del tutto inadeguato ai redditi bassi ed ai redditi medio –



bassi ed anzi amplificando la divaricazione tra i cittadini meno abbienti e quelli con maggiore disponibilità reddituale/capacità di spesa in campo sanitario.

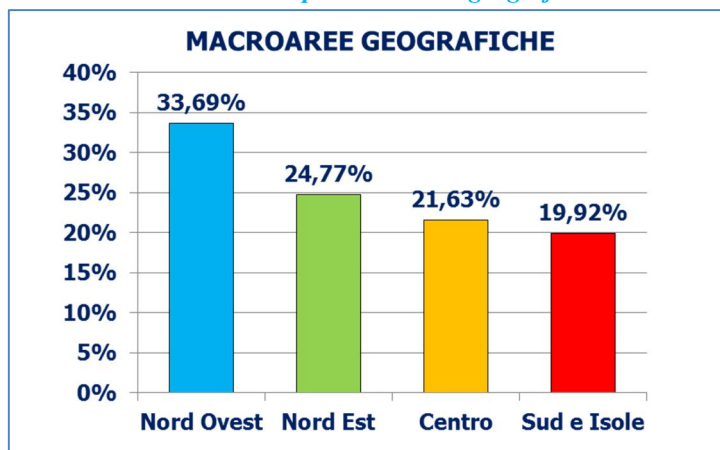
Grafico 40 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per fascia di reddito



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

Anche a livello territoriale, peraltro, i dati dimostrano che a livello applicativo il meccanismo delle detrazioni finisce per amplificare ulteriormente il divario tra Nord e Sud. Quasi il **60%** dei costi sostenuti da tutti i cittadini italiani attraverso la Finanza Pubblica per garantire le risorse necessarie al funzionamento del meccanismo delle detrazioni sanitarie viene assorbito dalle Regioni del Nord, meno del **20%** dalle Regioni del Sud e Isole. La frequenza delle richieste è più elevata in Veneto, Emilia Romagna e Lombardia mentre è più contenuta in Campania e Calabria; parimenti le cure private portate in detrazione risultano più elevata al Nord (oltre **1.100 € pro capite** in Lombardia e Lazio) e più contenute nel Mezzogiorno (meno di **700 €** in Basilicata e Molise) (Grafico 41).

Grafico 41 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per macroaree geografiche



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

Da ultimo, non si può trascurare che la stessa capacità di contrasto dell'elusione/evasione fiscale assicurata dal meccanismo delle detrazioni sanitarie per il settore delle cure private risulta assolutamente moderata. L'aliquota di spesa piuttosto contenuta (il **19%**, appunto), infatti, lascia ampi margini di manovra ai professionisti emittenti fattura non favorendo un adeguato conflitto di interessi in materia fiscale tra medico e paziente. Tale perplessità, del resto, potrebbe essere confermata dalla stessa distribuzione degli oneri detraibili appena commentata. In altri termini, il meccanismo delle detrazioni, potrebbe risultare non adeguatamente competitivo per i redditi più bassi e/o nelle aree geografiche caratterizzate da maggiori criticità economiche.

Del resto il fenomeno dell'elusione/evasione relativa alle cure private è tutt'altro che irrilevante. Secondo l'ultimo Rapporto "Curiamo la corruzione 2017", promosso da Transparency International Italia in partnership con Censis, Ispe-Sanità e Rissc, si stima infatti che circa il **23%** per cento della Spesa Sanitaria privata sarebbe esposta a rischio di elusione/evasione fiscale con l'ulteriore conseguenza, peraltro, che la reale incidenza della Spesa Sanitaria privata sui redditi delle famiglie italiane potrebbe essere già oggi ben più consistente (indicativamente le stime considerano una consistenza compresa **tra 6 e 8 miliardi di EUR** aggiuntivi ogni anno).

Le analisi condotte nel presente Rapporto sulla Sanità Integrativa (cfr. successivo capitolo E) mostrano, invece, come le Polizze Sanitarie ed i Fondi Integrativi assicurino una capacità redistributiva decisamente maggiore rispetto al meccanismo delle detrazioni sanitarie trasferendo ai redditi medio-bassi un beneficio più consistente (**Grafico 42**).

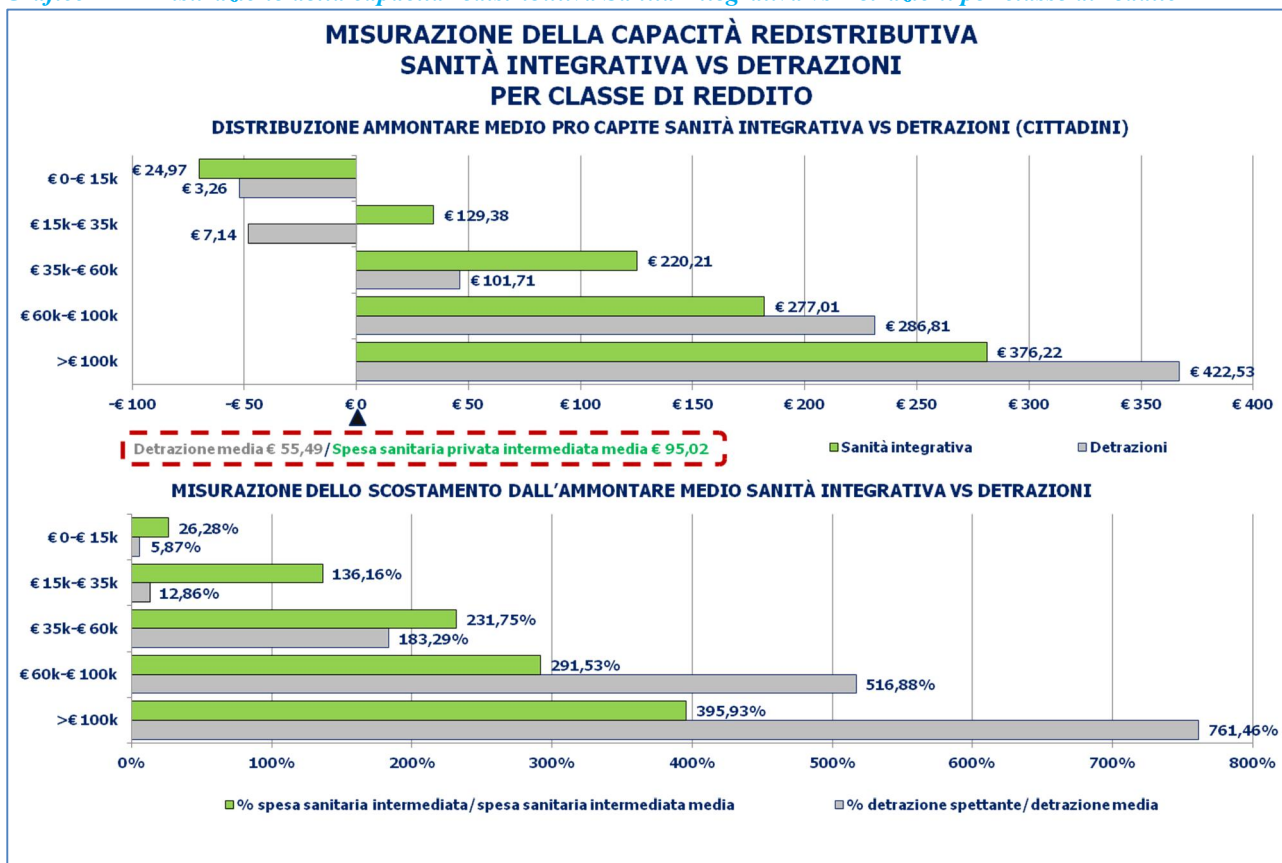
In particolare, per i cittadini con redditi inferiori a 15.000 € il meccanismo delle detrazioni sanitarie rende disponibile un rimborso medio della Spesa Sanitaria sostenuta pari ad **3,26 €**, corrispondenti al **5,87%** dell'ammontare medio delle detrazioni per spese sanitarie spettanti al cittadino. Per la medesima fascia di reddito, invece, la Sanità Integrativa garantisce un valore medio di Spesa Sanitaria intermediata di **24,97 €**, pari al **26,28%** dell'ammontare medio gestito per ciascun cittadino.

Anche per la seconda fascia di reddito, quella dei cittadini con redditi compresi tra 15.000 € e 35.000 € si registra una capacità redistributiva della Sanità Integrativa decisamente superiore a quella del meccanismo delle detrazioni sanitarie. Infatti a fronte di un rimborso medio della Spesa Sanitaria pagata dal cittadino di **7,14 €**, pari al **12,86%** dell'ammontare medio delle detrazioni per spese sanitarie spettanti al cittadino, la Sanità Integrativa assicura un valore medio di intermediazione delle spese pagate di tasca di **129,38 €**, decisamente più elevato, più elevato rispetto alla media già di oltre 36 punti percentuali (**136,16%**).

Con riferimento alla fascia di reddito compreso tra 35.000 € e 60.000 € il meccanismo delle detrazioni sanitarie rende disponibile un rimborso medio della Spesa Sanitaria sostenuta pari ad **101,71 €**, corrispondenti al **183,29%** dell'ammontare medio delle detrazioni per spese sanitarie spettanti al cittadino. Per la medesima fascia di reddito, invece, la Sanità Integrativa garantisce un valore medio di Spesa Sanitaria intermediata di **220,21 €**, pari al **231,75%** dell'ammontare medio gestito per ciascun cittadino.

A conferma delle valutazioni già espresse in merito alla regressività del meccanismo delle detrazioni sanitarie per le ultime due fasce di reddito considerate, quella compresa tra 60.000 € e 100.000 € e quella eccedente 100.000 €, l'ammontare del rimborso medio della Spesa Sanitaria privata sostenuta dal cittadino cresce notevolmente, rispettivamente a **286,81 €** e a **422,53 €**. In termini percentuali si tratta del **516,88%** e del **761,46%** dell'ammontare medio delle detrazioni per spese sanitarie spettanti al cittadino. Nel contempo, in corrispondenza delle due fasce reddituali in analisi, viene a confermarsi anche la maggior capacità redistributiva della Sanità Integrativa che fa registrare un incremento assolutamente più graduale del valore medio della Spesa Sanitaria intermediata rispettivamente a **277,01 €**, corrispondente al **291,53%** dell'ammontare medio gestito per ciascun cittadino, e a **376,22 €**, corrispondente al **395,93%** dell'ammontare medio gestito per ciascun cittadino.

Grafico 42 – Misurazione della capacità redistributiva Sanità Integrativa vs Detrazioni per classe di reddito



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

Alla luce dell'analisi sin qui condotta, si ritiene utile promuovere un ripensamento complessivo dei regimi fiscali applicati alla Spesa Sanitaria privata sostenuta di tasca propria e/o intermediata dalla Sanità Integrativa (Grafico 43).

In sintesi, il meccanismo delle detrazioni sanitarie riguarda oltre **18 milioni** di persone ed intercetta un ammontare di Spesa Sanitaria privata pari a circa **17,7 miliardi di EUR**; il costo per la Finanza Pubblica è di poco meno di **3,5 miliardi di EUR**, corrispondente ad un prelievo di **82,26 €** per ciascun contribuente, con un vantaggio medio *pro capite* di **55,49 €** per cittadino.

Il sistema delle deduzioni per la Sanità Integrativa riguarda poco meno di **11 milioni** di persone ed intercetta un ammontare di Spesa Sanitaria privata pari a circa **5,8 miliardi di EUR**; il costo per la Finanza Pubblica è di poco meno di **1,2 miliardi di EUR**, corrispondente ad un prelievo di **93,41 €** per ciascun contribuente, con un vantaggio medio *pro capite* di **95,02 €** per cittadino.

Grafico 43 – Detrazioni spese sanitarie vs deduzioni Sanità Integrativa

DETRAZIONI	VS	DEDUZIONI
<b>18.070.198</b>	<b>NR. PERSONE</b>	<b>10.961.544</b>
<b>€ 3.362.080.970</b>	<b>COSTI</b>	<b>€ 1.241.616.829</b>
<b>€ 17.695.163.000</b>	<b>SPESA SANITARIA INTERCETTATA</b>	<b>€ 5.757.469.477</b>
<b>€ 82,26</b>	<b>BENEFICIO FISCALE PRO CAPITE</b>	<b>€ 93,41</b>
<b>€55,49</b>	<b>VANTAGGIO MEDIO PRO CAPITE</b>	<b>€95,02</b>

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

Il meccanismo delle detrazioni sanitarie è più costoso, regressivo e diseguale territorialmente rispetto a quello delle deduzioni applicato alla Sanità Integrativa. Si tratta, inoltre, di un meccanismo generalizzato che non prevede alcun collegamento tra l'effettiva necessità di integrare i livelli assistenziali garantiti dal

Servizio Sanitario Nazionale ed il sostegno al reddito del cittadino rischiando, potenzialmente, di favorire anche possibili forme di “consumismo sanitario”. La scarsa convenienza, nei termini già illustrati, delle detrazioni sanitarie peraltro le rendono piuttosto inadeguate a fronteggiare i fenomeni di elusione/evasione fiscale che caratterizzano la Spesa Sanitaria privata.

Sviluppare la Sanità Integrativa, che beneficia del sistema delle deduzioni sulle contribuzioni versate, ridurrebbe il costo che lo Stato sostiene sul fronte delle detrazioni, anche perché come noto le prestazioni sanitarie rimborsate da Polizze Sanitarie e Fondi Integrativi sono indetraibili, assicurerebbe maggiore uguaglianza anche nell’accesso alle cure private e finalizzerebbe il supporto della Finanza Pubblica alle sole prestazioni sanitarie ritenute integrative e/o complementari al Servizio Sanitario Nazionale. Peraltro, la necessità di presentare prescrizioni sanitarie e fatture alle Forme Sanitarie Integrative per ottenerne il rimborso, garantirebbe un miglior controllo in termini di appropriatezza ed un più efficace contrasto dell’elusione/evasione in Sanità privata, stimabile in almeno **2 miliardi di EUR** tra visite specialistiche e badanti.

In altri termini trasferire le risorse attualmente allocate per finanziare il funzionamento del meccanismo delle detrazioni sanitarie, assolutamente inefficace sia a livello economico sia a livello sociale, consentirebbe di ottimizzare le risorse derivanti dal gettito tributario e garantire un sostegno al reddito diffuso per rispondere ai nuovi bisogni di cura di tutti i cittadini italiani.

A questo riguardo bisogna considerare che, sulla base delle simulazioni condotte, la scelta di sottoscrivere una Polizza Sanitaria o di aderire ad un Fondo Integrativo risulta decisamente più conveniente per il cittadino rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private sebbene parzialmente rimborsato attraverso il meccanismo delle detrazioni (**Grafico 44**). Il meccanismo delle detrazioni sanitarie, come già accennato, ha un costo medio *pro capite* per ciascun contribuente di **82,26 €** e garantisce un vantaggio medio *pro capite* di **55,49 €** per cittadino. Diversamente, la Sanità Integrativa presenta un costo medio *pro capite* di **93,41 €** ed assicura un vantaggio medio *pro capite* per ciascun cittadino di **95,02 €**.

In conclusione la sottoscrizione di una Forma Sanitaria Integrativa rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private delle quali si ha bisogno, assicura in media al cittadino un beneficio economico di circa il 60% in termini di minori costi per la gestione dei propri bisogni sanitari ed assistenziali.

**Grafico 44 – Detrazioni spese sanitarie vs deduzioni Sanità Integrativa: analisi costi e benefici**



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

## E) IL SETTORE DELLA SANITÀ INTEGRATIVA

### E.1) Sanità Integrativa: prima di tutto un po' di chiarezza...

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

Tali strumenti, in effetti, sono di fondamentale importanza per il nostro Paese perché possono garantire il recupero di ulteriori risorse sempre più necessarie per il Sistema Sanitario e nel contempo favorire una “collettivizzazione” di quella Spesa Sanitaria privata che, come abbiamo illustrato, sta scavando differenze profonde tra i cittadini. Tuttavia, seppure l’attuale impianto normativo che disciplina le Forme Sanitarie

Integrative risulti assolutamente disorganico ed incompiuto, non si può pensare di cancellare con un colpo di spugna le regole del gioco partendo da presunte interpretazioni autentiche dello spirito originario di una normativa quadro che, è bene ricordarlo, risale ormai ad oltre 25 anni fa. È fondamentale quindi che qualsiasi intervento, in un settore così delicato come quello della salute dei cittadini, venga ben ponderato prendendo conoscenza delle evoluzioni attuative di tale impianto normativo e comprendendo l'effettivo ruolo che già oggi le Forme Sanitarie Integrative svolgono per oltre il **20%** dei cittadini italiani.

### **E.1.1) Le Forme Sanitarie Integrative**

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

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

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

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

- 1) Competizione tra Fondi Sanitari “no profit” e Compagnie Assicuratrici “for profit”;
- 2) Dicotomia tra Forme Sanitarie Collettive (“secondo pilastro”) e Forme Sanitarie Individuali (“terzo pilastro”).

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

Per quanto concerne invece la presunta dicotomia tra Forme Sanitarie Collettive (“secondo pilastro”) e Forme Sanitarie Individuali (“terzo pilastro”) è essenziale sapere che le Polizze Sanitarie Individuali operano al di fuori del settore dei Fondi Sanitari e, quindi, anche della disciplina del D.lgs. 502. Questo non perché si tratti di prodotti deregolamentati, ma perché assoggettati ad una normativa ben più stringente di quella destinata ai Fondi Sanitari definita dal Codice delle Assicurazioni e da tutti i relativi Regolamenti attuativi.

Tutte le polizze assicurative, e quindi anche quelle sanitarie, sono infatti direttamente assoggettate al controllo dell'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), un'Autorità amministrativa Indipendente che esercita la vigilanza sul mercato assicurativo italiano, per garantirne la stabilità e tutelare il consumatore. Le Polizze Sanitarie Individuali attualmente sono sottoscritte da tutti quei cittadini che non dispongono di un Fondo Sanitario o che, in ogni caso, necessitano di livelli di copertura superiori a quelli garantiti dai Fondi Sanitari. Ai premi pagati dai cittadini per le Polizze Sanitarie, diversamente da quanto avviene per i Fondi Sanitari, non sono mai stati riconosciuti benefici fiscali ed anzi è applicata una tassa del **2,5%** sull'entità di ciascun versamento. Ciò nonostante le prestazioni assicurate dai Fondi Sanitari sono assolutamente identiche a quelle garantite dalle Polizze Individuali. In altre parole, sia Fondi Sanitari che Polizze Sanitarie assicurano prestazioni integrative e complementari al Servizio Sanitario Nazionale.



### E.1.2) Fondi DOC, Fondi NON DOC e regime fiscale

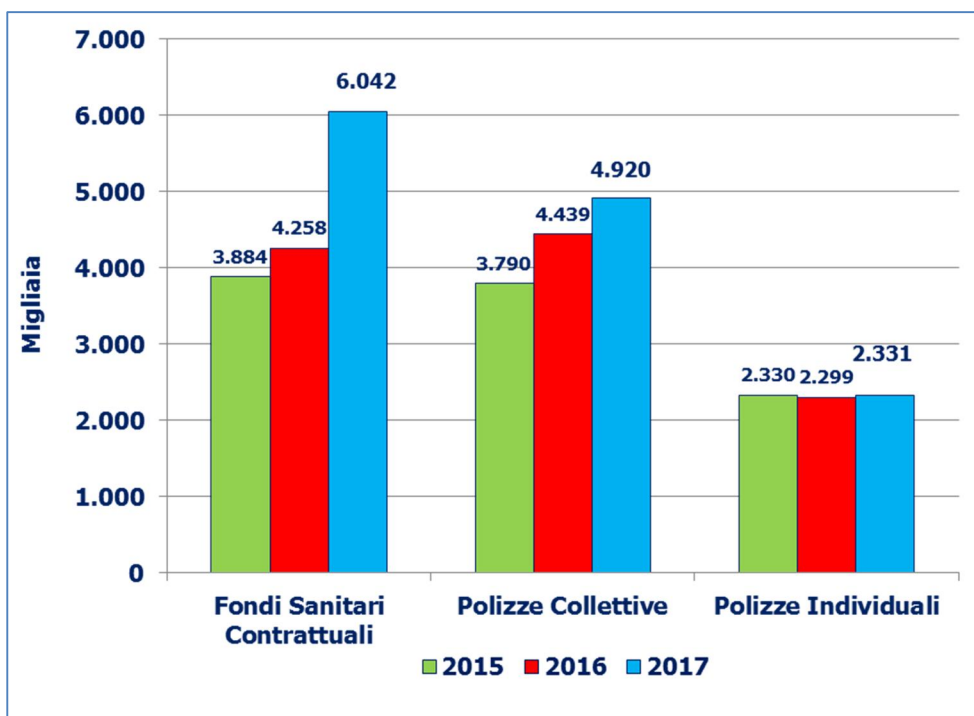
Con il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229, modificato di successivi Decreti Turco (Decreto Ministero della Salute 31 marzo 2008) e Sacconi (Decreto Ministeriale 27 ottobre 2009) il quadro appena descritto ha subito un'ulteriore articolazione. Il combinato disposto delle disposizioni normative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

### E.2) La Sanità Integrativa oggi

Attualmente il numero di assicurati dalla Sanità Integrativa è pari a **13.292.098**. Tra il 2015 e il 2017 il numero degli assicurati è cresciuto di oltre **3 milioni**<sup>3</sup> di persone, con un contributo fondamentale assicurati dai Fondi Integrativi contrattuali (**Grafico 45**). In crescita nel medesimo periodo anche il settore delle polizze collettive alimentato anch'esso, in buona parte dalla contrattazione, seppure promossa sul livello aziendale, e dalle forme emergenti di welfare aziendale. Stabile nell'orizzonte triennale, invece, il settore delle Polizze Individuali che nel 2017 è tornato ai livelli del 2015 recuperando la lieve flessione registrata nell'esercizio 2016.

<sup>3</sup> Numero assicurati Sanità Integrativa: 2015: 10,0 milioni di persone; 2016: 11,9 milioni di persone; 2017: 13,3 milioni di persone.

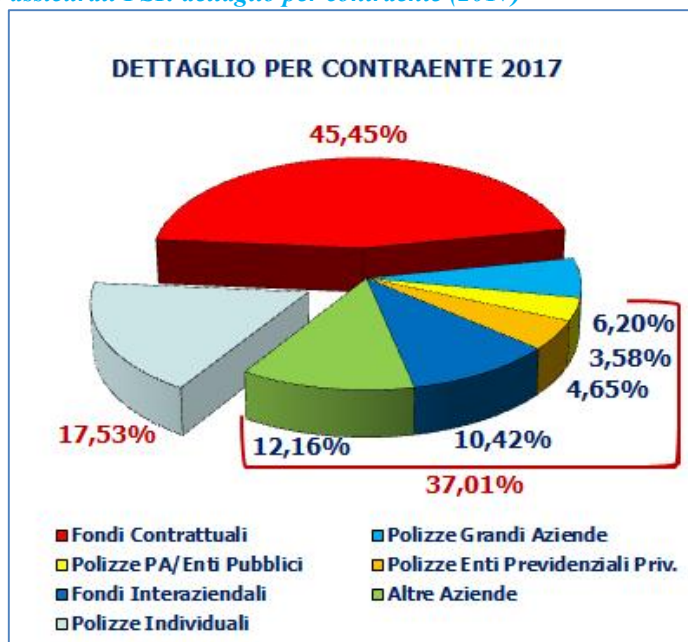
Grafico 45 – Distribuzione assicurati dalla Sanità Integrativa



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

Da questo quadro emerge come nel periodo considerato siano stati compiuti passi importanti in termini di incremento del livello di tutela sanitaria della popolazione, grazie anche all'importante impulso dato dalla Contrattazione Collettiva al settore.

Grafico 46 – Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per contraente (2017)



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

Analizzando il settore per tipologia di contraente, ovvero di soggetto che promuove presso i propri assicurati una Forma di Sanità Integrativa mediante la sottoscrizione di una Polizza Sanitaria collettiva, emerge come oltre il 45% degli assicurati abbia come contraente un Fondo Integrativo contrattuale. Il 17,53% degli assicurati, invece, ha sottoscritto direttamente con una Compagnia Assicurativa una Polizza Sanitaria Individuale finalizzate a garantire una tutela aggiuntiva per la propria salute. Il 12,6% degli assicurati,

invece, è assicurato attraverso Piani Sanitari aziendali attuati da aziende di medie (ed in misura minore, piccole) dimensioni che a tal fine hanno stipulato Polizze Sanitarie Collettive. Il **10,42%** degli assicurati, invece, aderisce attraverso forme/regolamenti di Welfare Aziendale a Fondi Integrativi interaziendali promossi direttamente da Compagnie Assicuratrici o, in misura minore, da Broker per dare attuazione ai Piani Sanitari Aziendali in tutti quei casi (molto diffusi) nei quali l'azienda non risulti dotata di un Fondo Sanitario proprio o istituito dalla Contrattazione Collettiva Nazionale del proprio settore. Il **6,20%** degli assicurati è assicurato mediante Piani Sanitari aziendali promossi da grandi aziende/multinazionali sempre attraverso la stipula di Polizze Sanitarie Collettive. Il **4,65%** degli assicurati, tipicamente liberi professionisti e loro familiari, è assicurato attraverso Polizze Sanitarie Collettive stipulate da Enti Previdenziali privatizzati (Inarcassa, Cassa del Notariato, Enpav etc) o da Enti associativi di tali Casse, quali EMAPI, in attuazione della funzione assistenziale assegnata loro dalla legge<sup>4</sup>. Il **3,58%** degli assicurati, infine, è assicurato attraverso Polizze Sanitarie collettive stipulate dalle principali Pubbliche Amministrazioni o da Enti Pubblici a favore del proprio personale in applicazione di accordi collettivi aziendali.

Importante sottolineare – anche per sfatare un errato convincimento spesso pervicacemente promosso da alcuni commentatori— che seppure attraverso prodotti diversi, il **85%** circa della Sanità Integrativa risulta attualmente gestito mediante il ricorso al settore assicurativo (**Grafico 47**).

Nella prospettiva di un possibile ampliamento del ruolo della Sanità Integrativa nel nostro Paese sarà importante tener ben presente che non esiste, nei fatti, alcuna contrapposizione/alternatività tra Compagnie Assicuratrici e Fondi Integrativi. Infatti le Polizze Sanitarie Collettive che, sono lo strumento che garantisce nella stragrande maggioranza dei casi attuazione ai Piani Sanitari promossi dai Fondi Integrativi, condividono in tutto e per tutto lo stesso impianto “assuntivo” ovvero: assenza di selezione del rischio, ampiezza delle coperture, costo standardizzato (c.d. “flat”) e omogeneo per tutti gli assicurati.

**Grafico 47 – Distribuzione assicurati FSI: dettaglio per regime gestionale (2017)**



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

La distribuzione degli assicurati dalla Sanità Integrativa per macroarea geografica (**Grafico 48**) mostra una maggior incidenza del numero di assicurati riconducibile alla macroarea Nord Ovest, sia con riferimento alle Polizze Sanitarie individuali (**38,5%**) ed alle Polizze Sanitarie collettive/Fondi Integrativi (**52%**). Seguono nel segmento delle Polizze Sanitarie individuali il Nord Est con il **26%** ed il Centro con il **20,98%** nel segmento delle Polizze Sanitarie collettive/Fondi Integrativi. Ancora nel segmento delle Polizze Sanitarie Individuali si registra un **24%**, di assicurati riconducibili alla macroarea Centro e nel segmento delle Polizze Sanitarie collettive/Fondi Integrativi un **17%** di assicurati della macroarea Nord Est. Il Sud e Isole è in entrambi i segmenti, Polizze Sanitarie collettive/Fondi Integrativi e Polizze Sanitarie individuali, la macroarea con il minor numero di assicurati, rispettivamente il **10,64%** ed il **9,64%**.

<sup>4</sup> In base alla Legge n. gli Enti Previdenziali privatizzati oltre ad occuparsi della previdenza dei professionisti possono attivare anche regimi assistenziali in campo sanitario.

Grafico 48– Polizze individuali e collettive per macroarea geografica



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

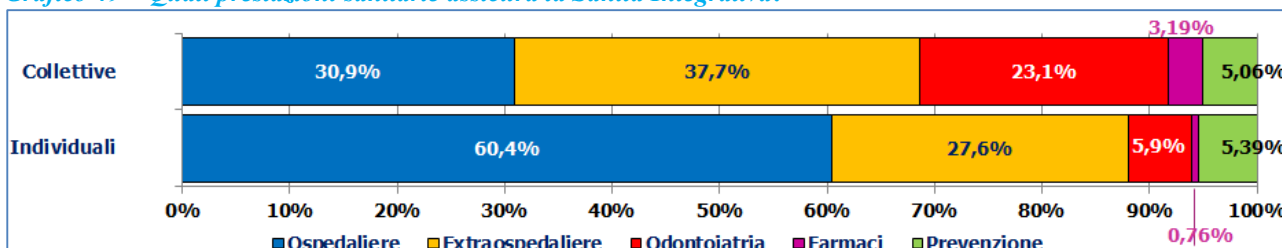
Da ultimo interessante rilevare che la macroarea Nord Ovest si caratterizza per una maggiore incidenza dei propri assicurati nel segmento delle Polizze Sanitarie collettive/Fondi Integrativi, le macroaree Nord Est e Centro per una prevalenza, invece, dei propri assicurati nel segmento delle Polizze Sanitarie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

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

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

Dai **5,8 miliardi di EUR** intermediati dalla Forme Sanitarie Integrative nel 2017 (Grafico 49) le Polizze Sanitarie collettive ed i Fondi Integrativi: hanno erogato il **38%** dei propri rimborsi in area extraospedaliera (**diagnostica e specialistica**), il **31%** in area ospedaliera, il **23%** in campo odontoiatrico, il **5%** in diagnosi precoce e prevenzione ed il **3%** in farmaci. Le Polizze Sanitarie individuali, invece hanno erogato il **60%** dei propri rimborsi in area ospedaliera, il **28%** in area extraospedaliera (**diagnostica e specialistica**), il **6%** in campo odontoiatrico, il **5,7%** in diagnosi precoce e prevenzione e lo **0,3%** in farmaci.

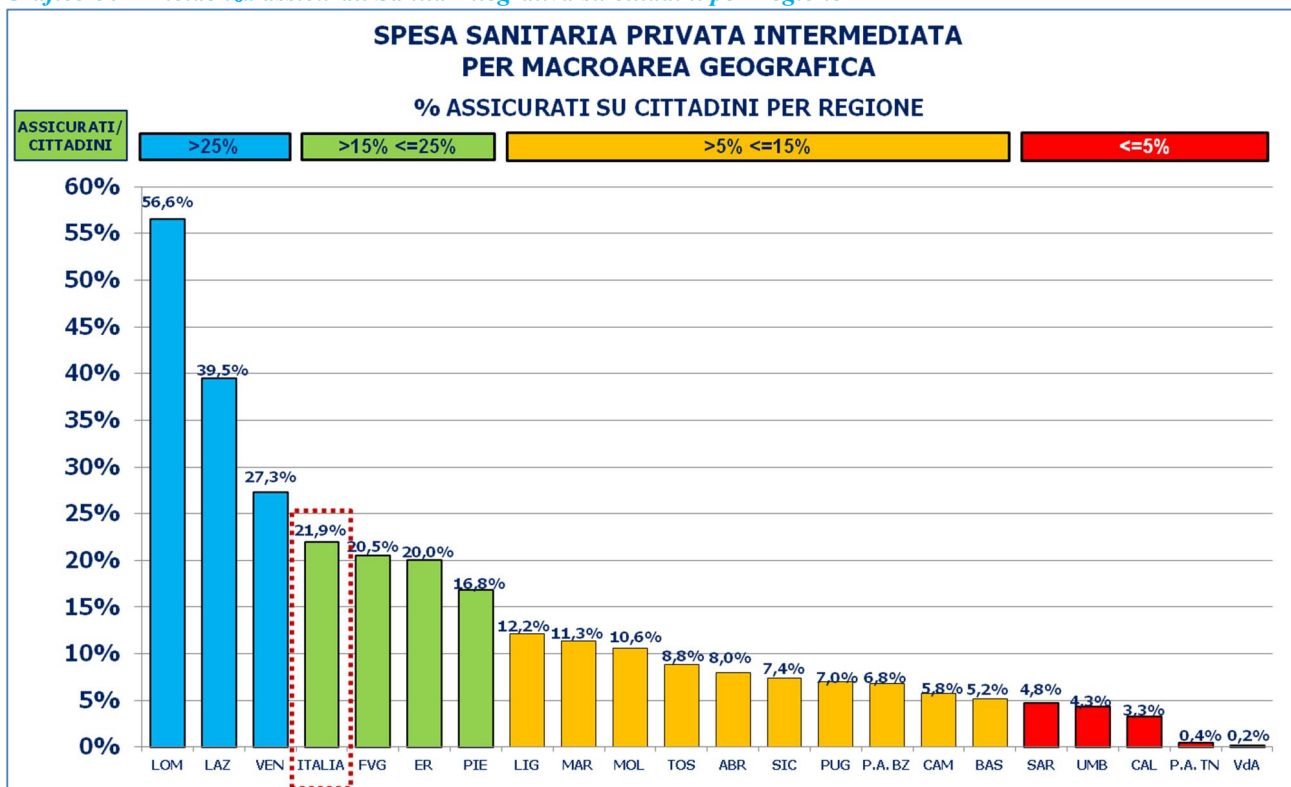
Grafico 49 – Quali prestazioni sanitarie assicura la Sanità Integrativa?



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

Il **21,9%** degli italiani è assicurato da Forme Sanitarie Integrative. Si assiste però ad una distribuzione piuttosto disomogenea dei cittadini tra le diverse Regioni italiane. Le Regioni che presentano il più elevato numero di assicurati sono Lombardia, Lazio e Veneto (Grafico 50). Le Regioni che presentano il minor numero di assicurati sono Sardegna, Umbria, Calabria, Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Trento.

Grafico 50 – Incidenza assicurati Sanità Integrativa su cittadini per Regione



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

Alla luce delle analisi illustrate, appare evidente che l'attuale assetto della Sanità Integrativa necessiti di un'evoluzione complessiva che consenta di fornire risposte direttamente collegate ai crescenti bisogni di tutela dei cittadini italiani. Inoltre in un settore che è e sarà sempre più chiamato a fronteggiare l'intermediazione della Spesa Sanitaria di tasca propria, che nel nostro Paese è spesa prevalentemente di frequenza e non di rischio, le Compagnie Assicuratrici possono fornire un importante valore aggiunto non solo in termini di assorbimento del rischio sanitario che grava su ogni cittadino ma anche, e soprattutto, in un'ottica di organizzazione dei percorsi di cura privati e di negoziazione accentrata delle tariffe nei confronti degli operatori della sanità privata.

### E.2.1) Diffusione della Sanità Integrativa per fascia di reddito

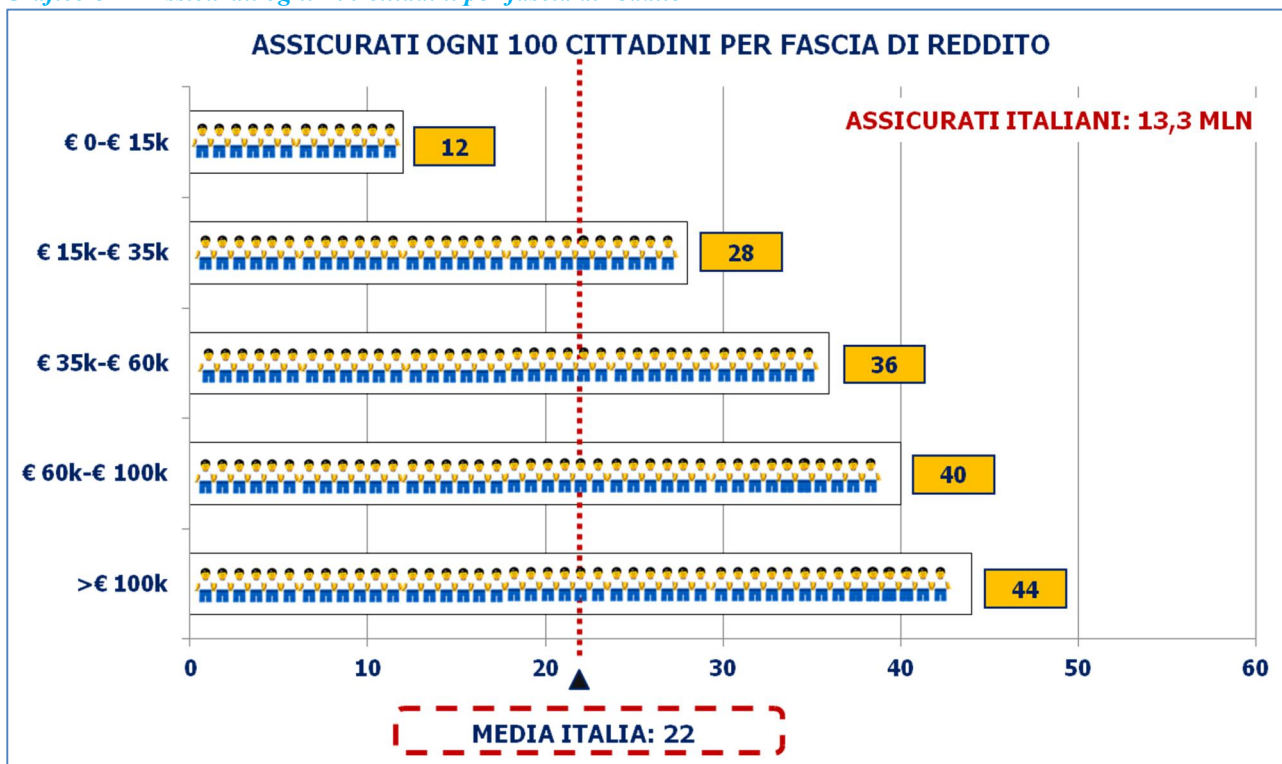
Polizze sanitarie e Fondi Integrativi non sono ad appannaggio esclusivo dei più ricchi. Sebbene il numero di cittadini già assicurati cresca all'aumentare delle fasce di reddito, la distribuzione complessiva degli assicurati risulta piuttosto omogenea e non mostra particolari scostamenti tra una fascia di reddito e quella successiva (Grafico 51).

Oltre 2 italiani su 10 sono assicurati. In particolare:

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



Grafico 51 – Assicurati ogni 100 cittadini per fascia di reddito

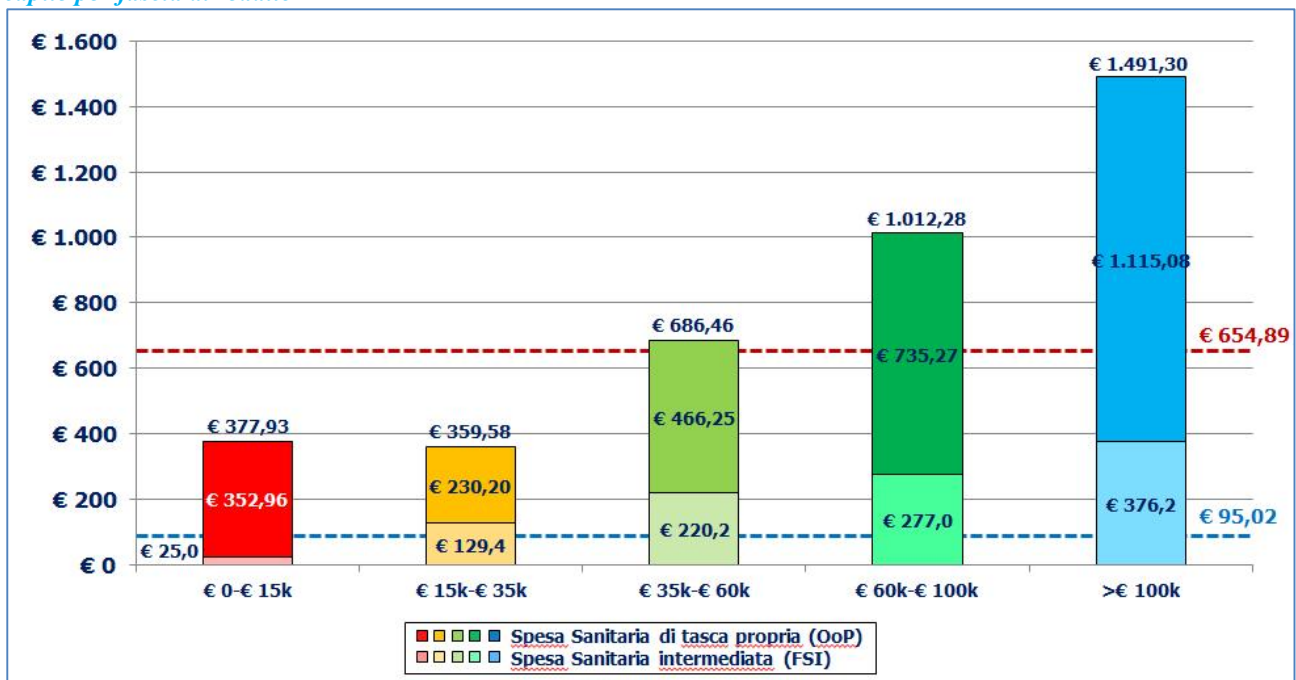


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

A fronte di una Spesa Sanitaria privata media *pro capite* di **654,89 €** la Spesa Sanitaria intermediata media *pro capite* è pari a **95,02 €** (il **14,51%** della Spesa Sanitaria privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria privata e intermediata *pro capite* tra le diverse fasce di reddito (**Grafico 52**):

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

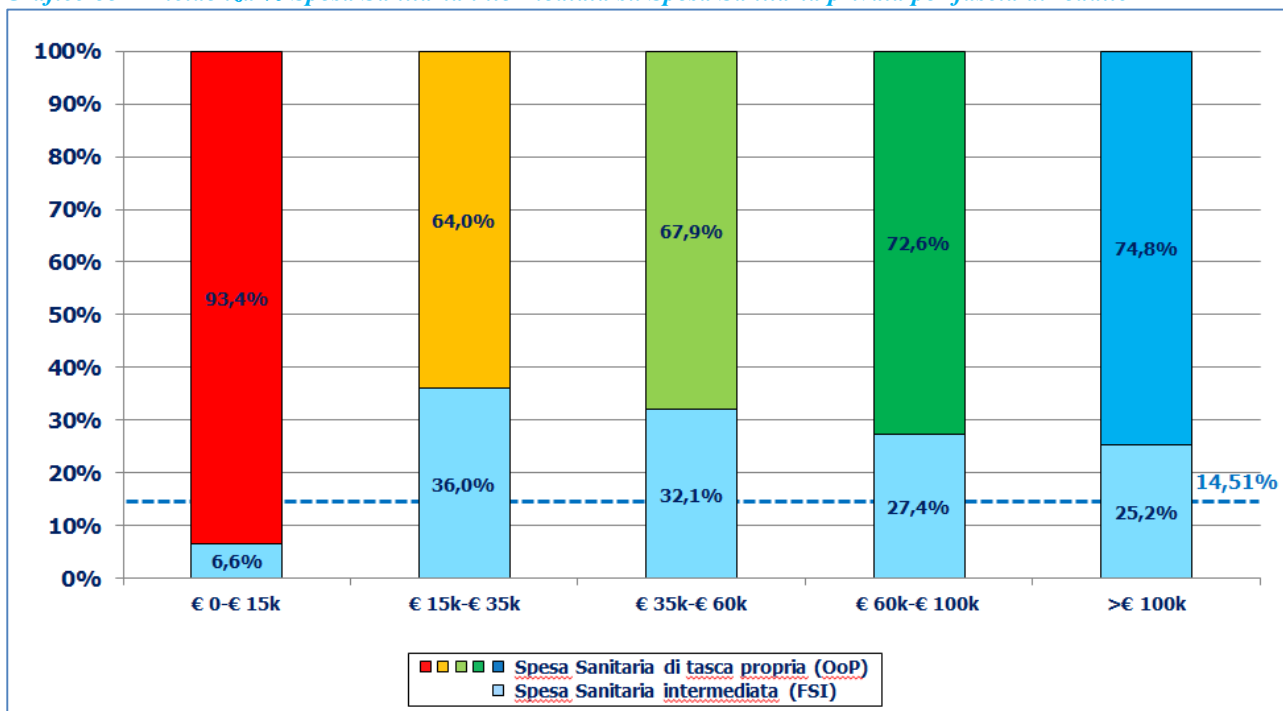
Grafico 52 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per fascia di reddito



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

Dei **5,8 miliardi di EUR** gestiti dalla Sanità Integrativa (il **14,51%** della Spesa Sanitaria privata), il **27,3%**, pari a **695 milioni di EUR**, sono riferibili ai cittadini con redditi inferiori a 15.000 €; il **48,0%**, pari a **3,35 miliardi di EUR**, ai cittadini con redditi compresi tra 15.000 € e 35.000 €; il **7,5%**, pari a **954 milioni di EUR**, ai cittadini con redditi compresi tra 35.000 € e 60.000 €; il **4,5%**, pari a **519 milioni di EUR**, ai cittadini con redditi compresi tra 60.000 € e 100.000 €; il **4,0%**, pari ad **237 milioni di EUR**, ai cittadini con redditi superiori a 100.000 €. Anche questo dato, pertanto, conferma l'elevata capacità redistributiva della Sanità Integrativa che esplica la sua funzione massima in relazione alle fasce dei redditi medio-bassi. Rilevante, comunque, anche il contributo assicurato ai redditi medio-alti a conferma di un raggio di azione piuttosto distribuito della Sanità Integrativa (**Grafico 53**).

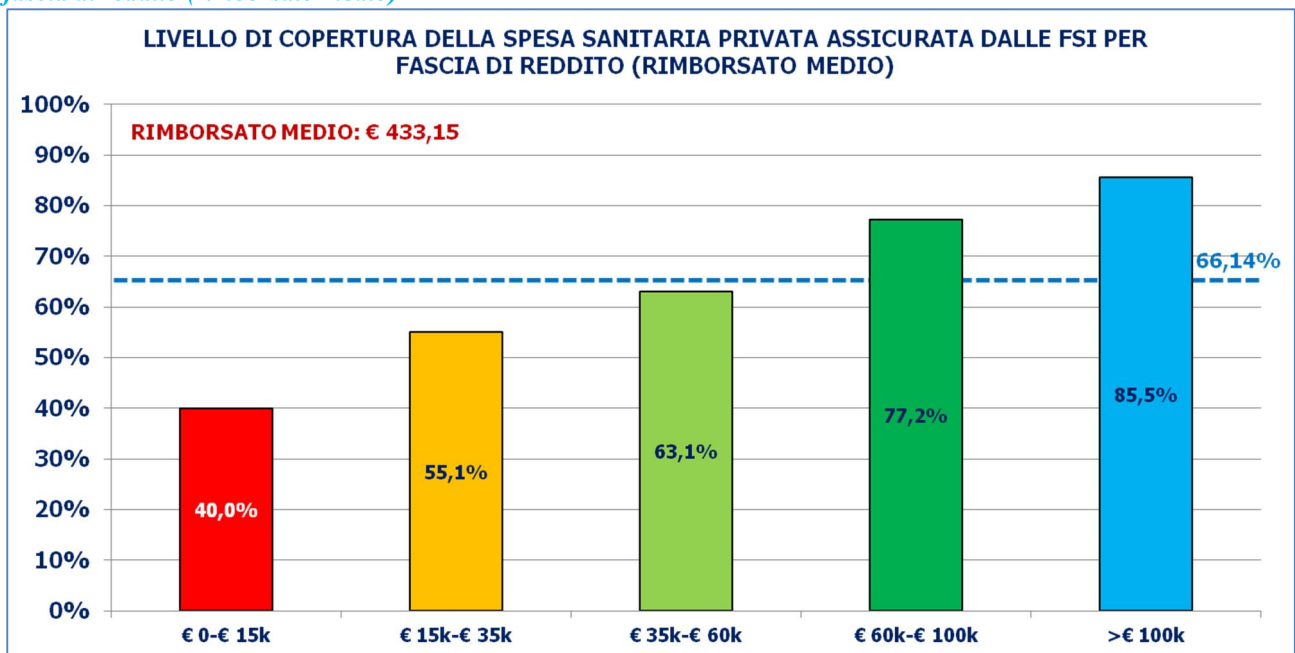
Grafico 53 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per fascia di reddito



Promuovere la Sanità Integrativa significa garantire una riduzione della Spesa Sanitaria di tasca propria soprattutto sui redditi medio-bassi. Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a **433,15 €**, pari al **66,14%** della Spesa Sanitaria privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito (**Grafico 54**):

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

Grafico 54 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per fascia di reddito (rimborsato medio)



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

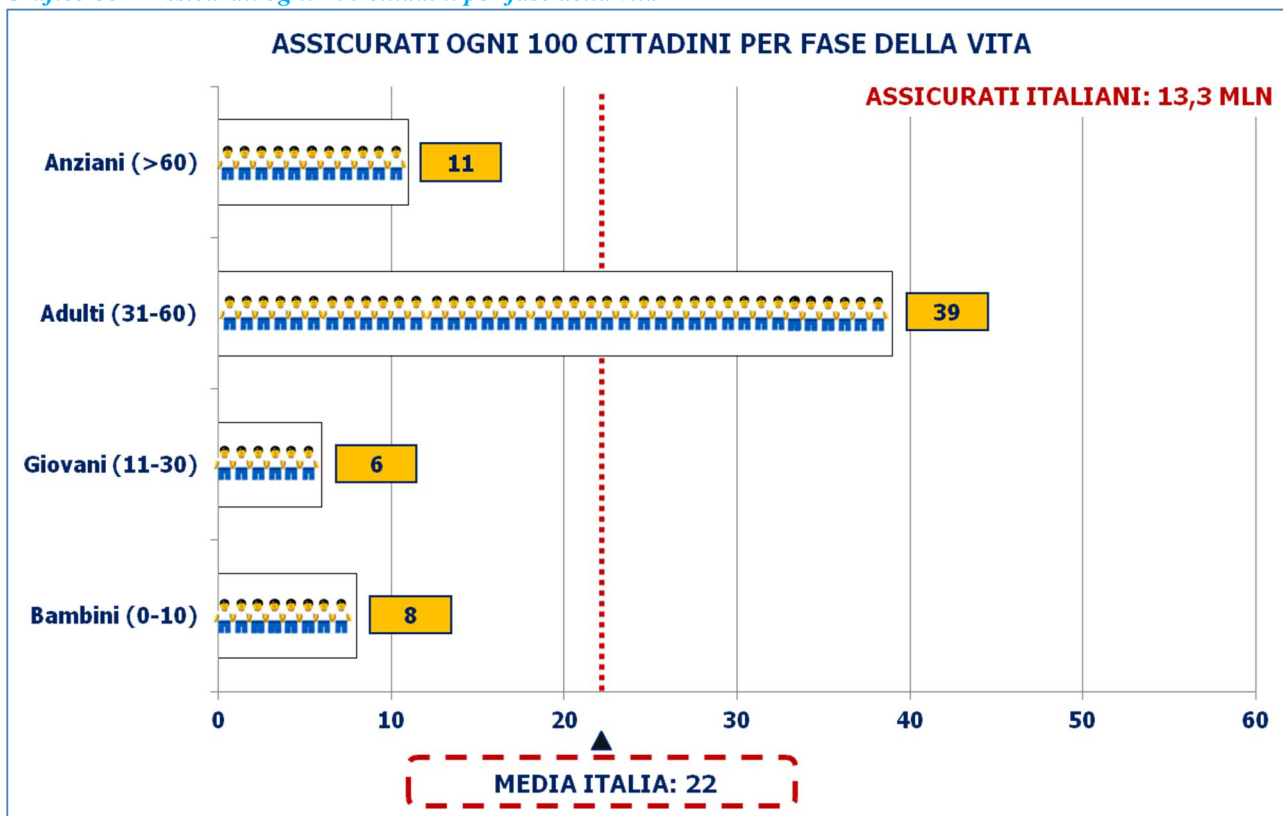
In termini di rimborso, pertanto, emerge un livello di copertura della Spesa Sanitaria privata sostenuta dal cittadino progressivamente crescente all'aumentare della propria fascia di reddito. Tale dinamica, del resto, è direttamente riconducibile anche all'ammontare dei contributi versati dal cittadino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

## E.2.2) Diffusione della Sanità Integrativa per fase della vita

L'attuale impianto della Sanità Integrativa è fortemente collegato alla sua natura occupazionale. In particolare i fondi sanitari contrattuali, che aggregano oggi il numero più ampio di assicurati, si prendono cura dei lavoratori prevalentemente durante l'attività lavorativa. La Sanità Integrativa con esclusione delle Polizze Collettive e dei Fondi Sanitari aziendali, non è attualmente estesa ai nuclei familiari e all'età del pensionamento (Grafico 55).

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

Grafico 55 – Assicurati ogni 100 cittadini per fase della vita



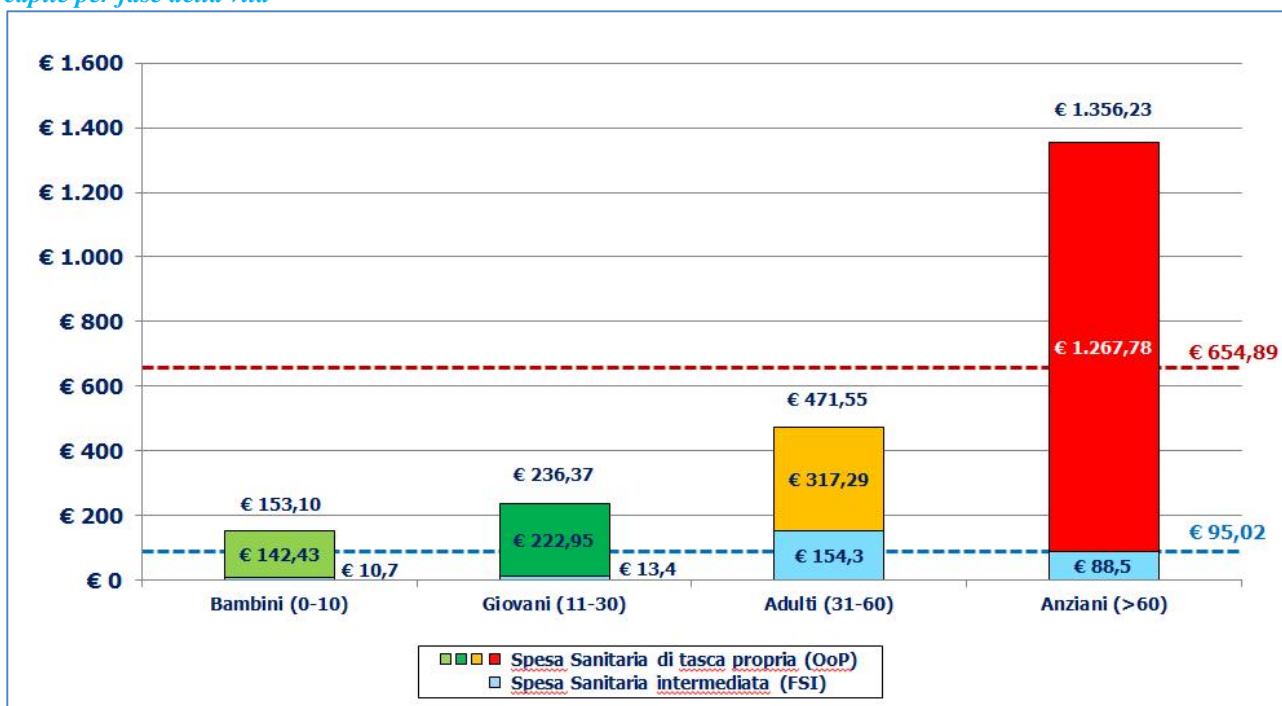
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

A fronte di una Spesa Sanitaria privata media *pro capite* di **654,89 €** la Spesa Sanitaria intermediata media *pro capite* è pari a **95,02 €** (il **14,51%** della Spesa Sanitaria privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria privata e intermediata *pro capite* tra le diverse fasi della vita (**Grafico 56**):

- ✓ Bambini (0-10 anni): **10,70 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **153,10 € (7,0%)**
- ✓ Giovani (11-30 anni): **13,40 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **236,37 € (5,7%)**
- ✓ Adulti (31-60 anni): **154,30 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **471,55 € (32,7%)**
- ✓ Anziani (>60 anni): **88,50 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **1.356,23 € (6,5 %)**



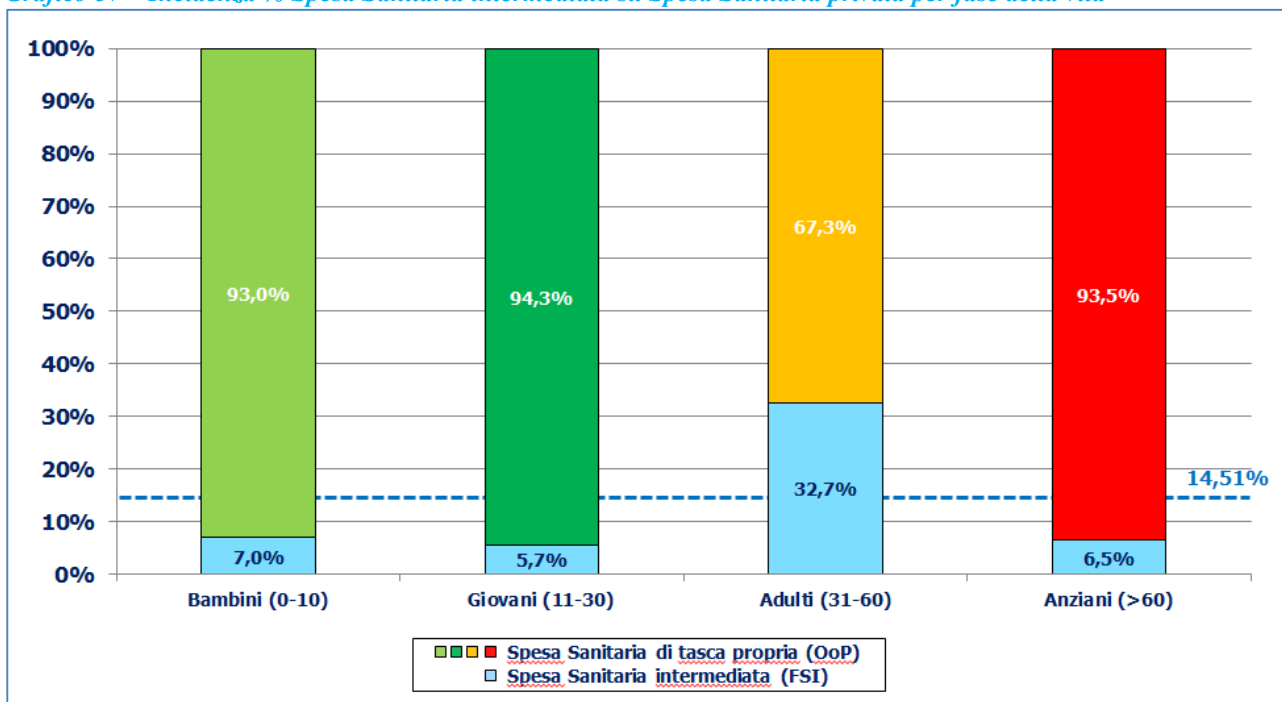
Grafico 56 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per fase della vita



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

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

Grafico 57 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per fase della vita



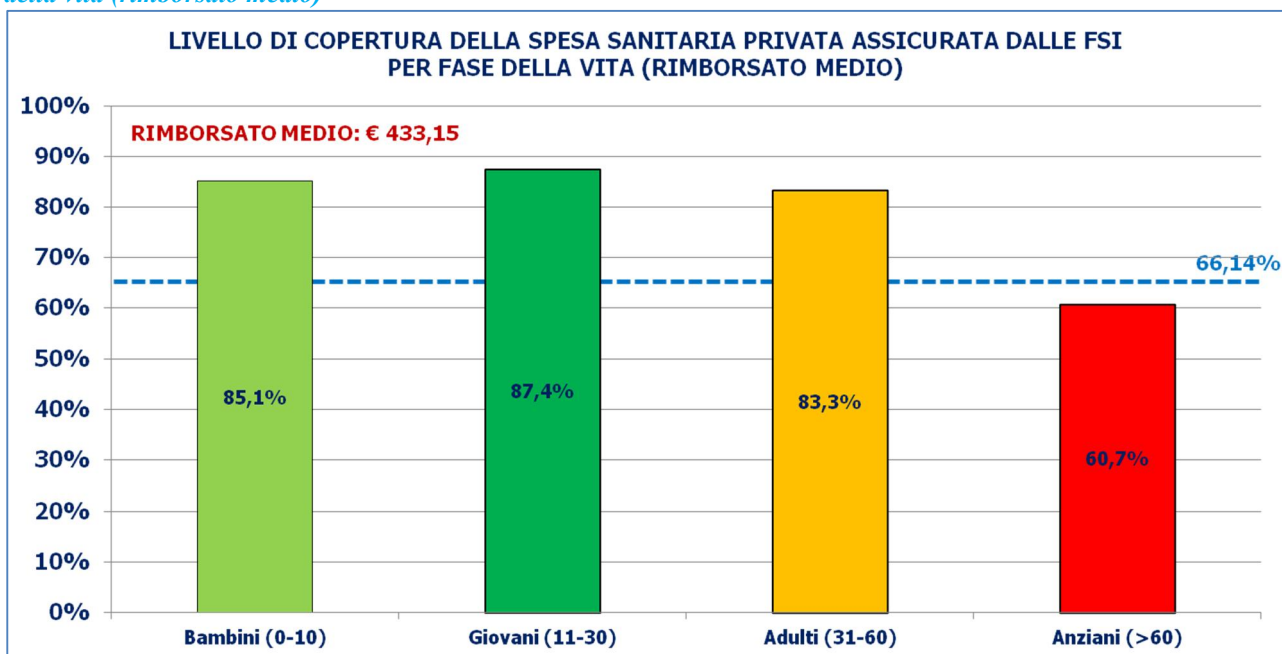
Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

L'incidenza della Spesa Sanitaria intermediata sulla Spesa Sanitaria privata è maggiore con riferimento alla fase adulta, nella quale supera un terzo della spesa. Sempre inferiore al **7%** per tutte le altre fasi della vita.

Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a **433,15 €**, pari al **66,14%** della Spesa Sanitaria privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito (**Grafico 58**):

- ✓ Bambini (0-10): **130,32 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **153,10 € (85,1%)**
- ✓ Giovani (11-30): **206,65 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **236,37 € (87,4%)**
- ✓ Adulti (31-60): **392,66 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **471,55 € (83,3%)**
- ✓ Anziani (>60): **823,60 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **1.356,23 € (60,7%)**

**Grafico 58 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per fase della vita (rimborso medio)**



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

### E.2.3) Diffusione della Sanità Integrativa per stato di salute

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

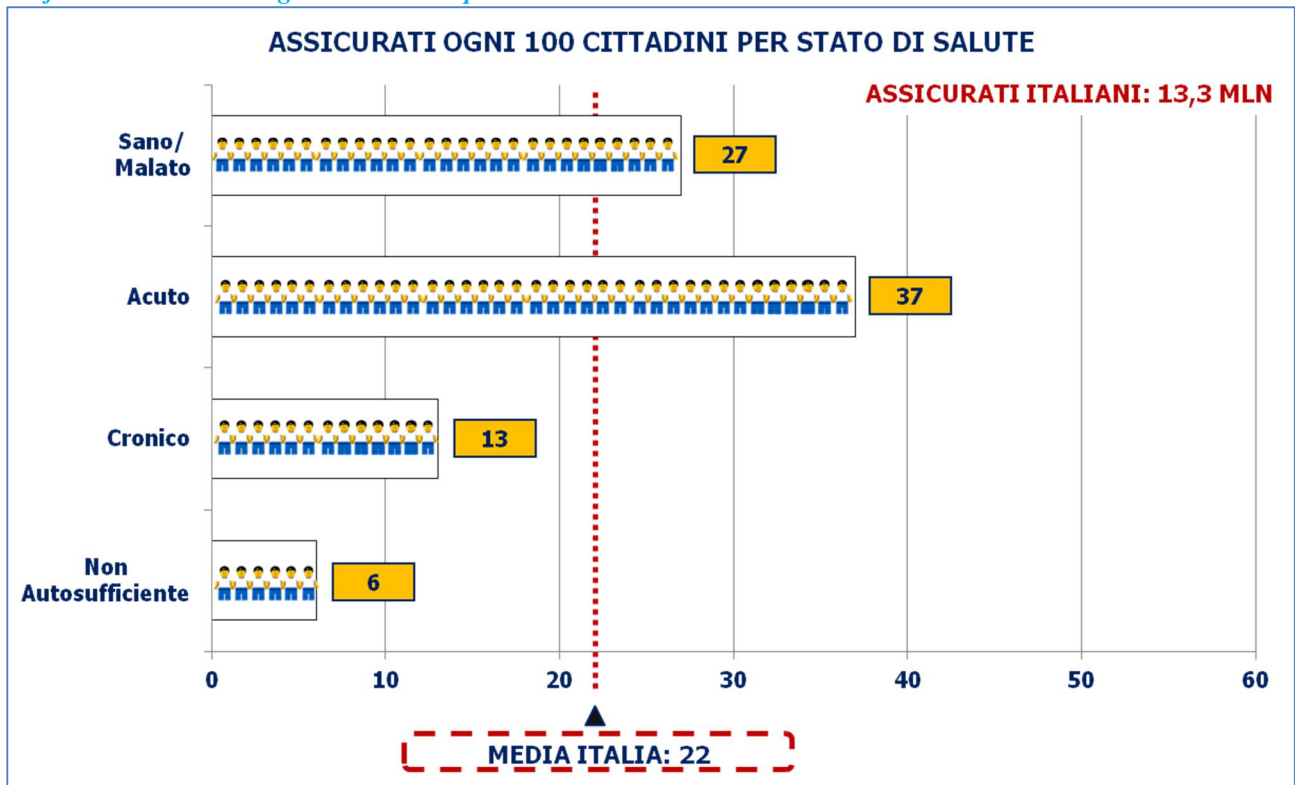
Attualmente le forme di Sanità Integrativa assicurano (**Grafico 59**):

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

Nel misurare il supporto attualmente fornito dalla Sanità Integrativa nei confronti dei non autosufficienti, bisogna considerare che le Forme Sanitarie Integrative sono, in base alla normativa assicurativa vigente nel nostro Paese, degli strumenti prevalentemente finalizzati a garantire un supporto in fase di accesso ed esecuzione dei percorsi di cura e non finalizzati ad un mero accumulo al reddito e non per garantire di risorse (diversamente dai Fondi Pensione). In quest'ottica, come già evidenziato nel VI Rapporto RBM-Censis, la gestione degli stati di non autosufficienza potrebbe rappresentare il "ponte tra Previdenza Complementare e Sanità Integrativa", realizzando, da un punto di vista tecnico, un'ottimizzazione degli strumenti assicurativi utilizzati dai Fondi per la gestione del fenomeno della non autosufficienza. Infatti, mentre i Fondi Pensione potrebbero fronteggiare le problematiche connesse con la sopravvivenza dei propri aderenti mediante

l'utilizzo del meccanismo della capitalizzazione, i Fondi Integrativi potrebbero garantire ai propri assicurati un'assistenza continuativa al verificarsi di eventi catastrofici di bassa frequenza ma di alta severity mediante l'adozione del meccanismo della ripartizione e valorizzando le soluzioni assistenziali disponibili presso il proprio Network di strutture sanitarie.

Grafico 59 – Assicurati ogni 100 cittadini per stato di salute

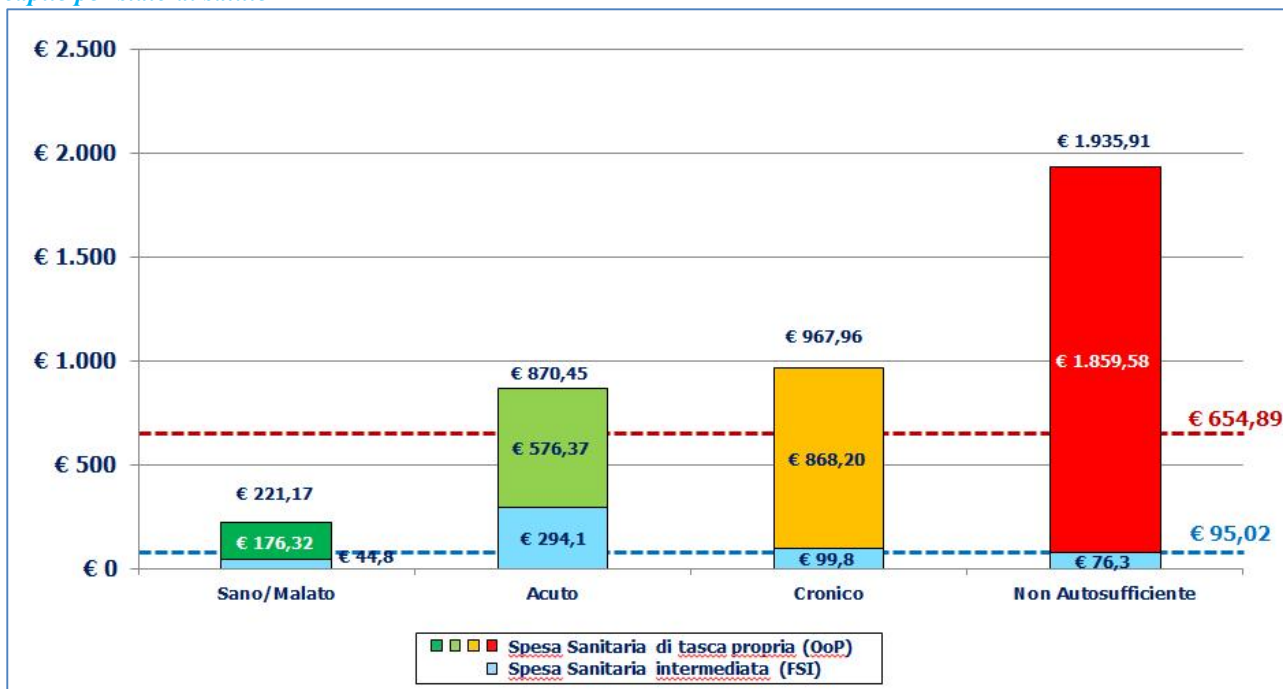


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

A fronte di una Spesa Sanitaria privata media *pro capite* di **654,89 €** la Spesa Sanitaria intermediata media *pro capite* è pari a **95,02 €** (il **14,51%** della Spesa Sanitaria privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria privata e intermediata *pro capite* tra i diversi stati di salute (Grafico 60):

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

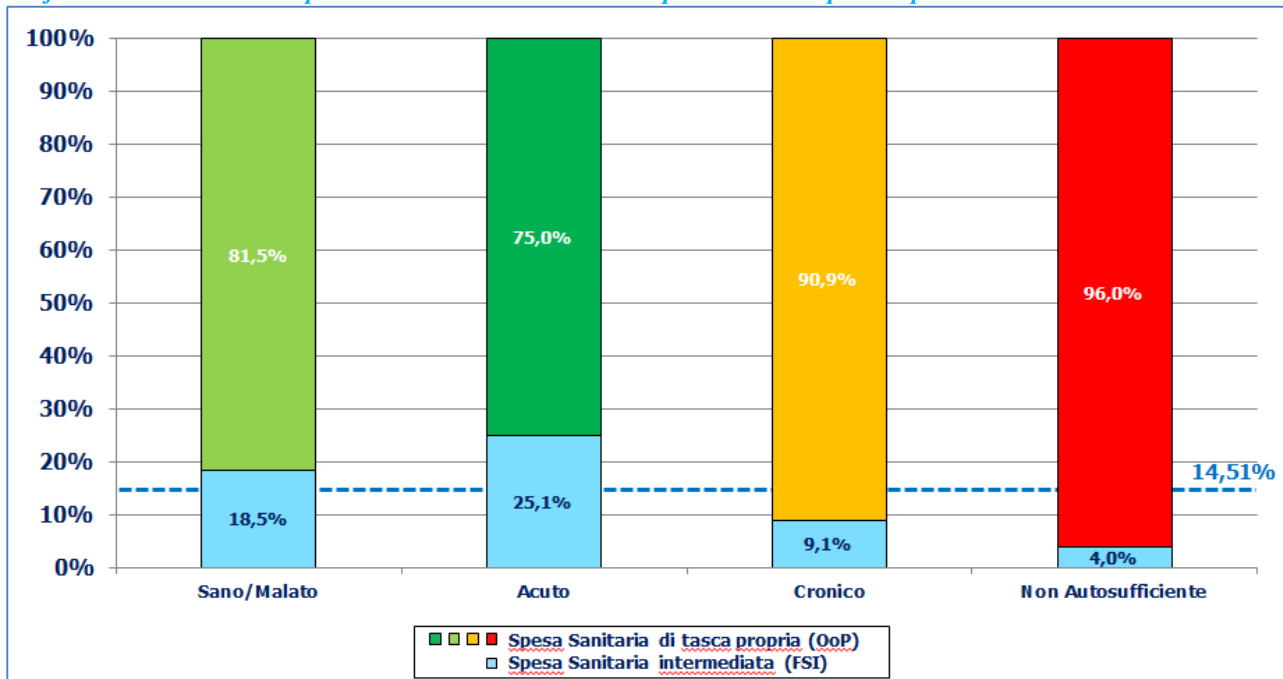
Grafico 60 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per stato di salute



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

Dei **5,8 miliardi di EUR** gestiti dalla Sanità Integrativa (il **14,51%** della Spesa Sanitaria privata), il **20,3%**, pari a **1,24 miliardi di EUR**, sono riferibili ai cittadini con uno stato di salute “ordinario”; il **33,8%**, pari a **1,96 miliardi di EUR**, ai cittadini colpiti da patologie acute; il **10,3%**, pari a **2,36 miliardi di EUR**, ai cittadini con patologie croniche; il **3,9%**, pari a **190 milioni di EUR**, ai cittadini non autosufficienti (Grafico 61).

Grafico 61 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per stato di salute



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

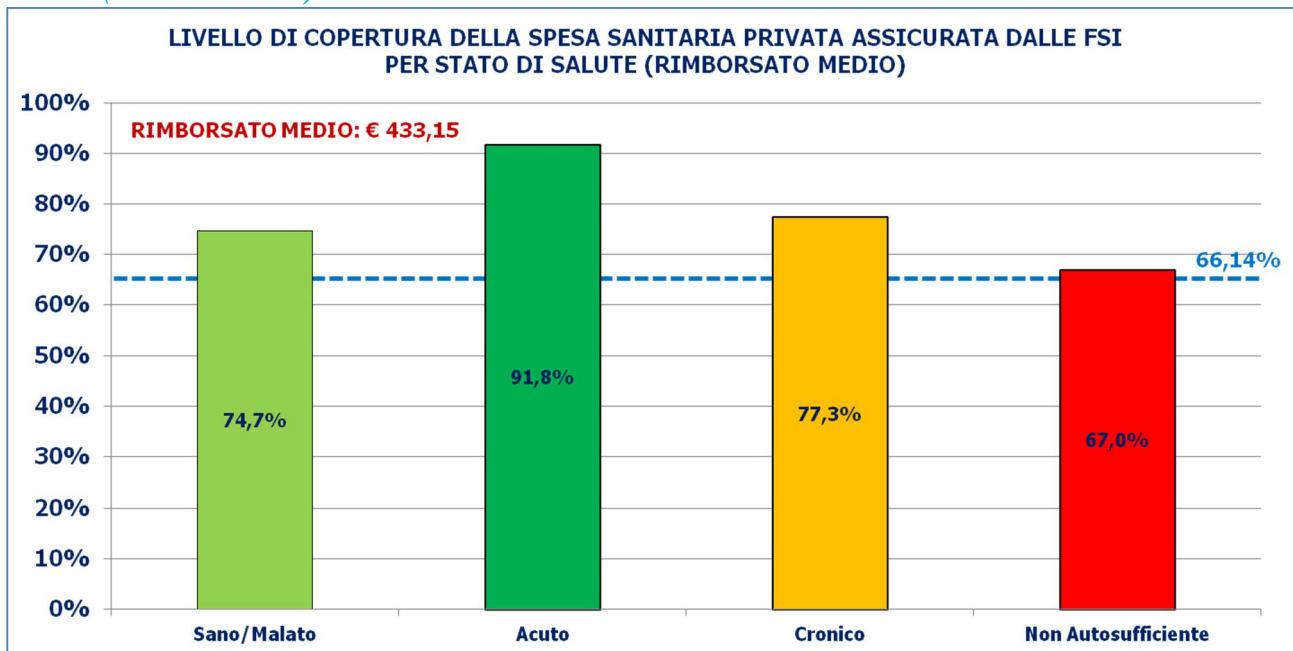
Si noti che l’incidenza della Spesa Sanitaria intermediata sulla Spesa Sanitaria privata è maggiore nel caso degli acuti e delle persone in stato di salute “ordinario”; l’incidenza dei cronici, invece, è pari alla metà di quella registrata per le persone in stato di salute “ordinario”; infine, l’incidenza della Spesa Sanitaria

intermediata registrata per i non autosufficienti è meno della metà di quella dei cronici. Alla luce di tali evidenze appare chiara la necessità di ampliare il livello di finanziamento dei Fondi Sanitari Integrativi, anche attraverso opportuni incentivi fiscali (di scopo), al fine di promuovere una loro più ampia operatività in relazione alle patologie croniche ed agli stati di non autosufficienza.

Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a **433,15 €**, pari al **66,14%** della Spesa Sanitaria privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito (**Grafico 62**)::

- ✓ Sano/malato: **165,18 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **221,17 € (74,7%)**
- ✓ Acuto: **798,96 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **870,45 € (91,8%)**
- ✓ Cronico: **748,17 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **967,96 € (77,3%)**
- ✓ Non autosufficiente: **1.296,51 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **1.935,91 € (67,0%)**

**Grafico 62– Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per stato di salute (rimborso medio)**



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

#### E.2.4) Diffusione della Sanità Integrativa per professione

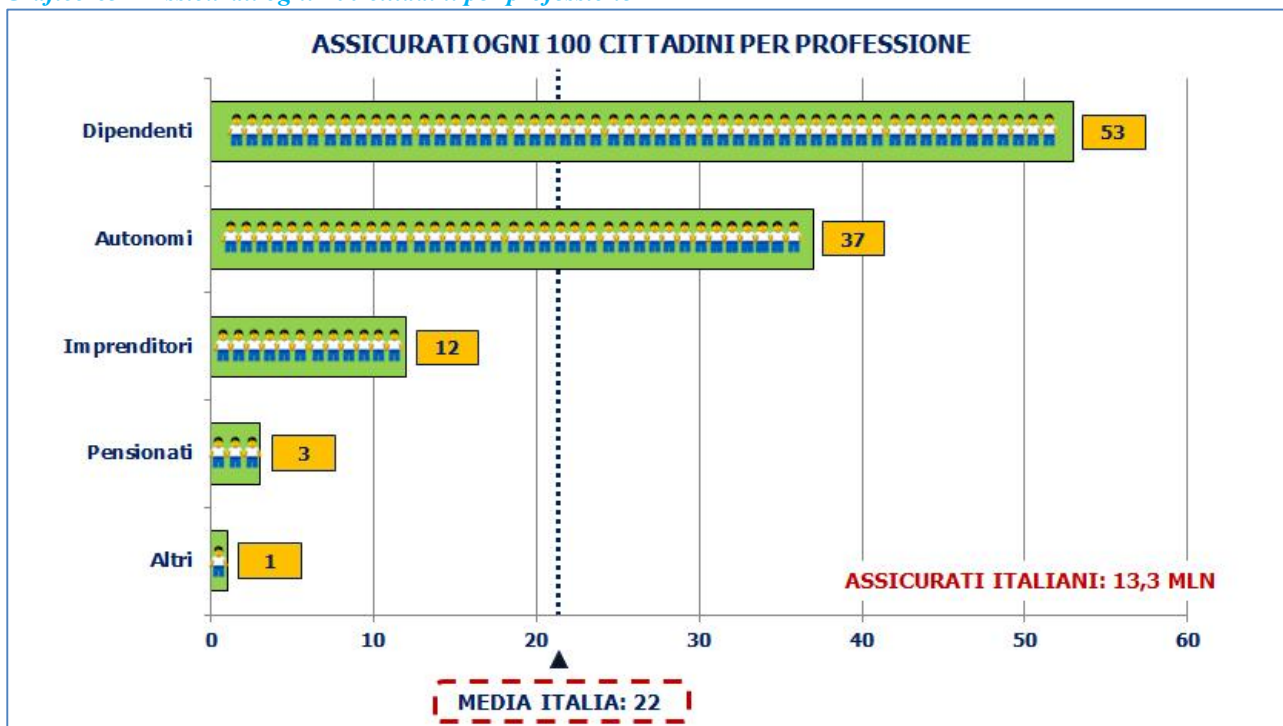
Attualmente le forme di Sanità Integrativa assicurano (**Grafico 63**):

- ✓ oltre **5** lavoratori dipendenti **su 10**
- ✓ quasi **4** lavoratori autonomi **su 10**
- ✓ poco più di **1** imprenditore **su 10**
- ✓ meno di **0,5** pensionati **su 10**

Con riferimento al lavoro dipendente il numero degli assicurati varia in ragione dell'inquadramento: oltre **4** operai **su 10**, quasi **6** impiegati **su 10**, poco meno di **7** quadri **su 10** e oltre **9** dirigenti **su 10**.



Grafico 63 – Assicurati ogni 100 cittadini per professione



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

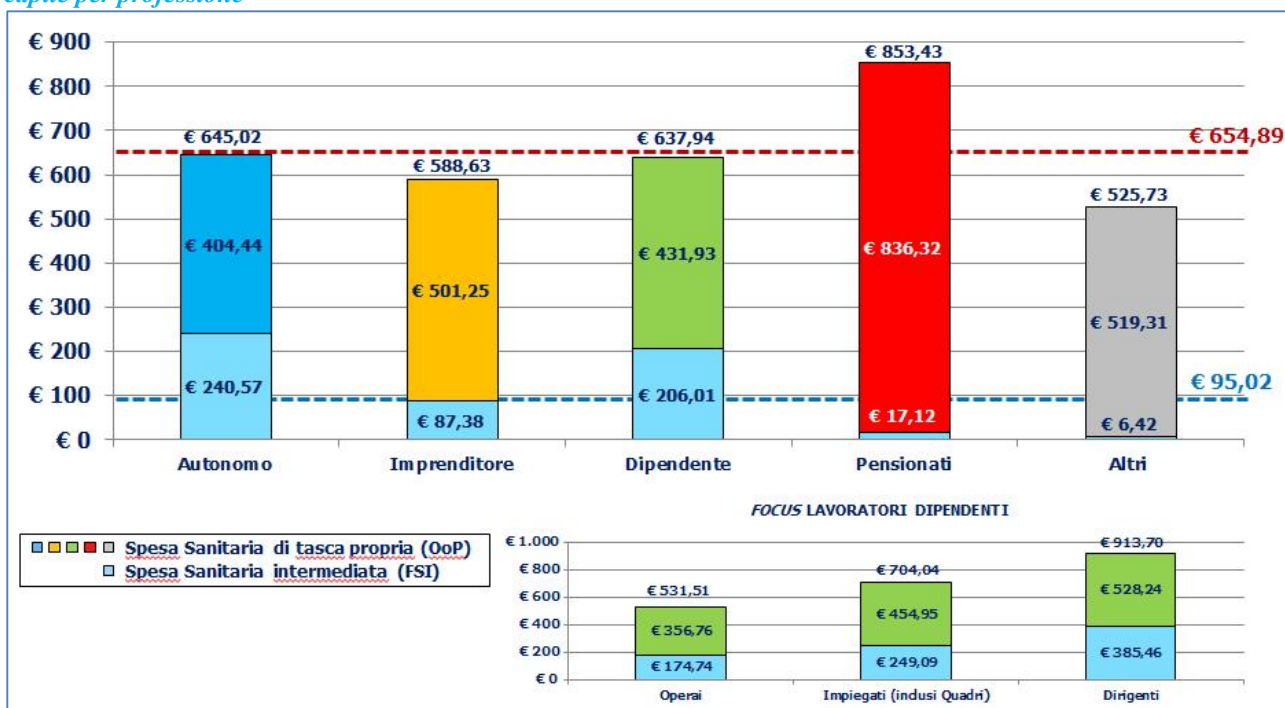
A fronte di una Spesa Sanitaria privata media *pro capite* di **654,89 €** la Spesa Sanitaria intermediata media *pro capite* è pari a **95,02 €** (il **14,51%** della Spesa Sanitaria privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria privata e della Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* tra le diverse professioni (**Grafico 64**):

- ✓ Lavoratore autonomo: **240,57 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **645,02 € (31,8%)**
- ✓ Imprenditore: **87,38 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **588,63 € (9,4%)**
- ✓ Lavoratore dipendente: **206,01 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **637,94 € (34,7%)**
- ✓ Pensionato: **17,12 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **853,43 € (1,7%)**
- ✓ Altri: **6,42 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **525,73 € (0,9%)**

Con particolare riferimento al settore del lavoro dipendente in particolare la distribuzione della Spesa Sanitaria privata e della Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* per i diversi livelli di inquadramento è la seguente:

- ✓ Operai: **174,74 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **531,51 € (32,9%)**
- ✓ Impiegati (inclusi i Quadri): **249,09 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **704,04 € (35,4%)**
- ✓ Dirigenti: **385,46 €** di Spesa Sanitaria intermediata *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **913,70 € (42,2%)**

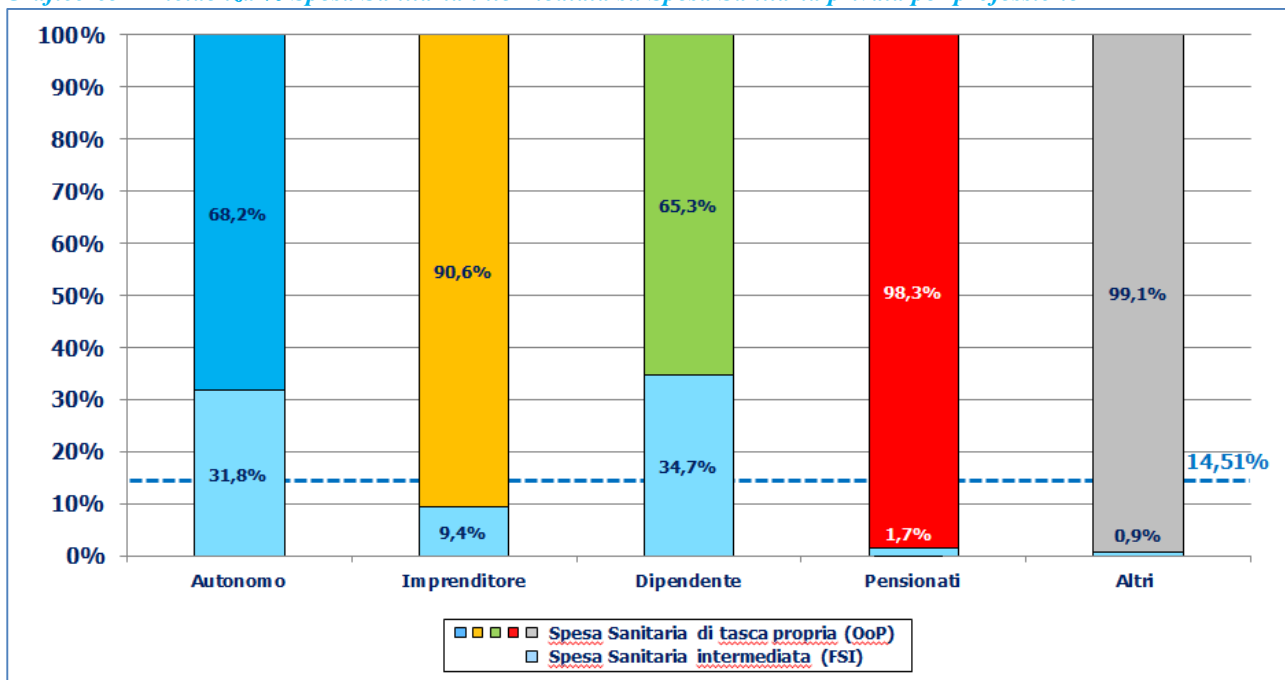
Grafico 64 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per professione



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

Dei **5,8 miliardi di EUR** gestiti dalla Sanità Integrativa (il **14,51%** della Spesa Sanitaria privata), il **31,8%**, pari a **578 milioni di EUR**, sono riferibili ai Lavoratori Autonomi; il **9,4%**, pari a **259 milioni di EUR**, agli Imprenditori; il **34,7%**, pari a **4,6 miliardi di EUR**, ai Lavoratori Dipendenti; il **1,7%**, pari a **213 milioni di EUR**, ai pensionati; lo **0,9%**, pari a **82 milioni di EUR**, ai percettori di Altri Redditi (Grafico 64).

Grafico 65 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per professione



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

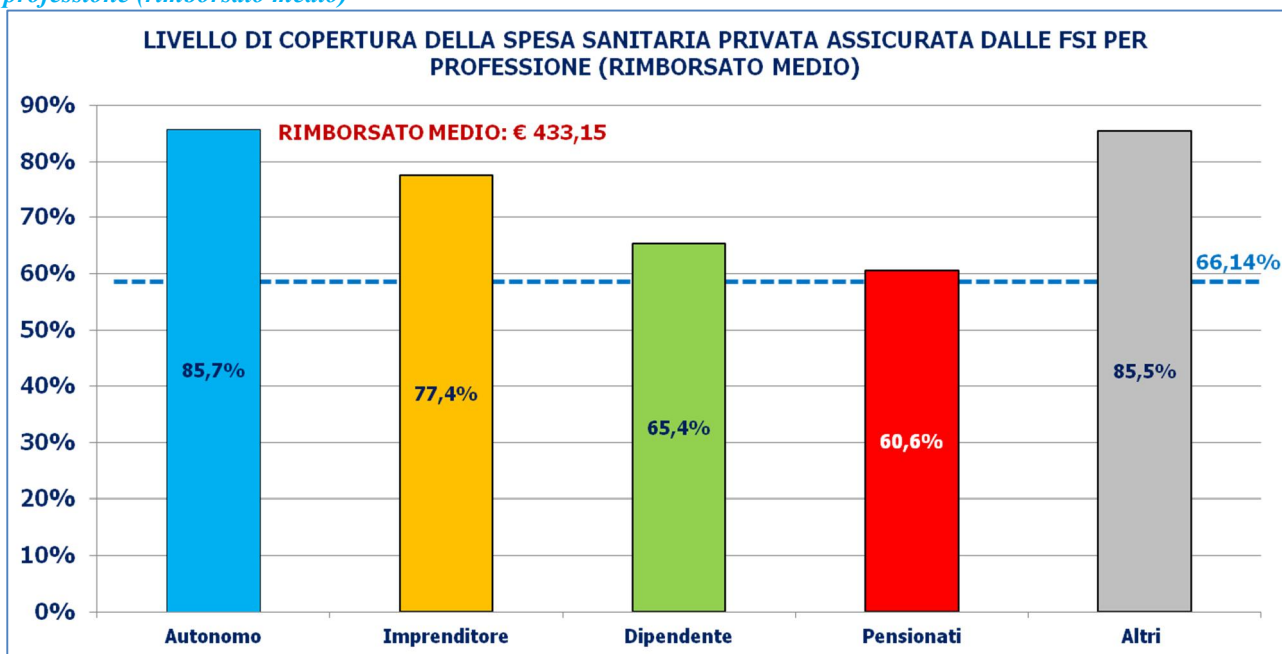
L'incidenza della Spesa Sanitaria intermediata sulla Spesa Sanitaria privata è maggiore per i redditi da lavoro dipendente e per i redditi da lavoro autonomo. In entrambi i casi importante sono le coperture di natura collettiva promosse rispettivamente dalla contrattazione collettiva nazionale e dagli enti previdenziali

privatizzati dei liberi professionisti. Da rilevare, inoltre, che l'incidenza della Spesa Sanitaria intermediata sulla Spesa Sanitaria privata per gli imprenditori è sostanzialmente in linea con la propensione alla sottoscrizione di polizze individuali da parte dei cittadini.

Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a **433,15 €**, pari al **66,14%** della Spesa Sanitaria privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito (**Grafico 66**):

- ✓ Autonomo: **552,87 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **645,02 € (85,7%)**
- ✓ Imprenditore: **455,85 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **588,63 € (77,4%)**
- ✓ Dipendente: **417,30 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **637,94 € (65,4%)**
- ✓ Pensionati: **517,09 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **853,43 € (60,6%)**
- ✓ Altri: **499,66 € pro capite** a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **525,73 € (85,5%)**

**Grafico 66 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle FSI per professione (rimborso medio)**

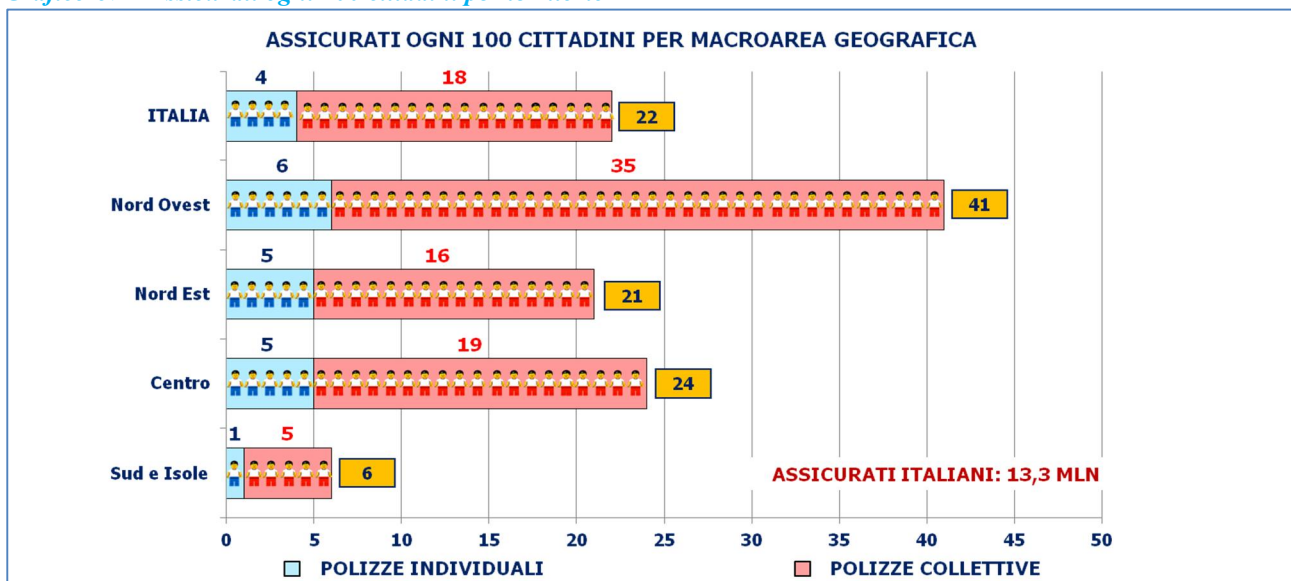


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

### E.2.5) Diffusione della Sanità Integrativa per territorio

La diffusione della Sanità Integrativa sul territorio nazionale presenta apparentemente un rilevante gradiente territoriale (**Grafico 67**). Bisogna considerare, tuttavia, che la diffusione delle polizze collettive è direttamente collegata al tessuto produttivo del Paese e all'incidenza in ciascuna macroarea di Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro che abbiano già attivato la Sanità Integrativa nell'ambito del loro sistema di *welfare* contrattuale. La presenza di Polizze Sanitarie collettive nella macroarea Centro è in parte riconducibile anche alla maggiore presenza di dipendenti pubblici. Diversamente, con esclusione della sola macroarea Sud e Isole, la diffusione delle Polizze Sanitarie individuali risulta assolutamente omogenea tra le diverse macroaree geografiche, smentendo il convincimento diffuso rispetto al diretto collegamento tra propensione all'assicurazione sanitaria e reddito disponibile pro capite.

Grafico 67 – Assicurati ogni 100 cittadini per territorio

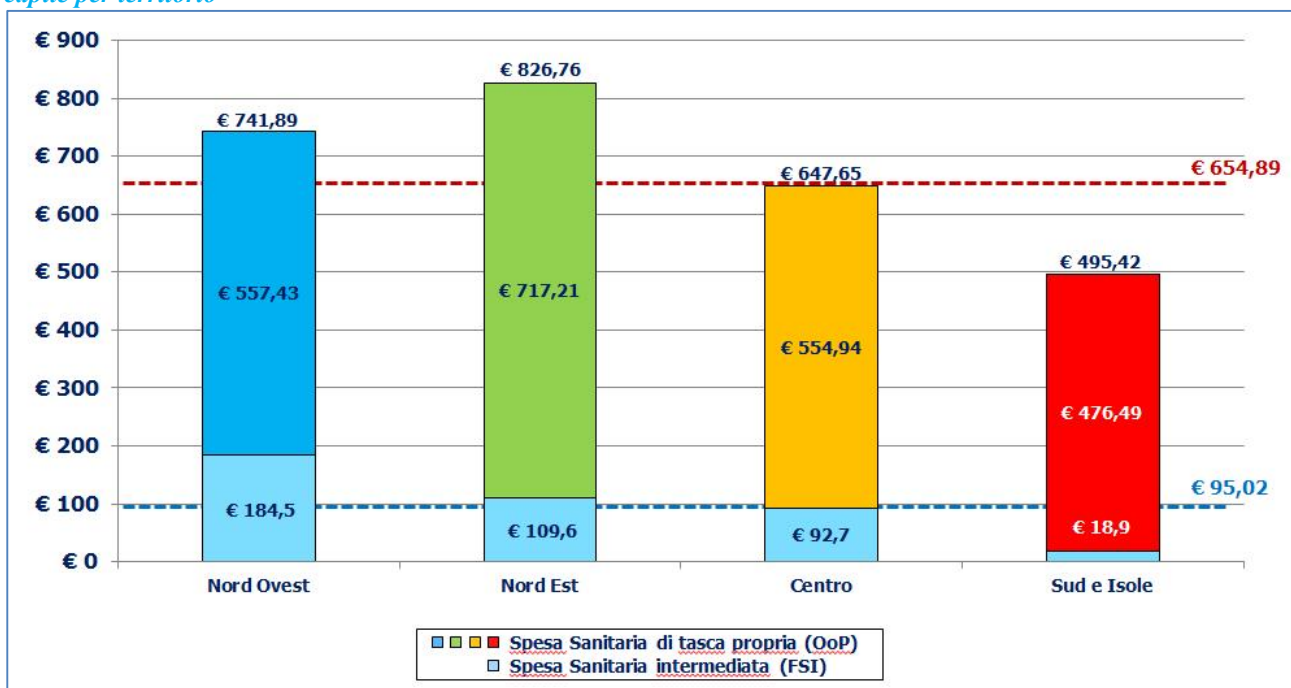


Fonte: Elaborazione RBM Assicurazione Salute S.p.A.

A fronte di una Spesa Sanitaria privata media *pro capite* di **654,89 €** la Spesa Sanitaria intermedia media *pro capite* è pari a **95,02 €** (il **14,51%** della Spesa Sanitaria privata). Di seguito la distribuzione della Spesa Sanitaria privata e intermedia *pro capite* tra le diverse macroaree geografiche (Grafico 68):

- ✓ Nord Ovest: **184,50 €** di Spesa Sanitaria intermedia *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **741,89 € (24,9%)**
- ✓ Nord Est: **109,6 €** di Spesa Sanitaria intermedia *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **826,76 € (12,7%)**
- ✓ Centro: **92,7 €** di Spesa Sanitaria intermedia *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **647,65 € (14,3%)**
- ✓ Sud e Isole: **18,9 €** di Spesa Sanitaria intermedia *pro capite* a fronte di una Spesa Sanitaria privata *pro capite* pari a **495,42 € (3,8%)**

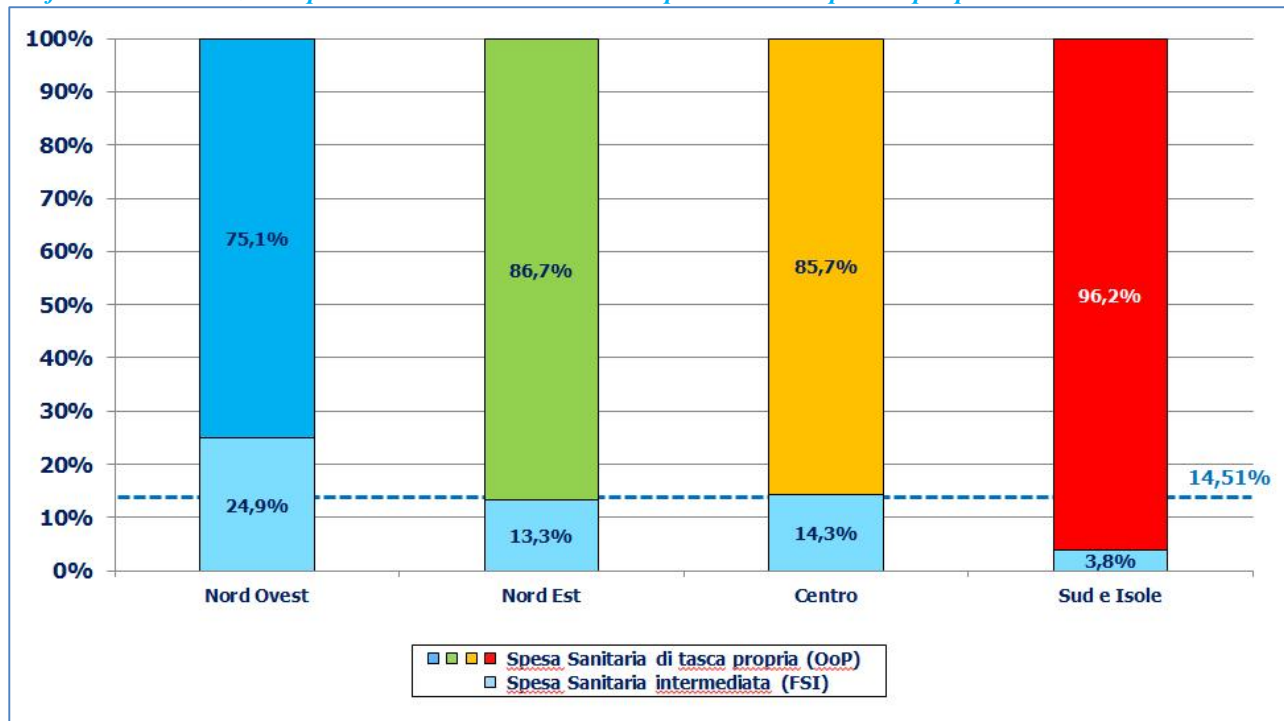
Grafico 68 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermedia *pro capite* per territorio



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

Dei **5,8 miliardi di EUR** gestiti dalla Sanità Integrativa (il **14,51%** della Spesa Sanitaria privata), il **24,9%**, pari a **3 miliardi di EUR**, sono riferibili ai cittadini del Nord Ovest; il **13,3%**, pari a **1,3 miliardi di EUR**, ai cittadini del Nord Est; il **14,3%**, pari a **1,1 miliardi di EUR**, ai cittadini del Centro; il **3,8%**, pari a **393 milioni di EUR**, ai cittadini del Sud e Isole (**Grafico 69**).

**Grafico 69 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per territorio**



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

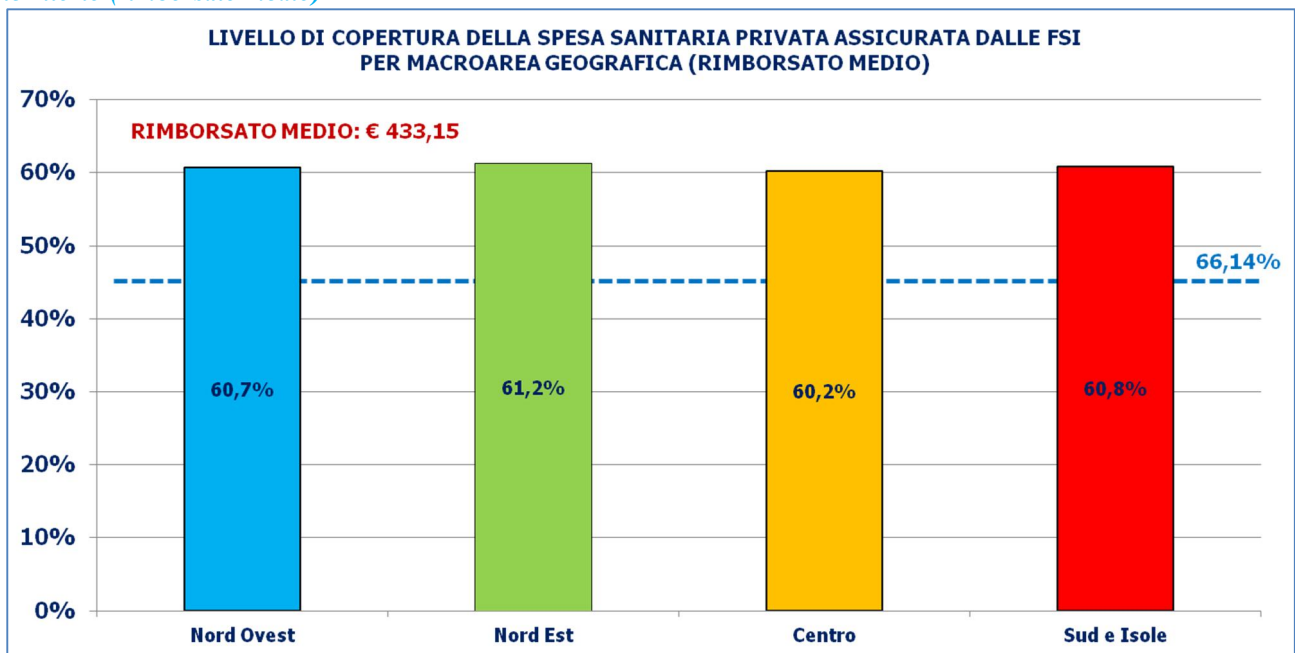
L'incidenza della Spesa Sanitaria intermediata sulla Spesa Sanitaria privata è maggiore nella macroarea Nord Ovest. È comunque significativo il contributo garantito dalla Sanità Integrativa al reddito dei cittadini anche nella macroarea Centro e nella macroarea Nord Est, che si attesta sostanzialmente in linea con la media nazionale. Significativamente inferiore alla media il contributo garantito dalla Sanità Integrativa per la macroarea Sud e Isole. In quest'ottica importante potrebbe essere il ruolo svolto dalle Regioni nella promozione di Fondi Sanitari territoriali che aiutino a colmare i *gap* assistenziali che caratterizzano attualmente il nostro Sistema Sanitario.

Per i cittadini già assicurati il rimborso medio pro capite è pari a **433,15 €**, pari al **66,14%** della Spesa Sanitaria privata media pro capite, diversificato come segue tra le diverse fasce di reddito (**Grafico 70**):

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



Grafico 70 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per territorio (rimborsato medio)



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

### E.3) Sanità Integrativa e mercato assicurativo

Nel nostro Paese le Polizze Sanitarie vengono assicurate da Imprese autorizzate dall'IVASS all'esercizio del Ramo 2 dell'Assicurazione Danni. Attualmente il settore risulta appannaggio da quattro operatori principali di cui due di natura "generalista" (ovvero da quelle Compagnie che assicurano una pluralità di prodotti assicurativi sia nei Rami Vita, Auto e Danni Non Auto) e due di natura "specializzata" (ovvero quelle Imprese che assicurano prevalentemente/esclusivamente le Polizze Sanitarie). Il Ramo 2 - Malattia non è, tuttavia, un settore omogeneo ed è necessario distinguere al suo interno alcuni sotto-segmenti.

In primo luogo, occorre tenere distinto il segmento delle Polizze Individuali (che rappresenta circa il **25%** dei premi del Ramo 2) dal segmento delle Polizze Collettive, che rappresenta circa il **75%** del totale dei premi (contributi) complessivi. Tale segmento è dominato dalle Imprese Assicuratrici generaliste, in quanto richiede la disponibilità di una rete agenziale "proprietaria" capillarmente ed estesa sul territorio. Naturalmente, perché un'agenzia possa operare con un'adeguata sostenibilità economica, è necessario che disponga di un portafoglio clienti piuttosto ampio, caratteristica questa sostanzialmente collegata alla possibilità di operare in diversi rami assicurativi. Per questo motivo, le Compagnie Assicuratrici specializzate, tipicamente molto presenti nel segmento delle Polizze Sanitarie Collettive e/o dei Fondi Integrativi, presentano un posizionamento piuttosto contenuto in questo segmento. Anche i prodotti promossi dalle Compagnie Assicuratrici, peraltro, sono assolutamente diversi da quelli richiesti nel segmento delle polizze collettive, dal momento che presentando un elevato livello di standardizzazione.

Il segmento delle Polizze Collettive, invece, è composto da due sotto-segmenti distinti, (i) quello dei Fondi Sanitari contrattuali e (ii) quello delle Polizze Collettive, in particolare di natura aziendale (rivolti al personale di imprese private e/o enti pubblici) o professionale (rivolte prevalentemente ad Enti Previdenziali privatizzati e/o a determinate categorie imprenditoriali). Per operare in entrambi i sotto-segmenti, comunque, è necessaria una struttura di gestione dei sinistri più sviluppata di quella che caratterizza il segmento delle Polizze Individuali e, comunque, organizzata mediante un Centro Liquidazioni Sinistri operativo nella struttura direzionale dell'Impresa. Elemento fondamentale per questa tipologia di prodotti è la disponibilità di un network di strutture sanitarie convenzionate capillarmente diffuso su tutto il territorio nazionale presso il quale l'assicurato deve poter eseguire tutte le prestazioni oggetto della copertura assicurativa. Anche dal punto di vista dei prodotti ci si trova di fronte ad una realtà assolutamente più complessa di quella che caratterizza le Polizze Individuali, dal momento che ciascun contraente collettivo (Fondo, Ente o azienda) richiede un prodotto "customizzato" da sviluppare tenendo opportunamente in considerazione anche i

risultati degli accordi intervenuti a livello sindacale. Non a caso, tali prodotti tendono ad essere identificati con l'acronimo RSMO ovvero "Rimborso Spese Mediche ed Ospedaliere". L'acquisizione, da parte delle imprese assicurative, di questa tipologia di clienti avviene (i) attraverso la partecipazione a selezioni private ad invito o stipula diretta, nel caso dei fondi sanitari occupazionali, (ii) attraverso una gara pubblica, per gli enti pubblici e per gli enti previdenziali privatizzati e (iii) mediante brokers, nel caso delle aziende private. In questo segmento, pertanto, il ruolo delle agenzie è assolutamente marginale e, comunque, non rilevante per gli assetti del segmento di mercato. Non a caso, gli operatori nel mercato delle polizze collettive sono meno numerosi di quelli nel mercato delle polizze individuali. I principali operatori sono sostanzialmente quattro. Gli altri operatori presenti nel settore delle polizze individuali hanno una presenza marginale nel settore delle polizze collettive (**Grafico 71**)

**Grafico 71 – Player e concentrazione di mercato**



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

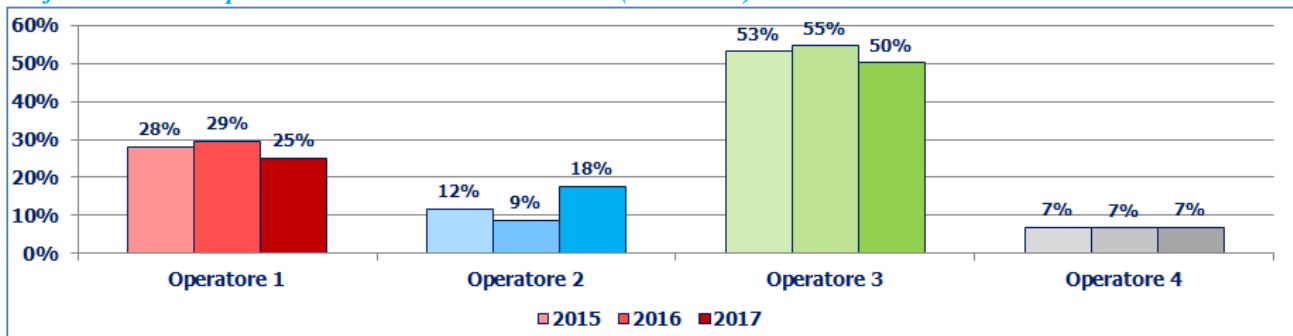
Come anticipato, il settore dell'Assicurazione Sanitaria (Ramo 2 – Danni) risulta appannaggio di quattro Compagnie, due "generaliste" e due "specializzate", con una ripartizione comunque piuttosto equilibrata tra i principali *market leader*. In particolare, la prima posizione nel settore complessivo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

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

Infine il sotto-segmento dei Fondi Sanitari contrattuali. Questo settore vede una posizione assolutamente maggioritaria da parte di una Compagnia specializzata e la presenza, rispettivamente in seconda e terza posizione, di una Compagnia generalista e di un'altra Compagnia specializzata. Tendenzialmente assenti gli altri operatori da questo sotto-segmento che rappresenta, tuttavia, quello che le maggiori potenzialità di crescita nel prossimo quinquennio. Tale concentrazione peraltro viene confermata anche dal *trend* di sviluppo di ciascuno degli operatori di questo sotto-segmento che, sebbene mostri un *trend* di tendenziale ribilanciamento tra i primi 3 operatori coinvolti, conferma ancora un eccesso di presenza di una delle due Compagnie specializzate (**Grafico 72**).

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

Grafico 72 – Trend quote di mercato dei Fondi Sanitari (2015-2017)



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

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

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

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

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

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

## F) LE PROPOSTE DEL VIII RAPPORTO RBM-CENSIS

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

Il presente Rapporto nasce nel 2010 dalla convinzione che sia necessario avviare nel nostro Paese una riflessione organica sul futuro del Sistema Sanitario e più in generale del Sistema di Sicurezza Sociale che per anni hanno garantito a tutti i cittadini delle tutele fondamentali in relazione ai bisogni degli individui e della collettività.

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

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

Uno dei nodi cruciali da sciogliere nei prossimi anni sarà indubbiamente quello del finanziamento del Sistema Sanitario e del mantenimento di qualità adeguata delle cure per tutti i cittadini, coniugando sostenibilità, equità e promozione della salute.

L'adozione di una nuova strategia che sappia traguardare il nostro Sistema Sanitario, al di là delle visioni stereotipate e preconcepite sulla Sanità Privata, 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.

In questa prospettiva anche quest'anno durante il *Welfare Day* 2018, è stato presentato un Progetto di Studio alle Istituzioni finalizzato ad avviare, anche nel nostro Paese, un Secondo Pilastro Sanitario Complementare investito a livello normativo del compito di "intermediare" tutte le prestazioni sanitarie (o, almeno, quelle rientranti nella quota "servizi" della Spesa Sanitaria privata) pagate di tasca propria secondo uno dei due seguenti schemi attuativi:

- Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo "istituzionale", ovvero esteso a tutti i cittadini (cfr. F.3.1);
- Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo "occupazionale", ovvero esteso a tutti i percettori di un reddito imponibile (cfr. F.3.2).

Per l'illustrazione dei predetti scenari si rinvia al successivo paragrafo F.3) "Scenari di Riforma per il Sistema Sanitario italiano: un Secondo Pilastro Complementare".

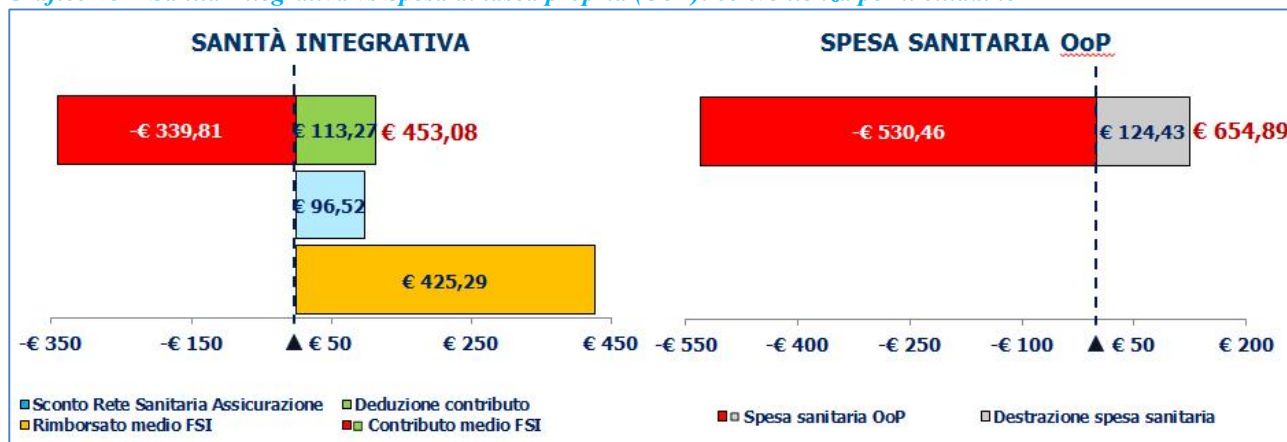
### F.2) Cure private: meglio il "fai da te" o meglio la Sanità Integrativa?

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



Al fine di illustrare con chiarezza i vantaggi per il singolo cittadino derivanti dalla scelta di sottoscrivere una Polizza Sanitaria o un Fondo Integrativo rispetto al ricorso alla Spesa Sanitaria di tasca propria, è stata sviluppata la seguente analisi comparativa (**Grafico 73**).

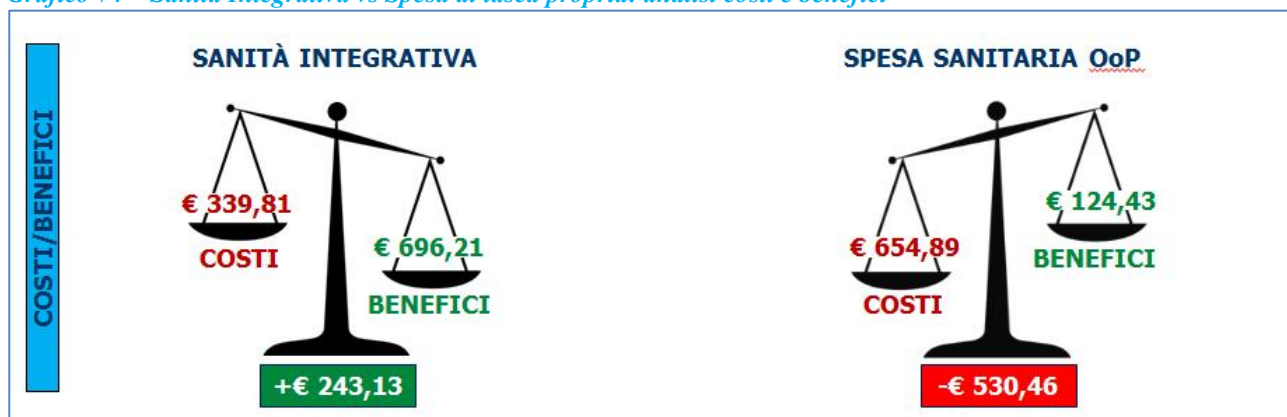
**Grafico 73 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria (OoP): convenienza per il cittadino**



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

Il costo medio da sostenere per il finanziamento di tasca propria delle cure sanitarie necessarie è pari a **654,89 €** di cui **530,46 €** effettivamente a carico del cittadino e **124,43 €** finanziati “indirettamente” dallo Stato quali oneri detraibili per spese sanitarie. Il costo medio per attivare una Polizza Sanitaria o un Fondo Integrativo che rimborsi la propria Spesa Sanitaria privata (in tutto o in parte, naturalmente) oggi è di **453,08 € pro capite**, di cui **339,81 €** effettivamente pagati dall’assicurato e **113,27 €<sup>5</sup>** finanziati “indirettamente” dallo Stato in ragione della loro natura di oneri deducibili. A fronte del contributo (premio) versato, tuttavia, l’assicurato ottiene in relazione alle Spese Sanitarie che ha sostenuto di tasca propria un rimborso medio pari a **425,29 €**, al quale peraltro bisogna aggiungere il vantaggio medio di **96,52 €** derivante dal contenimento del costo delle cure private per effetto della negoziazione delle tariffe delle Strutture Sanitarie e/o dei medici convenzionati attuata dalla Compagnia Assicurativa o dal *Third Party Administrator* del Fondo Integrativo.

**Grafico 74 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria: analisi costi e benefici**



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

A questo riguardo bisogna considerare che, sulla base delle simulazioni condotte, la scelta di sottoscrivere una Polizza Sanitaria o di aderire ad un Fondo Integrativo risulta decisamente più conveniente per il cittadino rispetto al pagamento di tasca propria delle cure private (**Grafico 74**). Il pagamento di tasca propria delle prestazioni sanitarie, infatti, lascia in capo al cittadino oneri aggiuntivi sul proprio reddito pari in media (in termini di *trade off* negativo tra costi e benefici) a **530 €**, pur a fronte del finanziamento parziale della Spesa Sanitaria privata sostenuta dal singolo attraverso il meccanismo delle detrazioni. L’utilizzo di una Polizza Sanitaria o di un Fondo Integrativo, invece, garantisce al cittadino un vantaggio (in termini di *trade off* positivo tra costi e benefici) medio di poco meno di **245 €**.

<sup>5</sup> Si è considerata un’aliquota IRPEF media del 25%



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

### **F.3) Scenari di Riforma per il Sistema Sanitario italiano: un Secondo Pilastro Complementare**

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 percepiscono un reddito imponibile), come già avvenuto in campo pensionistico. Attraverso la disponibilità per tutti i cittadini di una Polizza Sanitaria o di un Fondo Sanitario Integrativo, infatti, si potrebbe realizzare un effettivo affidamento in gestione della Spesa Sanitaria privata di tutti i cittadini ad un sistema "collettivo" a *governance* pubblica e gestione privata in grado di assicurare una "congiunzione" tra le strutture sanitarie private (erogatori) e dei cosiddetti "terzi paganti professionali" (le Forme Sanitarie Integrative, appunto) con una funzionalizzazione della Spesa Sanitaria privata alla tutela complessiva della salute dei cittadini.

Un Secondo Pilastro strutturato anche in sanità, inoltre, consentirebbe di contenere anche i *gap* assistenziali sempre più evidenti tra i diversi Servizi Sanitari Regionali, favorendo altresì un contenimento del costo unitario delle/i singole/i prestazioni/beni sanitari (si tratta, in media, di un risparmio compreso attualmente tra il **20%** ed il **30%**) erogate/i privatamente ampliando l'accessibilità ai percorsi di cura da parte dei cittadini. Quest'ultimo risultato, in particolare, potrebbe essere conseguito attraverso l'acquisto collettivo delle prestazioni da parte delle Forme Sanitarie Integrative (la c.d. "intermediazione") e l'ottimizzazione delle agende delle strutture sanitarie. È proprio alla luce di queste evidenze che non si può continuare ad ignorare l'urgenza di una riforma organica dell'impianto normativo della Sanità Integrativa, che abbandoni ogni indugio ideologico per guardare in modo complessivo alla salute della persona in un "*continuum*" assistenziale tra pubblico e privato. Per realizzare questo modello tutte le Forme di Sanità Integrative dovrebbero essere riassorbite in un impianto normativo omogeneo improntato ai medesimi principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale favorendone la trasformazione da "strumenti della contrattazione collettiva" a "strumenti con un ruolo sociale istituzionalizzato".

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

Al fine di dare concreta evidenza dei benefici per il Sistema Sanitario complessivo del nostro Paese e dei vantaggi fruibili per tutti i cittadini a seguito dell'attivazione di un Secondo Pilastro Sanitario Complementare abbiamo sviluppato qui di seguito due simulazioni che mostrano i risultati conseguibili in entrambi gli schemi attuativi introdotti nel precedente paragrafo F.1) "Proposte per un Sistema Sanitario più sostenibile, più equo e più inclusivo" un Secondo Pilastro Sanitario Complementare istituzionale (**HYPO1**) ovvero un Secondo Pilastro Sanitario Complementare "occupazionale" (**HYPO2**).

Grafico 75 – Scenari Secondo Pilastro Sanitario complementare

HYPO1 – SECONDO PILASTRO SANITARIO ISTITUZIONALE		Importo	HYPO2 – SECONDO PILASTRO SANITARIO OCCUPAZIONALE		Importo
<b>A) ASSUMPTIONS</b>					
Cittadini italiani (dati ISTAT 2017)		60.589.445	Cittadini italiani (dati ISTAT 2017)		60.589.445
- Cittadini che sostengono spese sanitarie private		44.100.000	- Cittadini che sostengono spese sanitarie private		44.100.000
<b>Spesa sanitaria privata</b>		<b>39.679.321.000</b>	<b>Spesa sanitaria privata</b>		<b>39.679.321.000</b>
> Spesa sanitaria intermediata		5.757.522.421	> Spesa sanitaria intermediata		5.757.522.421
> Spesa sanitaria di tasca propria (OoP)		33.921.798.579	> Spesa sanitaria di tasca propria (OoP)		33.921.798.579
<b>Contribuenti (dati MEF 2017)</b>		<b>40.872.080</b>	<b>Contribuenti (dati MEF 2017)</b>		<b>40.872.080</b>
- Cittadini che detraggono spese sanitarie		18.070.198	- Cittadini che detraggono spese sanitarie		18.070.198
<b>Spesa sanitaria detraibile (dati MEF 2017)</b>		<b>17.695.163.000</b>	<b>Spesa sanitaria detraibile (dati MEF 2017)</b>		<b>17.695.163.000</b>
<b>Assicurati Sanità Integrativa (dati RBMS 2017)</b>		<b>13.292.098</b>	<b>Assicurati Sanità Integrativa (dati RBMS 2017)</b>		<b>13.292.098</b>
- collettive (con beneficio fiscale)		10.961.544	- collettive (con beneficio fiscale)		10.961.544
<b>B) INPUT</b>					
<b>Dati attuali</b>					
> Costo attuale per detrazioni sanitarie		3.362.080.970,00	> Costo attuale per detrazioni sanitarie		3.362.080.970,00
> Costo attuale per deduzione contributi		1.324.209.322,92	> Costo attuale per deduzione contributi		1.324.209.322,92
> Entrate attuali imposta premi		67.600.475,00	> Entrate attuali imposta premi		67.600.475,00
<b>&gt; Saldo attuale Finanza Pubblica</b>		<b>- 4.618.689.817,92</b>	<b>&gt; Saldo attuale Finanza Pubblica</b>		<b>- 4.618.689.817,92</b>
<b>Dati prospettici (HYPO1)</b>					
> % assicurati su popolazione totale		100,00%	> % assicurati su popolazione totale		67,46%
> spesa sanitaria detraibile		5.991.582.191,80	> spesa sanitaria detraibile		5.991.582.191,80
> contributi Sanità Integrativa		29.278.031.612,90	> contributi Sanità Integrativa		19.750.206.497,60
> costi futuri per detrazione		1.138.400.616,44	> costi futuri per detrazione		1.138.400.616,44
> costi futuri per deduzione		4.937.551.624,40	> costi futuri per deduzione		4.937.551.624,40
> entrate future per imposta sui premi		548.963.092,74	> entrate future per imposta sui premi		370.316.371,83
<b>&gt; Saldo futuro Finanza Pubblica</b>		<b>- 5.526.989.148,10</b>	<b>&gt; Saldo futuro Finanza Pubblica</b>		<b>- 5.705.635.869,01</b>
<b>C) OUTPUT (HYPO1)</b>					
<b>Dati di spesa</b>					
> Spesa sanitaria privata		39.679.321.000,00	> Spesa sanitaria privata		39.679.321.000,00
> Spesa sanitaria intermediata		26.243.902.909,40	> Spesa sanitaria intermediata		17.703.461.373,93
> Spesa sanitaria di tasca propria (OoP)		13.435.418.090,60	> Spesa sanitaria di tasca propria (OoP)		21.975.859.626,07
<b>Costi</b>					
<b>&gt; Costo aggiuntivo per la Finanza Pubblica</b>		<b>908.299.330,18</b>	<b>&gt; Costo aggiuntivo per la Finanza Pubblica</b>		<b>1.086.946.051,09</b>
<b>Benefici</b>					
> Riduzione Spesa sanitaria di tasca propria (OoP)		20.486.380.488,82	> Riduzione Spesa sanitaria di tasca propria (OoP)		11.945.938.953,35
> Riduzione pro capite spesa sanitaria privata cittadini		338,12	> Riduzione pro capite spesa sanitaria privata cittadini		197,16
<b>&gt; % Riduzione spesa sanitaria privata cittadini</b>		<b>51,63%</b>	<b>&gt; % Riduzione spesa sanitaria privata cittadini</b>		<b>30,11%</b>

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

### F.3.1) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “istituzionale” (HYPO1)

Il primo schema attuativo che è stato sviluppato ipotizza l’attivazione di un Secondo Pilastro Sanitario Aperto in favore di tutta la popolazione italiana (**60,6 milioni** di persone), senza distinzioni di attività lavorativa, reddito e condizione sociale (lavoratori dipendenti, autonomi, liberi professionisti, P.IVA, studenti, casalinghe, etc.). L’adesione avverrebbe attraverso un meccanismo di semi-obbligatorietà (c.d. “silenzio-assenso”) e sarebbe finanziata per i lavoratori dipendenti dalle aziende e/o dalle aziende e dai lavoratori, per i pensionati e per i percettori di altri redditi mediante un prelievo in misura percentuale sul reddito dichiarato annualmente. Per i cittadini che non abbiano la possibilità di pagare autonomamente il contributo al Secondo Pilastro Sanitario verrebbe attivata, così come già sperimentato nel modello francese, un sistema di assicurazione sociale a carico della fiscalità generale affidato al settore assicurativo (privato) e soggetto ad una *governance* pubblica. In particolare, attraverso questa impostazione verrebbero garantita anche per il Secondo Pilastro una impostazione universalistica funzionale al recupero di maggiori livelli di uguaglianza tra tutti i cittadini.

In ogni caso, al fine di ridurre l’impatto in termini economici sui costi del lavoro e/o sui redditi dei cittadini la contribuzione versata al Secondo Pilastro Sanitario continuerebbe a beneficiare dell’attuale regime fiscale delle deduzioni. I maggiori costi di Finanza Pubblica per sostenere la defiscalizzazione dei contributi (**+3,6 miliardi di EUR**), tuttavia, sarebbero in grande parte alimentati dai risparmi direttamente derivanti dai minori costi per le detrazioni sanitarie (**-2,23 miliardi di EUR**), che non troverebbero più applicazione in relazione alle prestazioni sanitarie rimborsate dalle Forme Sanitarie Integrative, e dall’incremento del gettito dell’imposta sui premi (**+481,3 milioni di EUR**).

Al fine di assicurare una effettiva finalizzazione dell’operatività del Secondo Pilastro Sanitario all’intermediazione della Spesa Sanitaria privata il perimetro di operatività delle Forme Sanitarie Integrative andrebbe riposizionato su tutte le voci della Spesa Sanitaria privata (almeno per la quota in servizi), con particolare attenzione a odontoiatria, visite specialistiche, prestazioni socio sanitarie, prestazioni socio assistenziali e prevenzione.

In termini economici si stima che questa impostazione consentirebbe, a fronte di un investimento per lo Stato di poco più di 900 milioni di Euro, di abbattere di circa **20 miliardi di EUR** (più del **50%** del valore complessivo, quindi) la Spesa Sanitaria privata attualmente a carico delle famiglie, con una riduzione del costo medio pro capite attualmente pagato “di tasca propria” di quasi **340 €**. Tale investimento, peraltro, potrebbe essere completamente finanziato dal recupero dell’elusione/evasione fiscale che caratterizza la Spesa Sanitaria privata grazie alla necessità di trasmettere alle Forme Sanitarie Integrative le fatture delle Spese Sanitarie sostenute al fine di ottenerne il rimborso (che si stima possa valere almeno **2 miliardi di EUR**, come indicato nel precedente capitolo D) “Il regime fiscale della Sanità”).

### **F.3.2) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “occupazionale” (HYPO2)**

Il secondo schema attuativo che è stato sviluppato ipotizza, invece, l’attivazione di un Secondo Pilastro Sanitario Complementare Diffuso in favore di tutti i percettori di reddito, circa **40,8 milioni** di persone (il **67,46%** della popolazione). L’adesione avverrebbe attraverso un meccanismo di semi-obbligatorietà (c.d. “silenzio-assenso”) e sarebbe finanziata per i lavoratori dipendenti dalle aziende e/o dalle aziende e dai lavoratori, per i pensionati e per i percettori di altri redditi mediante un prelievo in misura percentuale sul reddito dichiarato annualmente. Al fine ampliare le tutele garantite da questo strumento aggiuntivo di sicurezza sociale riducendo nel contempo l’incidenza della Spesa Sanitaria privata sui redditi familiari si potrebbe, inoltre, prevedere che le Forme Sanitarie Integrative, sebbene alimentate da una contribuzione prelevata dal reddito del solo percettore, estendano comunque la loro operatività ai componenti del nucleo familiare.

Anche in questo caso, al fine di ridurre l’impatto in termini economici sui costi del lavoro e/o sui redditi dei cittadini la contribuzione versata al Secondo Pilastro Sanitario dovrebbe continuare a beneficiare dell’attuale regime fiscale delle deduzioni. I maggiori costi di Finanza Pubblica per sostenere la defiscalizzazione dei contributi (**+3,6 miliardi di EUR**), tuttavia, sarebbero in grande parte alimentati dai risparmi direttamente derivanti dai minori costi per le detrazioni sanitarie (**-2,23 miliardi di EUR**), che non troverebbero più applicazione in relazione alle prestazioni sanitarie rimborsate dalle Forme Sanitarie Integrative, e dall’incremento del gettito dell’imposta sui premi (**+302,7 milioni di EUR**).

Comunque al fine di assicurare una effettiva finalizzazione dell’operatività del Secondo Pilastro Sanitario all’intermediazione della Spesa Sanitaria privata il perimetro di operatività delle Forme Sanitarie Integrative andrebbe riposizionato su tutte le voci della Spesa Sanitaria privata (almeno per la quota in servizi), con particolare attenzione a odontoiatria, visite specialistiche, prestazioni socio sanitarie, prestazioni socio assistenziali e prevenzione.

In termini economici questa impostazione, in ragione del minor numero di cittadini coinvolti, garantirebbe a fronte di un costo leggermente maggiore per la Finanza Pubblica un vantaggio per i cittadini decisamente più contenuto. Si stima, infatti, che a fronte di un investimento per lo Stato di poco più di **1 miliardo di EUR**, si possa abbattere di circa **12 miliardi di EUR** (più del **30%** del valore complessivo, quindi) la Spesa Sanitaria privata attualmente a carico delle famiglie, con una riduzione del costo medio pro capite attualmente pagato “di tasca propria” di quasi **200 €**. Anche in questa ipotesi, peraltro, l’investimento sostenuto dalla Finanza Pubblica potrebbe essere completamente finanziato dal recupero dell’elusione/evasione fiscale che caratterizza la Spesa Sanitaria privata grazie alla necessità di trasmettere alle Forme Sanitarie Integrative le fatture delle Spese Sanitarie sostenute al fine di ottenerne il rimborso (che si stima possa valere almeno **2 miliardi di EUR**, come indicato nel precedente capitolo D) “Il regime fiscale della Sanità”).

### **F.4) Per una possibile Riforma della Sanità Integrativa**

#### **F.4.1) I L.E.A., l’intermediazione della spesa privata e la *mission* delle Forme Sanitarie Integrative**

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



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

#### **F.4.2) Punti chiave per una Riforma efficace delle Forme Sanitarie Integrative**

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

Una possibile Riforma della Sanità Integrativa dovrebbe tenere in considerazione le seguenti priorità:

- Effettività delle prestazioni: la diffusione della Sanità Integrativa non può limitarsi esclusivamente alla dimensione della numerosità degli assicurati, ma deve avere come *focus* le prestazioni sanitarie garantite dalle Forme Sanitarie Integrative
- Intermediazione della Spesa Sanitaria privata: la Sanità Integrativa andrebbe riorientata a partire dai bisogni effettivi dei cittadini ampliando il campo di azione delle Forme Sanitarie Integrative all'intero perimetro della Spesa Sanitaria privata
- Codice Appalti, trasparenza e competitività: Maggiori livelli di "intermediazione" da parte delle Forme Sanitarie Integrative andrebbero favorite anche attraverso l'estensione del Codice degli Appalti alle selezioni indette dai Fondi Sanitari (e, segnatamente, da quelli di origine contrattuale che caratterizzano per una rilevante concentrazione di mercato) in un'ottica di miglior promozione della concorrenza tra le Compagnie Assicuratrici affidatarie della gestione dei Piani Sanitari. Tale impostazione, peraltro già adottata nelle Forme Sanitarie Integrative promosse in favore del personale della Pubblica Amministrazione e degli assicurati degli Enti Previdenziali Privatizzati, garantirebbe maggiore trasparenza in un settore che, anche in ragione degli incentivi fiscali accordati dallo Stato, svolge nei fatti un'importante funzione di interesse pubblico;
- Territorio: se la *mission* delle Forme Sanitarie è integrativa non si può prescindere dal rapporto con il Territorio (S.S.R.) nel quale vivono gli assicurati. Andrebbe valutata una declinazione territoriale delle policy assistenziali delle Forme Sanitarie Integrative
- Nucleo familiare e ciclo di vita: fondamentale recuperare la dimensione del Nucleo Familiare e del ciclo di vita anche per la Sanità Integrativa
- Flessibilità: inserire elementi di maggiore flessibilità nelle Forme Sanitarie Integrative per consentire agli assicurati di adeguare ai propri bisogni di cura il livello di copertura garantito dai Piani Sanitari collettivi
- Livellare il campo di gioco: sono sempre più necessarie regole omogenee che disciplinino il settore intervenendo sulle modalità di gestione del rischio, sulla *governance*, sugli assetti organizzativi, sulle regole bilancistiche e di solvibilità delle Forme Sanitarie Integrative
- Fiscalità:
  - rimuovere la penalizzazione di natura fiscale che riguarda i versamenti effettuati alle Forme Sanitarie Integrative da parte dei soggetti aventi un reddito diverso da quello di lavoro dipendente perché il Secondo Pilastro in Sanità è un'esigenza per tutti

- collegare i benefici fiscali alla capacità di intermediazione effettiva della Spesa Sanitaria da parte delle Forme Sanitarie Integrative

## CONCLUSIONI

La Spesa Sanitaria di tasca propria 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 assicurative e Fondi Sanitari Integrativi (Forme Sanitarie Integrative).

L’assenza allo stato attuale 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 in ragione della propria capacità reddituale.

Attualmente sono **150 milioni** le prestazioni sanitarie pagate di tasca propria dagli italiani (ovvero erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale), per una spesa complessiva di **39,7 miliardi 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**. Poco meno del **15%** (circa **5,7 miliardi di EUR**) di queste spese sono state rimborsate da Forme Sanitarie Integrative lasciando, quindi, le famiglie di fronte alla necessità di dover ricorrere – ove possibile – ai propri redditi o ai propri risparmi.

Nel 2017 oltre **11 milioni** di italiani hanno dovuto indebitarsi per finanziare le proprie cure, **7 milioni** hanno dovuto intaccare i propri risparmi e poco meno di **3 milioni** sono arrivati a vendere i propri immobili o a liquidare i propri investimenti mobiliari (prevalentemente titoli di Stato). La situazione è tanto più paradossale se si pensa che coloro che già aderiscono ad una Forma Sanitaria Integrativa beneficiano già del finanziamento di oltre il **66%** del costo medio delle cure che dovrebbero pagare di tasca propria (il valore di rimborso medio nel 2017 si è attestato, infatti, a **433,15 €**).

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 percepiscono un reddito imponibile), come già avvenuto in campo pensionistico. Attraverso la disponibilità per tutti i cittadini di una Polizza Sanitaria o di un Fondo Sanitario Integrativo, infatti, si potrebbe così realizzare un effettivo affidamento in gestione della Spesa Sanitaria privata di tutti i cittadini ad un sistema “collettivo” a governance pubblica e gestione privata in grado di assicurare una “congiunzione” tra le strutture sanitarie private (erogatori) e dei cosiddetti “terzi paganti professionali” (le Forme Sanitarie Integrative, appunto) con una funzionalizzazione della Spesa Sanitaria privata alla tutela complessiva della salute dei cittadini.

I vantaggi sia in termini economici che di recupero di una maggiore capacità redistributiva del Sistema Sanitario sarebbero estremamente significativi. Si stima, infatti, che a fronte di un investimento per lo Stato molto contenuto, compreso tra **900 milioni** e **1 miliardo di EUR**, sarebbe possibile abbattere dai **20 ai 12 miliardi di EUR**, a seconda del modello attuativo di Secondo Pilastro Sanitario prescelto, di Spesa Sanitaria privata con un contenimento della Spesa Sanitaria privata pagata di tasca propria che va da **340 €** pro capite a **200 €** pro capite. Questa impostazione, che consentirebbe di ottimizzare le risorse attualmente già stanziata dalla Finanza Pubblica per sostenere il funzionamento del meccanismo delle detrazioni sanitarie, assolutamente iniquo socialmente e diseguale a livello territoriale, potrebbe peraltro beneficiare anche del recupero in tutto in parte di una parte di gettito tributario derivante dalla Spesa Sanitaria privata che attualmente è soggetta all’elusione/evasione fiscale. Un Secondo Pilastro strutturato anche in sanità, inoltre, consentirebbe di contenere anche i *gap* assistenziali sempre più evidenti tra i diversi Servizi Sanitari Regionali, favorendo altresì un contenimento del costo unitario delle singole prestazioni/beni sanitari (si tratta, in media, di un risparmio compreso attualmente tra il **20%** ed il **30%**) erogate privatamente ampliando l’accessibilità ai percorsi di cura da parte dei cittadini.

**Una Spesa Sanitaria privata “intermediata” attraverso un Secondo Pilastro Sanitario non solo più equa rispetto ad una Spesa Sanitaria privata “individuale”, ma anche più sostenibile ed efficiente.**

I Governi che si sono avvicendati negli ultimi anni hanno beneficiato di condizioni politiche ed economiche idonee ad affrontare strutturalmente il nodo della sostenibilità del Sistema Sanitario del nostro Paese.



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.

Un adeguato impiego della Sanità Integrativa può aprire importanti prospettive per il mantenimento della sostenibilità e della qualità delle cure per i cittadini italiani. È fondamentale però che questo percorso sia promosso a partire dagli effettivi bisogni delle persone senza condizionamenti ideologici e abbandonando posizioni anacronistiche che per anni non hanno consentito al nostro Paese di fornire risposte adeguate ai bisogni assistenziali emergenti delle fasce più fragili della popolazione (cittadini meno abbienti, malati cronici, famiglie monoreddito, etc.).

In questa prospettiva l'auspicio è che il "nuovo" Governo sappia cogliere l'importanza di questa sfida chiamando a cooperare le migliori forze del Paese e valorizzando a beneficio di tutti i cittadini le importanti esperienze maturate in questo settore negli ultimi anni per un progetto di riforma del nostro Sistema Sanitario che metta sempre al centro la persona.

## 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

### C) DISUGUAGLIANZA E SPESA SANITARIA PRIVATA

*Grafico 17 – Composizione della Spesa Sanitaria per Regioni* 18

*Grafico 18 – Composizione % della Spesa Sanitaria per macroarea geografica* 18

#### C.1) La Spesa Sanitaria privata per fascia di reddito

*Grafico 19 – Spesa Sanitaria privata per fascia di reddito* 19

*Grafico 20 – Spesa Sanitaria privata pro capite e pro nucleo per fascia di reddito* 20

*Grafico 21 – Cittadini per fascia di reddito e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito* 21

*Grafico 22 – Distribuzione prestazioni private per fascia di reddito (scostamento dalla media)* 22

#### C.2) La Spesa Sanitaria privata per fase della vita

*Grafico 23 – Spesa Sanitaria privata per fase della vita* 23

*Grafico 24 – Spesa Sanitaria privata pro capite per fase della vita* 24

*Grafico 25 – Cittadini per fasce della vita e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito* 24

#### C.3) La Spesa Sanitaria privata per stato di salute

*Grafico 26 – Spesa Sanitaria privata per stato di salute* 25

*Grafico 27 – Spesa Sanitaria privata pro capite per stato di salute* 26

*Grafico 28 – Cittadini per stato di salute e incidenza della Spesa Sanitaria privata sul reddito* 27

#### C.4) La Spesa Sanitaria privata per professione

*Grafico 29 – Spesa Sanitaria privata per professione* 28

*Grafico 30 – Spesa Sanitaria privata pro capite per professione* 28

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

<i>Grafico 62 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per stato di salute (rimborsato medio)</i>	55
<b>E.2.4) Diffusione della Sanità Integrativa per professione</b>	
<i>Grafico 63 – Assicurati ogni 100 cittadini per professione</i>	56
<i>Grafico 64 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per professione</i>	57
<i>Grafico 65 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per professione</i>	57
<i>Grafico 66 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per professione (rimborsato medio)</i>	58
<b>E.2.5) Diffusione della Sanità Integrativa per territorio</b>	
<i>Grafico 67 – Assicurati ogni 100 cittadini per territorio</i>	59
<i>Grafico 68 – Spesa Sanitaria privata, Spesa Sanitaria di tasca propria (OoP) e Spesa Sanitaria intermediata pro capite per territorio</i>	59
<i>Grafico 69 – Incidenza % Spesa Sanitaria intermediata su Spesa Sanitaria privata per territorio</i>	60
<i>Grafico 70 – Livello di copertura della Spesa Sanitaria privata assicurata dalle Forme Sanitarie Integrative per territorio (rimborsato medio)</i>	61
<b>E.3) Sanità Integrativa e mercato assicurativo</b>	
<i>Grafico 71 – Player e concentrazione di mercato</i>	62
<i>Grafico 72 – Trend quote di mercato dei Fondi Sanitari (2015-2017)</i>	63
<b>F) LE PROPOSTE DEL VIII RAPPORTO RBM-CENSIS</b>	
<b>F.1) Proposte per un Sistema Sanitario più sostenibile, più equo e più inclusivo</b>	
<i>Grafico 73 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria: convenienza per il cittadino</i>	65
<i>Grafico 74 – Sanità Integrativa vs Spesa di tasca propria: analisi costi e benefici</i>	65
<b>F.2) Cure private: meglio il “fai da te” o meglio la Sanità Integrativa?</b>	
<i>Grafico 75 – Scenari Secondo Pilastro Sanitario complementare</i>	67
<b>F.3) Scenari di Riforma per il Sistema Sanitario Italiano: un Secondo Pilastro Complementare</b>	
F.3.1) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “istituzionale” (HYPO1)	
F.3.2) Secondo Pilastro Sanitario Complementare di tipo “occupazionale” (HYPO2)	
<b>F.4) Per una possibile Riforma della Sanità Integrativa</b>	
F.4.1) I L.E.A., l’intermediazione della spesa privata e la mission delle Forme Sanitarie Integrative	
F.4.2) Punti chiave per una Riforma efficace delle Forme Sanitarie Integrative	
<b>CONCLUSIONI</b>	

## **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. mln € 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
<b>Italia</b>	<b>-8,8</b>
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: fatto 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
<b>Totale famiglie</b>	<b>100,0</b>

*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
<b>Italia</b>	<b>100</b>

*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	86,3
di cui	
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
<b>Totale</b>	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	
<b>Sì</b>	80,1	86,9	89,1	89,1	86,3
<b>No</b>	19,9	13,1	10,9	10,9	13,7
<b>Totale</b>	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	
<b>Molto, abbastanza</b>	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
<b>Poco, per niente</b>	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
<b>Totale</b>	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
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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 care 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
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

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 %
<b>Rabbia</b> (liste di attesa troppo lunghe, troppi casi di malasanità ecc.)	37,8
<b>Approccio critico, fastidio</b> (oltre alle tasse mi tocca pagare per troppe prestazioni sanitarie, non sempre funziona com	26,8
<b>Senso di sicurezza, protezione</b> (pensando al rischio di ammalarmi mi capita di pensare meno male che c'è il servizio s	17,3
<b>Positività, orgoglio</b> (la nostra sanità è tra le migliori del mondo, è una grande conquista sociale )	11,3
<b>Indifferenza</b> (non ho idee in proposito, non mi interessa)	6,0
<b>Altro</b>	0,8
<b>Totale</b>	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 %
<b>Si</b>	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
<b>No</b>	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
<b>Totale</b>	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 scolarità 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
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>1.010</b>

## 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 preconcepite sulla Sanità Privata, le Assicurazioni Sanitarie ed i Fondi Integrativi, in una dimensione più europea basata su di un modello di finanziamento multipilastro (*multi-pillar*) 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.**<sup>®</sup> 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](http://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 Vecchietti*
- *Analisi delle Soluzioni Assicurative per l'Assistenza Sanitaria Integrativa – Marco Vecchietti*
- *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. Vecchietti, 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 Vecchietti*
- *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/Ermeneia*
- *Ospedali & Salute 2017 Rapporto annuale Aiop/Ermeneia*
- *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/>
- *DHC Corporate Plan 2014-2015, June 2014, Governance Unit;*
- *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*



*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 “nuovi” bisogni di cura dei cittadini da parte del Servizio Sanitario Nazionale.*

*L'assenza allo stato attuale 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”, perché una Spesa Sanitaria privata “intermediata” non solo più equa rispetto ad una Spesa Sanitaria privata “individuale”, ma anche più sostenibile ed efficiente.***

*L'evoluzione verso un modello multipilastro 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 chiamando a cooperare le migliori forze del Paese e valorizzando a beneficio di tutti i cittadini le importanti esperienze maturate in questo settore negli ultimi anni per un progetto di riforma del nostro Sistema Sanitario che metta sempre al centro la persona.*