



INTESA SANPAOLO  
RBM SALUTE



# **IX RAPPORTO**

## **SULLA SANITÀ PUBBLICA, PRIVATA E INTERMEDIATA**

**ANNUALITÀ  
2019-2020**



INTESA SANPAOLO  
RBM SALUTE



# **IX RAPPORTO**

SULLA SANITÀ  
PUBBLICA, PRIVATA  
E INTERMEDIATA

ANNUALITÀ  
**2019-2020**

Prima edizione: Gennaio 2021

Il presente rapporto è stato realizzato grazie al supporto incondizionato di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Intesa Sanpaolo RBM 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 Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. che ne detiene tutti i diritti. L'utilizzo dei grafici e dei dati presenti nel volume potrà essere effettuato portando in evidenza la fonte "Intesa Sanpaolo RBM Salute" ad esclusione del capitolo "Raddoppiare il diritto alla salute con la Sanità Integrativa" estratto dal Volume "La Salute è un Diritto. Di Tutti.", ISBN 978-88-238-5160-3.

L'utilizzo dei grafici e dei dati presenti in tale capitolo potrà essere effettuato portando in evidenza la fonte "La Salute è un Diritto. Di Tutti.".

ISBN: 978-88-944209-9-9

## PRIMA PARTE

<b>LA SANITÀ OLTRE COVID-19: NON È TROPPO PRESTO PER PENSARCI</b>	<b>15</b>
<i>Fondazione Censis</i>	

<b>IL RUOLO DEL SECONDO PILASTRO NELLA PROTEZIONE DALLE PANDEMIE</b>	<b>49</b>
Dott. Marco Vecchietti	
<i>Amministratore Delegato e Direttore Generale - Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.</i>	

## SECONDA PARTE

<b>SEZIONE 1</b>	<b>68</b>
<b>IL FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO TRA LIVELLI ESSENZIALI E LIVELLI EFFETTIVI</b>	

<b>LEA NEGATI E REAZIONI DEI CITTADINI. LA SANITÀ VISTA E VISSUTA DA 10.000 ITALIANI.</b>	<b>69</b>
<i>Fondazione Censis</i>	

<b>1) LEA NON PERTUTTI E SANITÀ A PAGAMENTO CHE INTEGRA: SCENE DALLA SANITÀ REALE</b>	<b>69</b>
---	-----------

<b>2) I NUMERI</b>	<b>71</b>
2.1) I percorsi per l'accesso alla sanità	71
2.1.1) Dalla richiesta di prenotazione nel pubblico alla sanità a pagamento	71
2.1.2) Le reazioni dei cittadini per tipologie di prestazione	73
2.1.3) Liste di attesa lunghe, troppo lunghe o, addirittura, bloccate di fatto	74

<b>3) L'USO COMBINATO DI SERVIZIO SANITARIO E SANITÀ A PAGAMENTO</b>	<b>78</b>
3.1) Percorsi sanitari ibridi per massimizzare le opportunità	78
3.2) Surfare tra pubblico e privato: prestazioni tempestive e sostenibilità dei budget familiari	78
3.3) I rassegnati: tanto la lista di attesa è troppo lunga	80
3.4) Privato vuol dire inappropriato? No	82

<b>4) LA SANITÀ CHE COSTA</b>	<b>84</b>
-------------------------------	-----------

<b>5) AVVENTURE NEI PRONTO SOCCORSO</b>	<b>86</b>
---	-----------

<b>6) LA PREVENZIONE E I SUOI LIMITI</b>	<b>87</b>
--	-----------

<b>APPENDICE 1 – INDICAZIONI METODOLOGICHE</b>	<b>89</b>
--	-----------

<b>CONCLUSIONI</b>	<b>92</b>
Prof. Giuseppe De Rita	
<i>Presidente - Fondazione Censis</i>	

## **SEZIONE 2**

# **RADDOPPIARE IL DIRITTO ALLA SALUTE CON LA SANITÀ INTEGRATIVA**

96

Dott. Marco Vecchietti

*Amministratore Delegato e Direttore Generale - Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.*

<b>PREMESSA</b>	<b>97</b>
<b>A) IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO</b>	<b>99</b>
A.1) La Spesa Sanitaria: i trend delle fonti di finanziamento	99
A.2) Livelli Essenziali di Assistenza “negati” ed i macro trend della disuguaglianza	103
<b>B) UN DIRITTO ALLA SALUTE SEMPRE PIÙ DISEGUALE</b>	<b>105</b>
B.1) La speranza di vita	105
B.2) L’incidenza della Spesa Sanitaria Privata	106
B.3) Le fonti di finanziamento delle cure private	107
B.4) La rinuncia alle cure	108
B.5) La mobilità sanitaria	110
B.6) Il ricorso alla prevenzione	113
<b>C) LA SPESA SANITARIA PRIVATA</b>	<b>114</b>
C.1) I protagonisti della Spesa Sanitaria Privata: un universo in espansione	114
C.2) Le funzioni della Spesa Sanitaria Privata	115
C.3) La composizione della Spesa Sanitaria Privata	116
C.4) Analisi della funzione della Spesa Sanitaria Privata	118
C.4.1) La Spesa Sanitaria Privata per fase della vita	118
C.4.2) La Spesa Sanitaria Privata per territorio	119
C.4.3) La Spesa Sanitaria Privata per stato di salute	119
C.4.4) La Spesa Sanitaria Privata per fascia di reddito	120
C.5) Appropriatezza ed ibridazione della Spesa Sanitaria Privata	121
<b>D) LA SPESA SANITARIA PRIVATA PRO CAPITE</b>	<b>123</b>
D.1) Analisi della Spesa Sanitaria Privata pro capite	123
D.1.1) La Spesa Sanitaria Privata pro capite per fase della vita	123
D.1.2) La Spesa Sanitaria Privata pro capite per territorio	125
D.1.3) La Spesa Sanitaria Privata pro capite per stato di salute	126
D.1.4) La Spesa Sanitaria Privata pro capite per fascia di reddito	127

D.2)	La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata	128
D.2.1)	Analisi della Spesa Sanitaria Privata pro capite per tipologia di cura	128
D.2.2)	Analisi della Spesa Sanitaria Privata pro capite per fase della vita	129
D.2.3)	Analisi della Spesa Sanitaria Privata pro capite per territorio	130
D.2.4)	Analisi della Spesa Sanitaria Privata pro capite per stato di salute	131
D.2.5)	Analisi della Spesa Sanitaria Privata pro capite per fascia di reddito	132
D.3)	Il paniere della Spesa Sanitaria Privata pro capite	133
D.3.1)	Frequenza e importo delle cure private	133
D.3.2)	Distribuzione delle prestazioni	134
<b>E)</b>	<b>LA SANITÀ INTEGRATIVA</b>	<b>137</b>
E.1)	Diffusione e livelli di adesione della Sanità Integrativa	139
E.2)	La capacità di intermediazione della Spesa Sanitaria Privata da parte della Sanità Integrativa	142
E.3)	I vantaggi dei Fondi Sanitari	143
E.4)	I livelli assistenziali della Sanità Integrativa: le prestazioni rimborsate per numero e ammontare	145
<b>F)</b>	<b>IL REGIME FISCALE DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA</b>	<b>148</b>
F.1)	I benefici fiscali per le cure private	148
F.2)	La Spesa Sanitaria Privata come onere detraibile: effetti collaterali e rischi impliciti	151
F.3)	Promuovere la Spesa Sanitaria Privata o la Sanità Integrativa?	153
<b>G)</b>	<b>RADDOPPIARE IL DIRITTO ALLA SALUTE CON LA SANITÀ INTEGRATIVA</b>	<b>155</b>
G.1)	Prospettive e soluzioni	155
G.2)	Le Proposte del IX Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata	155
G.2.1)	Il servizio universale della Sanità Integrativa	155
G.2.2)	Fondo Sanitario Interregionale per il Mezzogiorno	160
G.3)	Conclusioni	161
	<b>Bibliografia</b>	<b>162</b>
	<b>Indice dei grafici</b>	<b>168</b>

## TERZA PARTE

### INTRODUZIONE – MESSAGGI ISTITUZIONALI

173

**On. Claudio Durigon**

*Sottosegretario Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*

**On. Marialucia Lorefice**

*Presidente XII Commissione Affari Sociali*

### SEZIONE 1

#### DAL WELFARE OCCUPAZIONALE AL WELFARE DI CITTADINANZA

179

**On. Marcello Gemmato**

*XII Commissione Affari Sociali*

**On. Stefano Mugnai**

*XII Commissione Affari Sociali*

**Sen. Lucio Malan**

*3<sup>a</sup> Commissione permanente Affari esteri, emigrazione*

**Sen. Francesco Zaffini**

*2<sup>a</sup> Commissione permanente Igiene e sanità*

### SEZIONE 2

#### INTERVENTO MINISTERO DELLA SALUTE

193

**Dott. Andrea Urbani**

*Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ministero della Salute*

### SEZIONE 3

#### SANITÀ E WELFARE COMPLEMENTARE: L'ESPERIENZA NEL SETTORE DEL CREDITO

199

**Dott. Massimo Masi**

*Segretario Generale - UILCA UIL*

**Dott. Mauro Morelli**

*Segretario Nazionale - FABI*

**Dott. Giacomo Sturniolo**

*Segretario Nazionale - FISAC CGIL*

**Dott. Roberto Garibotti**

*Segretario Nazionale - FIRST CISL*

## **SEZIONE 4**

**207**

### **SANITÀ INTEGRATIVA: UN'OPPORTUNITÀ DA COSTRUIRE PER LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE, LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E PER LE PROFESSIONI MEDICHE**

**Dott.ssa Barbara Cittadini**

*Presidente Nazionale - AIOP*

**Dott. Mario Ponzi**

*Responsabile Ufficio Stampa - ARIS*

**Dott. Mauro Potestio**

*Presidente - Feder Anisap*

**Dott. Domenico Crisarà**

*Vice Segretario Nazionale - FIMMG*

## **SEZIONE 5**

**223**

### **IL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA: IL FUTURO È GIÀ QUI**

**Prof. Mario Del Vecchio**

*Affiliate Professor - SDA Bocconi*

**Prof. Marco Geddes da Filicaia**

*Medico*

**Prof.ssa Isabella Mastrobuono**

*Referente per l'Assistenza Primaria e Cronicità - P.A. Bolzano*

**Prof.ssa Grazia Labate**

*Ricercatore in Economia Sanitaria - Università di York*

**Prof.ssa Carla Collicelli**

*Ricercatore senior associato, CNR-ITB*

**Prof. Cesare Cislaghi**

*Docente di Economia Sanitaria*

## **APPENDICE**

**257**

### **I SOGGETTI PROMOTORI**

## **RINGRAZIAMENTI**

**261**





# PRIMA PARTE



# LA SANITÀ OLTRE COVID-19: NON È TROPPO PRESTO PER PENSARCI

---

**Fondazione Censis**

## 1. LA SANITÀ SVELATA DAL COVID-19

### 1.1. Più ricoveri e cure Covid-19, meno di ogni altro tipo

La salute, da ambito che grazie al *mix* Servizio Sanitario-autotutele irradia sicurezza, con l'emergenza si è svelata fonte principale di angoscia per gli italiani.

Il trauma della pandemia ha convinto i cittadini che la salute è altamente vulnerabile e che la fiducia nel Servizio Sanitario non garantisce sempre e comunque accesso alle cure, tanto più in situazioni di intasamento strutturale.

La pandemia svela i limiti strutturali e le conseguenze per tutti dell'ordinario funzionamento della sanità italiana. Prima della pandemia, 28 prestazioni su 100 tentativi di prenotazioni finivano nella sanità a pagamento, le altre venivano erogate dal Servizio Sanitario a persone che si mettevano in lista attendendo il proprio turno.

Con l'arrivo del virus, l'intasamento ha raggiunto subito picchi straordinari, ma il razionamento spontaneo non ha potuto operare come nell'ordinario.

Così l'offerta ha spinto furiosamente per espandersi e tenere il colpo di fabbisogni in drammatica crescita. Ci è riuscita, certamente grazie al lavoro del personale, e alle risorse aggiuntive rese disponibili, ma anche tramite il razionamento dei bisogni sanitari dei pazienti non Covid-19 che hanno subito una *deprogrammazione* di massa delle proprie prestazioni.

Più ricoveri e cure Covid-19, meno di ogni altro tipo: ecco come l'offerta contro il virus è riuscita a crescere in tempi brevissimi, oltre ad espandersi grazie a risorse aggiuntive. Man mano che i picchi di domanda salgono e con essi la pressione sull'offerta, il razionamento colpisce oltre ai non Covid-19 anche i pazienti Covid-19.

In emergenza si vede in azione in modo concentrato e drammatico il meccanismo di funzionamento ordinario della sanità raccontato nei precedenti rapporti sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Esiste, infatti, nella quotidianità un *gap* tra Servizio Sanitario e fabbisogni sanitari (al di là di quelli che sono considerati inappropriati e voluttuari) che viene risolto spontaneamente obbligando alcuni pazienti a rivolgersi al privato ed imponendo ad altri di rassegnarsi a lunghi tempi di attesa.

Un meccanismo semplice, in parte esplicito in parte opaco, attraverso il quale in tempi ordinari il sistema intasandosi reagisce razionando, mentre il circuito privato assorbe l'eccesso di domanda. In tempi eccezionali però non c'è alternativa organizzata e appropriata alle strutture e prestazioni richieste perché è in gioco la vita dei pazienti e allora il sistema non può che reagire con la logica *qualcuno lo cura, qualcuno no o almeno non subito*.

L'eroismo del personale, la corsa ad ampliare dotazioni e personale, le attività di *tracing* e di isolamento domiciliare servono ad allentare l'intasamento, ma non esimono dal dover decidere man mano di curare i malati Covid-19 e rinviare i non Covid-19 e, se falliscono i tentativi di contenere la crescita dei pazienti Covid-19, di dover anche decidere chi curare tra essi.

Certo, oggi una emergenza pandemica giustifica tutto, e le scelte che consentono di evitare le ricadute mortali dell'intasamento beneficiano, sul momento, di alto consenso sociale.

Tuttavia la lucida rilettura di quanto accaduto e sta accadendo in questi mesi fissa che il futuro della sanità si giocherà proprio sulla capacità di trovare il giusto equilibrio tra una domanda sanitaria articolata e potenzialmente in grado di raggiungere picchi eccezionali in un arco di tempo ristretto e una offerta che dovrà trovare le soluzioni strutturali e finanziarie per poter dare più assistenza a più pazienti e, anche, essere flessibile per potersi ampliare quando è il momento, pur restando finanziariamente sostenibile.

La sanità del dopo emergenza è un sistema di equazioni simile ad un rompicapo. L'analisi della straordinaria esperienza di questi mesi qui esposta è l'avvio di una riflessione sugli insegnamenti dello *stress-test* di fatto in corso: un esperimento che si svolge nella realtà del quotidiano e non in laboratorio.

## 1.2. Risultati in pillole

### **Angoscia-salute, il lascito peggiore del virus.**

L'82,3% degli italiani è angosciato perché in questa emergenza ha sperimentato o capito che anche in caso di necessità assoluta, con vita in pericolo, il sistema potrebbe non essere in grado di garantirgli le cure di cui ha bisogno. Se prima di Covid-19 tutto sommato sulla salute ci si sentiva sicuri, garantiti da Servizio Sanitario e autotutele private, con l'emergenza sanitaria diventa chiaro che il sistema sanitario, per quanto di livello, per quanto fatto da operatori eroici, potrebbe intasarsi al punto di non dare le cure di cui si ha bisogno. La salute è diventata un ambito insicuro, in cui ci si sente scoperti e altamente vulnerabili.

### **Costi e tagli alle cure.**

Per garantire le cure d'emergenza ai malati Covid-19, la sanità ha dovuto tagliare progressivamente prestazioni non Covid-19: così quasi il 33% degli italiani dichiara di aver dovuto rinviare prestazioni sanitarie di vario tipo, perché la struttura si occupava solo di Covid-19, per paura del contagio o perché non ha trovato ascolto. E il rinvio ha riguardato soprattutto chi, per motivi di salute o per specifiche condizioni familiari, ricorre più frequentemente alle strutture sanitarie: il 63,7% tra chi ha un pessimo stato di salute, il 45,6% tra chi soffre di una qualche malattia cronica, il 36,1% tra chi ha figli piccoli fino a 3 anni e il 41% tra chi ha figli minori di età superiore ai 3 anni. Del resto dati del Ministero della Salute di luglio 2020 indicano un taglio del 40% delle prestazioni erogate (-309.017 ricoveri) e tagli di 13,3 milioni per gli accertamenti diagnostici e di 9,6 milioni per le visite specialistiche. Da chi ha sintomi da Covid-19 a chi è semplicemente solo impaurito, le persone sono accorse in massa a Pronto soccorso e reparti ospedalieri, e malgrado gli sforzi titanici degli operatori e le risorse aggiuntive messe in campo, si è dovuto procedere a tagliare prestazioni ai non Covid-19 e, man mano che la pressione è cresciuta, anche ai Covid-19. L'emergenza ha svelato *deficit* strutturali della sanità e più ancora i costi sociali del meccanismo di razionamento che scatta quando il sistema si intasa. In emergenza l'esito è stato drammatico ed ha svelato alla luce del sole in modo estremo e paradigmatico quello che avviene in modo più *soft*, automatico e coperto nell'ordinario.

### **La comunicazione che preoccupa.**

Per il 65% degli italiani la comunicazione su diffusione del virus, nuovi contagi e decessi li ha spaventati e confusi, più che responsabilizzarli. In questi giorni per l'85,6% degli italiani i messaggi sono contraddittori e generano confusione e paura. Tanto più che i cittadini, malgrado l'impegno dei medici, stentano a trovare interlocutori diretti per chiarimenti e indicazioni in caso di sospetto contagio. Pertanto, si è avuta tanta comunicazione generale con tanta confusione, poca o nessuna comunicazione di servizio di prossimità: da qui il *boom* anche di una domanda emozionale di prestazioni sanitarie.

### **La malattia uccide, non ci si convive, per questo ho paura.**

Per il 66,6% degli italiani la promozione e tutela della propria salute sarà la preoccupazione principale per i prossimi anni. Non ci sarà ambito di vita individuale e collettivo in cui la buona salute non prevarrà su ogni altra considerazione. La *buona salute ovunque* imporrà regole in famiglia, sul lavoro, nel tempo libero, ovunque le persone agiranno ed entreranno in relazione. Perché la malattia non è più quella cronica con cui si può convivere, ma può uccidere a grandi numeri e in tempi ristretti, è associata alla morte e per questo genera angoscia. Covid-19 è causa unica di morte nell'89% dei casi di morte di persone affette da Covid-19, nel restante 11% le cause sono altre patologie. Nel 28,2% delle morti per Covid-19 non vi erano concause, mentre per il restante 71,8% sì, di cui il 31,3% ne ha una, il 26,8% due e il 13,7% ne ha tre o più.

### **La nuova sicurezza oltre Covid-19: Welfare pubblico e molto altro.**

Il 90,8%, traumatizzato dall'esperienza in corso, vuole avere le spalle più coperte in caso di nuova, diversa emergenza sanitaria. Come costruirsi una nuova protezione, se quella attuale genera angoscia? Il 34% conta su un ampliamento del *Welfare* pubblico per poter utilizzare i propri risparmi per altri ambiti di vita e di lavoro, il 66% conta su forme di autotutela privata. Tuttavia, oggi la sicurezza per gli italiani anche in sanità la dà solo il *cash* pronto alla spesa: in un anno è cresciuto più del Pil di Croazia e Lettonia insieme. Ecco la sfida: convincere gli italiani che la maggior sicurezza sulla salute non la si otterrà gonfiando il proprio *cash*. Oltre al *Welfare* pubblico da potenziare, ci vogliono investimenti in strumenti di autotutela familiare che integrino la mobilitazione aggiuntiva pubblica.

### **Giovani first! Scene di lotta di classe (di età...).**

Il 60,6% dei giovani ritiene che questa emergenza ha certificato che va messo fine ad un eccesso di spesa pubblica per gli anziani. In primo luogo in sanità, ma anche in altri ambiti. Con la seconda ondata i giovani non sembrano più disposti ad accettare lo stato di fatto di una spesa pubblica che va, tra pensioni e sanità, molto più ai *baby boomers* e agli *aged*. E allora dicono meno soldi pubblici per gli anziani e, se necessario, vanno curati prima i giovani. Sull'idea di confinare i soli anziani in casa, il 41,5% dei giovani è possibilista perché reputa l'anzianità legata ad un dato anagrafico a cui si associa quindi maggiore vulnerabilità, mentre lo pensa solo il 12% tra gli anziani stessi.

### **Acuzie, cronicità e picchi emergenziali: la triade della nuova sanità.**

Pensando al futuro, per il 93,2% degli italiani non basterà potenziare le terapie intensive, perché indispensabile è anche la medicina di territorio e di prossimità. Andare oltre l'intasamento-razionamento vuol dire una sanità che copre acuzie e cronicità nell'ordinario e i picchi nelle emergenze. Su tutto ci vuole una logica da ecosistema aperto, con il Servizio Sanitario che si relaziona operativamente con gli altri attori al suo interno e all'esterno, per avere un'offerta flessibile, pronta a modularsi sulle esigenze quali-quantitative del momento.

## 2. IL FUTURO DELLA SANITÀ NELL'EMERGENZA

### 2.1. Imparare in corsa

La sanità, alle prese con una pressione drammatica nell'emergenza generata dal Covid-19 con il decollo verticale della domanda di prestazioni ad altissima intensità, è il perno della resistenza del nostro Paese all'aggressione del virus.

Di fronte ad una urgenza così potente nel quotidiano, ogni più generale ragionamento sulla sanità appare distante dalle necessità reali.

Tuttavia siamo convinti che organizzare il pensiero su quel che è accaduto e sta accadendo, provare a interpretarlo dal punto di vista degli italiani è, anche nel fuoco della quotidiana emergenza, un esercizio con un suo specifico valore.

Infatti, l'urgenza ha bisogno di lucidità e di scelte incastonate nell'evoluzione di più lungo periodo dei fenomeni, perché quello che viene deciso e fatto oggi non è neutrale e molto peserà sul futuro prossimo.

Il presente testo, pur profondamente immerso nell'attualità mutevolissima di questa fase di cui non può che riportare spunti e riferimenti fenomenologici, muove dalla volontà di capire il significato di quanto sta accadendo, a partire da come siamo arrivati sin qui e provando a fissare qualche riferimento per il dopo pandemia.

Nell'ambito delle attività del Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, ha sempre trovato posto l'idea che il monitoraggio di quel che accade assume ancor più valore all'interno di una riflessione che si allunga nel tempo, guardando sia indietro alle pratiche e retoriche degli anni trascorsi sia in avanti verso quel che dovrà uscire da questa inattesa, incredibile fase.

Dalla sfida pandemica la sanità, come la società e lo Stato, uscirà completamente modificata in meglio, cioè più vicina a fabbisogni e aspettative dei cittadini, se saprà valorizzare gli insegnamenti dello straordinario e inatteso *stress test* ancora in pieno corso.



## 2.2. Insegnamenti certi da apprendere

Nella cultura sociale collettiva è radicata sin d'ora la convinzione che la sanità del prossimo futuro sarà diversa da quella del passato recente e da quella che a lungo si riteneva necessaria.

Sono state letteralmente spazzate via retoriche semplificatorie che, per anni, si erano contrapposte e che all'atto pratico sono risultate inadeguate.

In particolare:

- quella di una sanità focalizzata quasi esclusivamente sulle acuzie ospedaliere e quindi sugli ospedali, rendendoli colossali piattaforme in territori di fatto sguarniti;
- quella del predominio assoluto, quasi monopolistico del territorio, esito della ormai schiacciante prevalenza delle cronicità e relativi fabbisogni, che ha fatto chiudere gli occhi sui costi e i rischi di un depotenziamento a prescindere dell'ospedaliero;
- quella che da retorica è diventata pratica corrente ed ha fatto i giochi, cioè le politiche di rallentamento intenzionale della spesa sanitaria pubblica rispetto alla dinamica dei fabbisogni sanitari, di ricorso a piani di rientro a forte impronta ragionieristica e di taglio drastico dell'ospedale senza sviluppo alcuno del territorio.

Covid-19, alzando l'onda della domanda sanitaria ad altissima intensità, ha mostrato le crepe del sistema, l'inconsistenza di retoriche unilaterali, poco attente al tema della complessità della salute e quindi del sistema che se ne deve occupare.

A tutto ciò va associato il mancato decollo del tema della prevenzione e della gestione delle pandemie, che pure beneficiava all'inizio degli anni duemila di un ponderoso riferimento programmatico.

Pertanto, si può dire che da subito la pandemia ha svelato una verità elementare ineludibile nel futuro: la sanità non potrà che essere un sistema complesso capace di fronteggiare almeno tre ordini di fabbisogni, da gestire nel tempo e in contemporanea quali acuzie, cronicità, prevenzione e picchi delle pandemie.

Sarà una gestione complessa, perché sottoposta all'alea del rischio e dell'imprevedibilità che, ormai si è capito, appartengono alle emergenze del nostro tempo.

Un sistema non facile da progettare e costruire per il quale, come rilevato, molto di ciò che è stato detto e fatto nei decenni precedenti è inadeguato e lontano dal necessario.

Per rispondere alla nuova esigenza sistemica non sarà sufficiente capovolgere i *trend* negativi degli anni trascorsi, come potenziare la spesa sanitaria pubblica, che ovviamente deve uscire dal sottofinanziamento con tassi di crescita che siano in linea con i fabbisogni sanitari di base di una società che invecchia o, anche, restituire finalmente alle primarie risorse del sistema, cioè quelle umane, il ruolo e il riconoscimento che gli competono. E sarà di certo essenziale, ma di per sé non risolutivo, risolvere la frammentazione

istituzionale e di *governance* con distanze crescenti nelle *performance* e nei modelli organizzativi e funzionali. Tante sanità locali non producono di per sé buona sanità.

Alla rottura con alcune scelte passate, occorre aggiungere qualcosa d'altro e di diverso, a cominciare dall'adozione di un approccio nuovo da parte di tutti gli *stakeholder* istituzionali e sociali, più improntato al riconoscimento, alla cooperazione e allo scambio tra i soggetti. Ecosistema vuol dire molteplicità di soggetti, essenziali per rispondere alla duplice sfida dell'espansione della copertura sanitaria e della sua intensificazione.

È importante che da questa sfida non si esca con la testa voltata indietro, convinti che la soluzione ci sia, sia semplice e vada imposta con la scure e che consista nella ricostruzione di qualcosa che in realtà non è mai esistito allo stato puro: un Servizio Sanitario solo ed esclusivamente pubblico, tanto grande da rispondere alla complessività della sfida sanitaria emersa.

L'idea semplicistica, tutta politica di gonfiare a dismisura il sistema pubblico con i soldi pubblici di varia provenienza portandolo ad una dimensione tale da poter rispondere a tutto ciò che gli viene chiesto in tempi ordinari e di emergenza, è una semplificazione estrema.

E dopo l'ubriacatura delle soluzioni semplici *pret a porter* rimaste inapplicate solo per la cattiva volontà di mutevoli nemici del bene e che invece hanno creato guasti ulteriori in tanti ambiti, per la sanità sarebbe opportuno mettere da parte l'ennesima soluzione semplicizzante e finalmente ragionare sulla dura scorza dei fatti.

Nella nuova fase che uscirà da questo cataclisma, preso atto degli effetti dello *stress test* pandemico, ragionando sul significato delle sue conseguenze, vanno rotti gli steccati ideologici e di pensiero sanitario, per confrontarsi con l'idea che è necessario riconoscere il valore e il contributo di ogni protagonista.

Come rilevato, la sanità da tempo è un ecosistema con al suo interno un pilastro costitutivo, il Servizio Sanitario, che troppo spesso è oggetto di amore e odio dalle stesse persone.

Da chi lo vuole solo e unico attore e che contemporaneamente lo vitupera perché incapace di star dietro ad una domanda sanitaria che è esito di una società dai bisogni ampi, articolati e complessi e che, se prima faticava a tenere insieme acuzie e cronicità, ora deve aggiungervi la sfida ciclopica dei virus.

La sola cosa cui arrendersi in questa fase di resistenza per la vita e per la morte al virus ed al tracollo economico è la complessità della sanità in generale e della nostra società. Solo una colossale mobilitazione cooperativa di soggetti ed energie diversificate, da tempo già in moto, potrà vincere il virus e dare agli italiani la sanità che si aspettano.

### 2.3. Interpretare la realtà in atto

L'analisi proposta parte da alcuni assunti di metodo tipici del Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, quali:

- la scelta di mettersi dalla parte dei cittadini: la sanità da essi vista e vissuta è, anche in questa fase drammatica, il punto di osservazione di quel che accade e da cui partire per interpretarlo;
- un approccio fenomenologico, vale a dire il riferimento ad alcune dimensioni di esperienza soggettiva di rapporto con la sanità, la salute e in generale con il tema dell'emergenza. Non è possibile a questo stadio una ricostruzione sistematica dello *stress test* che sta subendo la sanità italiana, però dall'analisi della fenomenologia vissuta soggettivamente dai cittadini è possibile enucleare riferimenti preziosi per capire il presente e preparare il futuro.

Il quadro quindi è frammentario e di certo incompleto nel senso che la realtà è in pieno movimento: dopo la prima ondata è arrivata la seconda e nel giro di pochissimi giorni il quadro complessivo e specifico è modificato. Tuttavia, come precisato, il quadro fenomenologico tra situazione pregressa, prima ondata e periodo successivo fino alla seconda ondata consente di ragionare su alcuni aspetti utili di rapporto con salute e sanità degli italiani.

### 3. GLI INIZI E GLI EFFETTI VISIBILI

#### 3.1. La sanità che ha accolto Covid-19

L'impatto del Covid-19 si misura in centinaia di migliaia di casi di positività accertata e decine di migliaia di decessi, e per la sanità in centinaia di migliaia di ricoveri che hanno generato picchi di occupazione dei posti letto, inclusi le terapie intensive, che hanno mandato in sofferenza l'intero sistema.

Nella prima ondata in breve tempo la domanda di prestazioni sanitarie è decollata e, in alcuni territori, ha fatto traballare strutture e servizi. Di fatto, è quel che sta accadendo nella seconda ondata: d'improvviso la marea montante che preme sul sistema ospedaliero diventa difficile da accogliere, gestire, curare.

Nella prima ondata erano alcuni i territori specifici sotto pressione, oggi l'area della difficoltà strutturale della sanità si è ampliata, includendo regioni che nella prima occasione erano rimaste piuttosto al riparo.

Il primo dato evidente è che il Servizio Sanitario è arrivato all'appuntamento con la pandemia sfibrato in alcune dimensioni significative.

Quindi, prima ancora di entrare nel merito degli aspetti operativi, funzionali, di modelli organizzativi, va sottolineato che la sanità sino all'esplosione della pandemia ha dovuto fare i conti con un ridimensionamento non solo economico di risorse, ma di ruolo effettivo riconosciuto dai *decision maker*.

Le scelte sociopolitiche del ventennio precedente raccontano di una minorità della sanità rispetto ad altri ambiti indicati come reali priorità.

I numeri azzerano ogni discussione su questo aspetto, perché raccontano di come la dimensione finanziaria nel tempo abbia prevalso sugli aspetti clinici in sanità imponendo vincoli ineludibili, anche ricorrendo a strumenti *ad hoc* come i piani di rientro. Così nel 2009-2019 (**Tabella 1**):

- la spesa pubblica per la sanità è arrivata nel 2019 a 116 miliardi di EUR, con -1,6% reale;
- la spesa pubblica *pro capite*, pari a 1.922 € nel 2019, si è ridotta del 3,3% reale.

Un finanziamento via via meno adeguato alle esigenze dell'offerta di una popolazione che nel frattempo vedeva decollare i tassi di invecchiamento e le connesse cronicità.

E non si può considerare puramente casuale l'aumento nello stesso periodo della spesa sanitaria privata dei cittadini: nel 2019 ha sfiorato i 38 miliardi di EUR, +3,8% reale nel 2009-2019.

Le minori risorse pubbliche non sono solo un fatto economico, ma l'espressione di una ridotta *social reputation* della sanità nella cultura sociopolitica italiana.

Associato a ciò vi è un altro aspetto emerso in maniera dirompente in questi mesi di emergenza: la disattenzione e il disinvestimento sul personale, dai medici agli infermieri. Nei mesi trascorsi nell'immaginario collettivo questa marginalità prolungata ha contrastato con i tanti casi di eroismo individuale e collettivo di infermieri e medici in trincea chiamati ad uno sforzo senza precedenti per far fronte ai picchi emergenziali.

Invece, i numeri raccontano che nel 2018 vi erano 111.652 medici nel Servizio Sanitario: rispetto al 2008, ne sono fuoriusciti 6.410 (-5,4% la variazione percentuale). Stesso *trend* per gli infermieri: sono 267.523, per un taglio nel decennio che è stato di 8.221 unità (-3%) (**Tabella 2**).

E che ci fosse il rischio *shortage* il virus lo ha dimostrato senza dare spazio ad equivoci, rendendo superflue stime e previsioni: ridurre il personale ha fragilizzato all'estremo la risposta sanitaria.

### 3.2. Acuzie e cronicità nell'ordinario *plus* picchi pandemici: la sfida futura subito svelata

Già in tempi ordinari la progressiva fragilizzazione economica e umana del Servizio Sanitario si concretizzava in specifici *trend*: dal già citato incremento della spesa privata fino a forme di vero e proprio razionamento occulto il cui effetto nei territori e a livello sociale era l'ampliamento delle disparità sanitarie.

Infatti, in condizioni ordinarie il Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata 2019 evidenziava che in 28 casi su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio Sanitario i cittadini, avuta notizia dei tempi di attesa, optavano per farle a pagamento, nel privato o in *intramoenia*. Una domanda sanitaria in eccesso rispetto all'offerta di servizi e prestazioni del Servizio Sanitario innescava un meccanismo spontaneo di razionamento, con passaggio dei cittadini verso la sanità a pagamento. Per chi invece non poteva o non voleva pagare per le prestazioni non restava che attendere il proprio turno in lista.

Questa fisiologia consolidata ha dovuto affrontare l'anomalia dell'emergenza virus, con la domanda che è decollata in un arco di tempo ristrettissimo e una eccezionalmente elevata concentrazione di richieste per ricoveri ospedalieri e terapie intensive, sulle quali il razionamento di fatto o la ricerca di soluzioni alternative a pagamento non si pone. Ecco allora che già la prima ondata dell'emergenza sanitaria ha fatto emergere il problema chiave del futuro: la necessità per la sanità di rispondere ad un carico di fabbisogni sanitari diversificato e che, d'improvviso, può raggiungere vette altissime.

Acuzie e cronicità sono due matrici di bisogni a cui vanno aggiunti quelli che sorgono d'improvviso da una pandemia e che decollano in un arco di tempo molto ristretto. Tecnicamente il punto su cui insistere è il seguente: la fisiologia pre Covid-19 della sanità evidenziava un'asimmetria tra ammontare e composizione dei fabbisogni sanitari da un lato e quantità e matrice dell'offerta dall'altro.

Il sistema trovava il suo equilibrio spontaneamente in un contesto per cui:

- l'offerta, vincolata dagli obiettivi di finanza pubblica, rimaneva sostanzialmente stabile o diminuiva. Inoltre, in nome di una più efficace assistenza alle cronicità, si tagliavano posti letto ospedalieri senza sviluppare la sanità di territorio come annunciato;
- i fabbisogni sanitari aumentavano fisiologicamente per effetto dell'invecchiamento della popolazione, mutavano per causa delle cronicità, si ampliavano con ulteriori bisogni e aspettative legate ad una concezione più evoluta, soggettiva di salute. Da non dimenticare poi anche la componente di bisogni sanitari inappropriati, non necessari o, se si vuole, indotti. Tuttavia, guai a derubricare la spinta in alto della domanda di salute dei cittadini solo ed esclusivamente a forzature o propensioni ipocondriache;

- il riequilibrio del *gap* tra offerta e domanda avveniva attraverso un razionamento delle prestazioni, vale a dire lo spostamento di chi poteva e voleva verso la sanità a pagamento per le prestazioni i cui tempi di attesa giudicavano troppo lunghi e la rassegnata attesa di chi optava comunque di restare nel pubblico accettando i tempi dilatati.

Questa fisiologia del sistema sanitario, che ha significato una integrazione di fatto tra una quota significativa delle spesa sanitaria privata per prestazioni rispetto a quella pubblica e delle prestazioni erogate in *intramoenia* o nel privato rispetto a quelle del canale pubblico, ha reagito all'ondata di domanda sanitaria pandemica stressando spontaneamente i suoi meccanismi fisiologici, facendone così emergere il carattere assolutamente patologico. Ed è stato così reso evidente cosa andrà affrontato nella sanità del futuro per evitare sia una sanità del quotidiano che raziona, sia una sanità dell'emergenza che non tiene il colpo della domanda sanitaria. Cosa vuol dire tutto ciò?

Guardando alla domanda di salute e sanità, l'offerta deve avere una articolazione interna ed una flessibilità di espansione quantitativa per poter rispondere ad acuzie e cronicità in condizioni ordinarie, salvo dilatarsi rapidamente di fronte all'incremento concentrato della domanda in caso di emergenze pandemiche.

Tra prima e seconda ondata, il Covid-19 ha reso evidente che questa sarà la sfida, e che su questo occorre subito andare oltre ogni steccato, visione, pregiudizio del recente passato.

L'equazione è complessa e richiede uno sforzo collettivo e *multistakeholder*: come articolare e ampliare l'offerta sanitaria, rendendola capace di aumentare in tempi stretti servizi e prestazioni ad alta intensità, senza ridurre l'assistenza agli altri malati e in modo anche economicamente sostenibile nel lungo periodo.

Oggi poco si ragiona sul fatto che l'emergenza produce consenso intorno alle sue soluzioni nel brevissimo ma poi, caduta la pressione, non sarà così semplice garantire la persistenza della legittimità sociale, ad esempio, di interi padiglioni ospedalieri chiusi giustificandoli come necessari in caso di nuova pandemia.

Il dato rilevante è fissare i confini delle problematiche vere della sanità, prima ancora di assumere pregiudizialmente una posizione totalitaria e semplificatoria giocata su vecchie diatribe tra pubblico e privato.

## 4. LA SANITÀ AL TEMPO DEL COVID-19

### 4.1. Dalla parte dei cittadini

Il racconto dell'evoluzione del rapporto tra cittadini e sanità nei mesi trascorsi non può che avere un carattere fenomenologico, con riferimenti diversi e non necessariamente organici, perché l'emergenza ha sparigliato gli ordini costituiti e consolidati e perché tutto è ancora in corso, con una intensità di mutamento che fa saltare ogni presunzione di sistematizzazione della fenomenologia.

Però è indispensabile, in linea con l'esperienza di lavoro del Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, guardare quello che sta accadendo dal lato dei cittadini, con riferimento a dimensioni specifiche, diversificate, alcune di esperienza diretta, altre di percezione e opinione. È un punto di vista laterale rispetto al sistema, prezioso anche perché ne rompe l'autoreferenzialità tecnica, aprendo la strada a chiarimenti e letture altrimenti assenti dal dibattito.

### 4.2. Nella prima ondata la sanità ce l'ha fatta, ma torna la stessa sfida

Il riconoscimento del ruolo svolto dal Servizio Sanitario nel periodo peggiore della prima ondata, che riflette l'apprezzamento dei cittadini nei confronti del sistema stesso, è espresso dal dato rilevato nel mese di giugno 2020 emerso in una indagine Censis: il 67,4% degli italiani era convinto che il Servizio Sanitario sarebbe stato pronto ad affrontare una eventuale nuova emergenza (**Tabella 3**).

La soddisfazione per la tenuta della sanità nella prima inattesa e drammatica ondata, pur con tutte le note diversità territoriali, ha alimentato l'idea che la capacità di adattamento mostrata gli avrebbe tutto sommato consentito di trovare soluzioni anche nel caso di ritorno dell'emergenza.

D'altro canto, in generale le persone che hanno avuto rapporti con la sanità nel periodo emergenziale hanno espresso una valutazione complessivamente positiva.

Pertanto prima dell'arrivo della seconda ondata il Servizio Sanitario in fondo era riuscito a trasferire nei cittadini l'idea che lo sforzo diretto degli eroici protagonisti sul campo aveva colmato i *deficit* strutturali e funzionali di lungo periodo. Medici, infermieri e ausiliari imponendosi come icone della buona *performance* italiana di fatto avevano trasmesso l'idea di un sistema in cui c'erano risorse per un colpo d'ala oltre i vincoli strutturali.

Ora quel capitale di fiducia conquistato a caro prezzo rientra in gioco, di fronte ad una seconda ondata che cresce e che di nuovo tende all'estremo le corde del sistema, sovrasollecitato da una domanda che in tempi brevi risale verso picchi eccezionali, imponendo agli operatori nuovi eroismi e ai pazienti nuovi sacrifici. La verità è che eroismi e adattamento nel lungo periodo non sono succedanei di scelte strategiche, strutturali e funzionali.



### 4.3. La comunicazione

Non era iniziata benissimo l'emergenza sanitaria tra sottovalutazioni, ritardi e una certa confusione nei messaggi pubblici.

Già dalle prime fasi dell'emergenza, confermandosi poi per tutta la sua durata, è emersa una carenza di flussi informativi utili per gli italiani su virus, contagi, tamponi, così come su tutta la filiera di cose da fare e, più ancora, sui soggetti da contattare direttamente.

Una specie di incastro tra un eccesso di flussi informativi generali ambigui, contraddittori e spesso solo generatori di ansia, e una carenza di flussi specifici, di servizio, utili a guidare le persone di fronte a situazioni molto concrete di rischio contagio, sintomi da valutare, tamponi da fare ecc.

Ecco perché è emersa una componente non irrilevante di domanda di prestazioni confluita sui pronto soccorso per la mancanza di interlocutori con cui dialogare ed eventualmente in grado di orientarli, sollecitata nella emozionalità da una comunicazione pubblica incontrollabile.

Mentre si stimolava l'attenzione delle persone al virus e ai suoi effetti con un bombardamento terrorizzante e troppo spesso fatto di messaggi contraddittori, le persone non trovavano interlocutori che tempestivamente e con autorevolezza potessero aiutarle molto concretamente in caso di sospetto contagio.

I medici di medicina generale in fondo sono stati travolti o saltati, malgrado il loro riconosciuto impegno nel tentare di essere vicini ai propri pazienti.

In pratica, come rilevato, la carenza sul fronte procedurale e operativo si è saldata ad una comunicazione pubblica, da quella mediatica a quella più propriamente istituzionale, che ha finito per amplificare l'angoscia per la salute: per il 65% degli italiani la comunicazione ha spaventato più che responsabilizzato, con informazioni spesso contraddittorie su diffusione del virus, nuovi contagi e decessi, con punte percentuali che arrivano quasi all'80% tra i bassi titoli di studio.

E le cose non sono cambiate nemmeno in questi giorni segnati dai nuovi picchi della seconda ondata, perché è addirittura l'85,6% degli italiani a ritenere che i messaggi sono contraddittori e creano confusione e paura (**Tabella 4**).

L'assenza di interlocutori diretti accessibili in caso di bisogno in grado di orientare scelte e comportamenti unita ad una verticalizzazione della comunicazione con informazioni generali contraddittorie e confuse, ha alimentato l'angoscia e l'emozionalità.

#### 4.4. L'intasamento che tutto blocca

È utile tornare sull'effetto più eclatante del *gap* tra la sanità e una domanda in crescita velocissima su specifiche patologie associate al virus: l'intasamento e la corsa a cercare le cure nei luoghi di più facile e diretto accesso, il pronto soccorso.

È stato espresso in forma estrema, emergenziale, il problema che la sanità si porta dietro da tempo, vale a dire l'asimmetria tra offerta e domanda e l'inevitabile razionamento. In condizioni normali viene gestito tramite le liste di attesa, nell'emergenza è diventato dramma o tragedia.

Oltre alle persone con sintomi gravi o comunque significativi si è riversata sugli ospedali una domanda in preda al carico emozionale dell'ansia, non mediata da alcun soggetto territoriale o precedente il pronto soccorso nella catena sanitaria.

L'intasamento ha raggiunto picchi incontrollabili in alcuni territori e in alcuni momenti e, pian piano, ha imposto un po' ovunque la deprogrammazione di prestazioni non Covid-19. Circa un terzo di italiani dichiara che ha dovuto rinviare prestazioni sanitarie di vario tipo, perché la struttura si occupava solo di Covid-19, per la propria paura del contagio o perché non ha trovato ascolto.

Guardando alle articolazioni dei dati per stato di salute o condizioni familiari, il rinvio delle prestazioni ha riguardato ben il 63,7% degli italiani che dichiarano di avere un pessimo stato di salute e su percentuali superiori al dato medio si collocano anche i dati di chi è affetto da una qualche malattia cronica (45,6%), di chi ha figli piccoli fino a 3 anni (36,1%) e chi figli minori di età superiore ai 3 anni (41%). In definitiva, l'intasamento della sanità marca una penalizzazione negativa ulteriore per chi è alle prese con patologie o vive situazioni familiari, come la presenza di figli piccoli, che rendono il ricorso alle strutture sanitarie più frequente.

Le dichiarazioni soggettive sono confermate dai dati oggettivi con il calo significativo dell'erogazione di prestazioni per il non Covid-19, dalle patologie cerebro-cardiovascolari a quelle oncologiche ad altre croniche.

A tal proposito, conferme in tal senso arrivano anche dai dati del Ministero della Salute, che a luglio 2020 rivelano che nell'ultimo anno c'è stato un taglio dei ricoveri del 40% (-309.017 in termini assoluti). Inoltre, per quanto riguarda accertamenti diagnostici e visite specialistiche si contano rispettivamente 13,3 milioni e 9,6 milioni di prestazioni erogate in meno.

Per potenziare subito l'offerta per il Covid-19 si è dovuto sgonfiare in parallelo l'offerta per il non Covid-19: è chiaro che nell'immediato ciò aiuta ed ha aiutato ad affrontare l'emergenza e le sue pressioni, ma nel lungo periodo ciò ha un costo sociale rilevante e trasferisce sugli altri pazienti il costo sociale del razionamento che la sanità è costretta ad applicare.

L'afflusso di una domanda reale o indotta emozionalmente ha di fatto intasato la sanità, e il sistema ha reagito razionando prestazioni non salvavita, ma comunque altamente significative per i pazienti coinvolti.

#### 4.5. Pressione oltre il sanitario

La pressione emergenziale dalle varie giunture della sanità si è poi riversata a catena su soggetti e strutture ad essa collegate.

Così, mentre il Servizio Sanitario allentava la pressione sulle proprie strutture riuscendo a tenere, nella prima fase da subito la residenzialità sociosanitaria e socioassistenziale è andata in affanno, subendo una pressione enorme per una domanda sanitaria che non si riusciva più a smistare verso i luoghi di ricovero e cura dedicati. Da qui un fallimento ad alta visibilità del sociosanitario e socioassistenziale che resta tra i capitoli più drammatici segnanti questi mesi.

L'indagine dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), avviata in pieno *lockdown* (il 24 marzo) e pubblicata nel giugno 2020 rivela che ci sono stati 3.772 decessi (il 41,2% del totale) nelle strutture residenziali che hanno partecipato alla rilevazione di persone positive a Covid-19 o con sintomi influenzali ad esso presumibilmente ascrivibili.

È solo la punta più alta di quanto accaduto nelle strutture, esito di un *mix* di difficoltà eccezionali che hanno da subito mandato in *tilt* un sistema che comunque si portava dietro *deficit* strutturali e funzionali rilevanti.

Non a caso il 66,9% dei cittadini ha rilevato che comunque già si sapeva che parte significativa delle strutture residenziali e case di riposo per anziani non erano in grado di garantire agli ospiti adeguati standard di sicurezza e qualità della vita.

Un sistema di ospitalità strutturalmente in *deficit* ha visto arrivare uno *tsunami* di domanda che di fatto non gli competeva, e comunque ha dovuto gestire una emergenza sanitaria in ambiente non sanitario, mentre il Servizio Sanitario entrava in affanno e doveva di fatto bloccare i flussi di smistamento da uno all'altro.

## 5. IDEE SULLA SALUTE

### 5.1. L'importanza della soggettività

La domanda di salute non è un concentrato di oggettività, cioè non dipende sempre e solo dall'epidemiologia, come se le persone fossero macchine e la sanità fosse il luogo di riparazione in caso di *defaillance*.

Nel tempo le rappresentazioni soggettive della salute e relative aspettative, i comportamenti conseguenti e in generale gli stili mentali e di vita e le abitudini nel quotidiano incidono in maniera decisiva su quel che le persone si aspettano dalla sanità e quello che ritengono utile fare per la propria salute.

Ad esempio, la crescente attenzione di massa alle concezioni olistiche della salute e relativi stili di vita salutari si è imposta come una componente decisiva della capacità di lungo periodo di tenere sotto controllo la domanda di salute, perché potrebbe evitare che l'eccesso di attenzione allo star bene amplifichi all'estremo la voglia di prevenzione sanitaria con relativa moltiplicazione di accertamenti, visite ecc.

Quindi cogliere cosa sta cambiando nel rapporto tra italiani e salute e, anche, tra italiani e sanità, vuol dire fissare riferimenti importanti per capire i componenti del mondo di dopo.

## 5.2. Non più solo cronicità gestibili

Nel mosaico di riferimenti fenomenologici su cui esercitare riflessione in questa fase in prospettiva futura, utile è considerare anche l'impatto profondo che Covid-19 sta avendo sulla cultura sociale collettiva in tema di rappresentazioni della salute e della malattia. Come rilevato, in una società ad alta soggettività il punto di vista dell'individuo è decisivo, tanto più in un contesto come quello sanitario in cui le rappresentazioni sociali dello stare bene e le pratiche che sono ritenute adatte a tutelare la buona salute incidono su composizione e dimensione della domanda e quindi sul Servizio Sanitario. Nell'emergenza di questi mesi con l'arrivo del virus si è andata radicando nella cultura sociale collettiva una idea di malattia diversa da quella che negli ultimi decenni era avanzata.

Da tempo la malattia ha assunto nella percezione dei cittadini l'immagine di un processo prolungato di declino psicofisico, con cui spesso si è destinati a convivere a lungo, come se l'arrivo di una patologia cronica fosse l'inizio di una diversa vita. D'altronde l'invecchiamento della popolazione di pari passo si è accompagnato alla progressiva cronicizzazione delle patologie, con cui sempre più italiani hanno a che fare: basti pensare che nel 2019 in Italia i malati cronici erano 24,6 milioni, pari al 40,9% del totale della popolazione, cresciuti in 10 anni del +6,1%. E tra gli *over 64* i malati cronici sono addirittura l'80,1% del totale dei longevi (11 milioni), per una crescita nel decennio del +13,5%.

Ecco perché nella concezione della salute *pre Covid-19* l'idea che la maggior parte delle malattie fosse gestibile e che molte altre lo sarebbero diventate nel tempo, anche grazie agli esiti della ricerca scientifica e tecnologica, era ormai diventata una convinzione condivisa.

Con il virus è tornata la realtà della malattia che colpisce, allietta e uccide e lo fa con una dinamica crescente, progressiva, arrivando rapidamente ai grandi numeri con una esplosione di domanda di prestazioni sanitarie tale da far andare a gambe all'aria un sistema sperimentato come il Servizio Sanitario.

Infatti, nell'89% dei casi di morte di persone affette da Covid-19, esso è stato la causa responsabile della morte, mentre nel restante 11% le cause afferiscono soprattutto a malattie cardiovascolari (4,6%) e tumori (2,4%).

La quota di morti per Covid-19 è pari al 92% tra i 60-69enni e scende all'82% tra le persone con meno di 50 anni.

E Covid-19 uccide, perché nel 28,2% delle morti non ci sono concause. Nel restante 71,8%, il 31,3% ha una concausa, il 26,8% ne ha due e il 13,7% ha tre o più concause. Sono le cardiopatie ipertensive (18% dei decessi), il diabete mellito (16%), le cardiopatie ischemiche (13%), i tumori (12%) le concause più importanti, mentre con percentuali inferiori al 10% vi sono altre concause quali malattie croniche delle basse vie respiratorie, patologie cerebrovascolari, demenze, malattia di Alzheimer e obesità.

Sono dati Istat che confermano, di fatto, come Covid-19 sia entrato direttamente nell'immaginario collettivo come veicolo del ritorno della malattia che uccide, rompendo la convivenza possibile anche con altre patologie che nel tempo si erano andate cronicizzando.

Dopo anni in cui la malattia è stata sempre più qualcosa di gestibile o destinata ad essere gestita, come nel caso delle patologie oncologiche sempre più cronicizzate, gli italiani di nuovo vivono l'incubo di una malattia che si insinua velocemente e colpisce tante persone serialmente e che, anche a causa dell'interazione con altre pregresse patologie, non lascia scampo.

L'esperienza di questi mesi ha, di fatto, ridimensionato la cronicità come rappresentazione sociale emblematica di patologia sostenibile e con cui convivere.

Emblematico di questo cambio di paradigma nel rapporto con le malattie è quanto accaduto agli anziani, più coinvolti dalle cronicità e quindi dalla malattia con cui convivere, e che hanno avuto nella patologia cronica un acceleratore di eventuali conseguenze letali del virus.

Con Covid-19 la malattia ha perso d'improvviso ogni dimensione rassicurante, di qualcosa con cui tutto sommato si può convivere.

### 5.3. Dava sicurezza, genera preoccupazione

#### 5.3.1. Preoccupazione post-traumatica

L'82,3% degli italiani in questi mesi prova angoscia perché ha visto cambiare in modo permanente la propria vita, e in particolare l'ambito della salute (**figura 1**).

Ecco, in estrema sintesi, il significato che Covid-19 sta assumendo nella vita delle persone: un cambiamento rapido, vorticoso, con al centro la salute e senza un punto di arrivo, che getta le persone in un'angoscia nuova, mai provata prima.

Come rilevato, la salute è l'epicentro di questa angoscia esistenziale che pervade le vite: in fondo, nel tempo gli italiani erano venuti a patti con un Servizio Sanitario capace comunque di garantire nell'ordinarietà il *basic* vitale, in modo a tratti eccellente, a tratti arrancando: in ogni caso, *surfando* tra pubblico e privato e utilizzando anche risorse proprie, le persone trovavano alla fine una soluzione alle proprie esigenze.

Con Covid-19 è saltato il compromesso sanitario tra cittadini e Stato costruito nel tempo, perché ora i cittadini sanno che potrebbero trovarsi in una situazione in cui è difficile o impossibile accedere alle cure.

In questa situazione, poi, si è sfaldata l'idea che le malattie fossero ormai nella maggior parte dei casi gestibili, qualcosa con cui fosse possibile convivere. Se prima la salute era un ambito in cui le persone si sentivano alla fine piuttosto salde, con le spalle protette grazie a *Welfare* e autotutele, Covid-19 l'ha resa un ambito minacciato, fonte di paura e incertezza e di un'angoscia che a catena si ripercuote su tutte le sfere della vita.

La malattia aggredisce e diventa letale subito, non lascia spazio a convivenze prolungate, addirittura di vita, e il sistema al contempo entra in un affanno tale da non riuscire in molti casi a dare copertura, in *primis* al non Covid-19: un rapporto soggettivo con salute e sanità che fa penetrare in profondità angoscia destinata a restare.

L'emergenza ha instillato nel cuore degli italiani il rischio di non trovare le cure in un momento in cui ne hanno ineludibile bisogno. Ecco l'angoscia d'origine sanitaria che è destinata a restare: la percezione di non avere una copertura completa che ci garantisce in situazioni eccezionali.

Le incertezze e le difficoltà precedenti al Covid-19, avevano sempre trovato una risposta nella capacità soggettiva delle persone di utilizzare al meglio le opportunità del Servizio Sanitario e le diverse strade dell'autotutela, ora questo compromesso che socialmente generava il *basic* di sicurezza indispensabile per una società che vuole essere attiva è nel cuore degli italiani saltato.

### 5.3.2. La salute come obiettivo primo, anche dei sani

Quali sono gli effetti di questa ondata di angoscia che stravolge la società, la psiche e i comportamenti delle persone e che ha nella salute il suo epicentro?

Un effetto rilevante già visibile e destinato a intensificarsi è la centralità sociale assoluta della tutela della salute.

Da sempre gli italiani hanno prestato attenzione alla salute in senso ampio, così come da sempre alta è stata l'attenzione al tema sanità, tuttavia qui è visibile un salto di qualità, un cambio radicale della percezione sociale della salute, che diventa un tema esistenziale oltre che il paradigma della buona società.

Infatti, il 66,6% degli italiani indica proprio nella promozione della propria salute e nei rischi a cui è associata la sua preoccupazione principale per i prossimi anni. Una concezione soggettiva che genererà di certo una molecolarità di comportamenti spontanei e relative richieste che prolifereranno.

Mantenere e migliorare la propria salute diventa un programma soggettivo coinvolgente, al punto che quasi il 40% degli italiani con stato di salute ottimo o buono indica come proprio obiettivo di vita oltre il periodo dell'emergenza quello di mantenere o migliorare il proprio stato di salute (**Tabella 5**).

E poi il 42,6% delle persone con stato di salute ottimo o buono dichiara che quello della malattia e della conseguente necessità di acquistare prestazioni sanitarie è l'ambito di vita in cui meno si sente sicuro. Ecco ulteriore conferma di come un ambito di vita che, tutto sommato pur incerto e non facile continuava ad avere un certo grado di sicurezza, ora si mostra friabile e quindi fonte di angoscia e preoccupazione.

Non è una forzatura rilevare che esito dell'esperienza di questi mesi sarà una spinta salutista e di attenzione alle modalità di tutela della salute.

Il 47,9% delle persone con stato di salute ottimo o buono dichiara che, alla luce di quanto sta accadendo, assumerà comportamenti orientati alla prevenzione, di grande cautela per salvaguardare la propria salute e quella dei familiari, anche ricorrendo a visite mediche e accertamenti periodici.

Si entra in una fase diversa del rapporto soggettivo con la costruzione della buona salute, che scarta rispetto agli stili di vita salutari che, dopo una fase di decollo all'inizio del millennio, soprattutto tra i giovani hanno di fatto subito una battuta d'arresto.

Sedentarietà, alcol, alimentazione poco salutare sono avanzati meno di quanto si prevedesse: ora effetto collaterale sui sani di questo periodo è, presumibilmente, una rinnovata attenzione per le modalità con cui si può nel lungo periodo provare a tutelare la buona salute.



#### 5.4. *La salute ovunque: aziende e Welfare aziendale*

La nuova centralità sociale della salute nell'epoca Covid-19 impone i propri codici ordinatori ovunque. In altre parole, l'emergenza sanitaria ha reso la salute il criterio sociale regolatore per i tanti ambiti di vita quali lavoro, relazioni, tempo libero ecc..

Tutto è oggi declinato e scandito da un'attenzione per la salute legata alla paura per il virus, ai rischi di contagio, al rispetto di rigide prescrizioni su distanziamento sociale e utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, e questa situazione che oggi è figlia dell'eccezionalità dell'emergenza è comunque destinata a protrarsi nel nuovo contesto.

La salute da costruire insieme ovunque: questo sarà il *leitmotiv* sociopolitico rispetto alle aspettative degli italiani. Se nel passato è stato il benessere per tutti e la piena occupazione, se negli ultimi anni si è andata piano piano diffondendo la voglia di sostenibilità, da adesso in avanti la salute sarà il principio regolatore universale: qualsiasi ambito di attività individuale collettiva dovrà passare al vaglio del suo impatto sulla salute. L'emergenza si dilata nella psiche e noi facciamo dello star bene il nostro criterio di condotta supremo, al contempo ci aspettiamo che ogni comunità in cui ci troviamo ad agire segua e rispetti il criterio ordinatore della tutela della salute.

Un primo esempio emblematico di questo processo visto nel divenire dell'emergenza concerne le aziende che, da un lato, sono state parzialmente svuotate con lo *smart working* e, dall'altro, sono state uno dei fronti più avanzati del tentativo di convivenza con il virus.

Nelle aziende è stato pianificato il rientro dei lavoratori provando a garantire la sicurezza. E nel futuro l'attuale richiesta di garantire sicurezza per la salute è destinata a restare diventando una domanda di attenzione e gestione del tema salute nei processi di lavoro. Si può dire che la tutela della salute è entrata nei principi e meccanismi regolatori delle comunità che compongono la società, tra i quali quella aziendale è costitutiva.

Pertanto, il rapporto con salute e sanità non è più solo un rapporto individualizzato tra un Servizio Sanitario come sistema compatto e le singole persone, ma è una dimensione complessa per la quale occorre immaginare diversi contributi, ciascuno afferente ad una delle dimensioni di vita.

Ecco perché oggi risulta evidente che il *Welfare* aziendale è uno dei canali attraverso cui possono passare, e in molti casi stanno passando, risposte utili, appropriate, necessarie a garantire salute in questa fase emergenziale.

Le aziende e il *Welfare* aziendale sono così diventati esempi concreti di gestione di aspetti della pandemia afferenti al tema salute che hanno fatto mettere in moto risorse aggiuntive e in parallelo hanno alleggerito pesi al Servizio Sanitario.

Questa integrazione di fatto nell'emergenza è un esempio di cosa si debba intendere per sanità come ecosistema, con al centro il Servizio Sanitario, ma che di fatto è l'esito di una molteplicità di soggetti e processi più o meno prossimi al Servizio Sanitario.

Questa dimensione ecosistemica della sanità sarà decisiva perché la salute minacciata e l'angoscia che ne consegue determinano l'imporsi della logica della *salute ovunque*, con la salute che fuoriesce dall'ambito strettamente soggettivo e sanitario ed entra nelle altre sfere della vita individuale e collettiva. Ci sarà una domanda di salute alta e molto articolata, e credere che ci possa pensare solo ed esclusivamente il Servizio Sanitario arroccato nel fortino di risorse e soggetti pubblici è puramente illusorio e autolesionista.

La salute sarà sempre più un obiettivo da realizzare su molteplici dimensioni della vita individuale e collettiva, per questo si dovranno superare i tradizionali steccati che delimitano il perimetro della sanità e tra i soggetti al suo interno per rispondere ad una domanda che sarà alta e molto diffusa.

## 6. IL PEGGIO CHE POTREBBE RESTARE

### 6.1. Scene di lotta di classe (di età...)

#### 6.1.1. La competizione autolesionista tra generazioni: *prima io*

Le emergenze hanno un impatto psicologico traumatico e segnano in profondità gli individui e le comunità. Quello che gli italiani stanno vivendo è destinato a marcare stati d'animo, modelli interpretativi e comportamentali del prossimo futuro.

Il vissuto della scarsità su risorse fondamentali come la sanità, il percepirsi come secondario nei propri bisogni di salute perché ce ne sono altri in quel momento più importanti, sono esperienze vissute direttamente o indirettamente che hanno un impatto erosivo della coesione sociale e di comunità.

L'evoluzione delle opinioni degli italiani su tematiche che rinviano e/o afferiscono al rischio razionamento sanitario di fronte alla pressione della domanda sanitaria consentono di capire come nel cuore e nella mente delle persone si vanno sdoganando idee e convinzioni che molto conteranno nel prossimo futuro.

Il 60,6% dei giovani esplicitamente ritiene che occorre mettere fine all'eccesso di spesa per gli anziani e, in emergenza, capovolgere i criteri per età, privilegiando piuttosto i giovani (**Tabella 6**).

Una richiesta esplicita in questa fase, dettata dall'emergenza, ma con cui la società sarà chiamata a fare i conti se le risorse non saranno sufficienti per tutti, o se il loro utilizzo non sarà ottimizzato per ottenere soluzioni socialmente sostenibili.

Nel fuoco dell'emergenza, mentre a livello micro, di relazioni familiari, di comunità emerge una notevole spinta all'aiuto reciproco, alla solidarietà tra persone di età diversa, in modo ancora latente, sul piano sociale ci sono indicazioni di una maggiore radicalità sul tema della distribuzione delle risorse pubbliche.

I giovani che vengono da anni di penalizzazioni tra mercato del lavoro e *Welfare*, nel prossimo futuro potrebbero non essere così accomodanti nella competizione per le risorse pubbliche non più scarse come negli anni scorsi, ma comunque insufficienti rispetto all'esplosione di bisogni sociali da coprire.

### **6.1.2. Aged confinati in casa: giovani più favorevoli**

Ora che si fa strada l'idea di blindare in casa gli anziani o comunque specifiche categorie di persone definite anche a partire dal proprio stato anagrafico, è importante capire se e in che misura queste idee trovino spazio nella società.

Ebbene, il 41,5% dei giovani di contro al 26,9% degli adulti e a solo il 12% degli anziani riconosce che si è anziani quando si raggiunge una determinata età, di solito i 65/70 anni e, pertanto, ha senso fissare criteri anagrafici per applicare misure restrittive.

Si può dire quindi che l'idea di un confinamento per età non è maggioritaria, e tuttavia ha una base di riferimento molto forte tra i più giovani. E questo per certi versi alimenta l'idea che dal periodo di emergenza si uscirà con una maggiore radicalità di rapporto tra le generazioni, e che la sanità, se non opportunamente curata, ne sarà una delle cause primarie.

## 6.2. Salute e Sanità, non più certezze

Covid-19 è entrato nell'intimità delle vite di ciascuno, ha spianato differenze di ogni genere mettendo tutti di fronte alla stessa sensazione di vulnerabilità.

La salute quindi è stata il paradigma universale dell'affondamento del senso di sicurezza delle persone, che pure veniva da una lunghissima fase di erosione.

È dalla crisi del 2008 e relative conseguenze che si è individuata una dinamica restringente del *Welfare* pubblico e al contempo una incertezza via via più grande con riferimento non solo a lavoro e reddito, ma appunto a rischi sociali che si ritenevano al riparo ormai da minacce non fronteggiabili tramite l'universalismo del *Welfare*.

Oggi l'incertezza è esistenziale e la vulnerabilità condizione vissuta nel quotidiano. Si è proceduto ad analizzare se e in che misura l'esperienza della pandemia ha modificato o confermato la percezione di sicurezza su salute e sanità degli italiani.

Operativamente si è fatto ricorso ad una batteria di quesiti e *item* che hanno consentito di enucleare e incrociare per ogni intervistato la percezione del suo grado di sicurezza rispetto alla salute e l'andamento della rete di protezione che il *Welfare* gli garantisce.

Pertanto, si è misurato come sta cambiando la percezione di sicurezza della propria salute in questi mesi a seguito dell'esperienza del Covid-19.

Dai dati risulta che:

- il 3% degli italiani è convinto di avere una copertura in sanità che gli consente di stare tranquillo, anche alla luce di quel che è accaduto in questi mesi;
- il 6% pensa che la rete di protezione è destinata a migliorare per effetto di provvedimenti annunciati o presi nel corso dei mesi, ma per ora vince l'insicurezza;
- il 34% ritiene che la pandemia ha semplicemente ratificato la propria insicurezza rispetto alla salute e alla sanità, e poco potranno fare gli interventi futuri.
- l'11% è segnato da una forte sensazione di insicurezza su salute e sanità ed è convinto che comunque alla fine della pandemia si ritroverà con una rete di protezione ancor più corta;
- il 12% pur rilevando una ulteriore erosione della rete di protezione sociale che inevitabilmente sarà determinato dalle vicende del Covid-19 e successiva crisi, è convinto che contando sull'integrazione personale di tutele pubbliche e autotutele private comunque non sarà travolto dall'insicurezza;
- il 34% ritiene che alla fin fine la rete di protezione sociale del *Welfare* tiene e gli garantisce sicurezza anche nella sanità.

Un quadro articolato, in evoluzione, che mostra paradigmaticamente come la sicurezza per la salute, diventato il *trend topic* degli italiani, generi una percezione soggettiva che, oltrepassata la grande crisi, disegnerà gli scenari reali su cui dovrà misurarsi il *Welfare*. Di certo va considerato che dentro i *cluster* indicati ci sono situazioni inedite, a cominciare dai gruppi sociali che tradizionalmente hanno beneficiato di alti redditi da attività d'impresa e che invece sono precipitati in condizione di disagio. Sono soggetti che tradizionalmente praticano forme di autotutela privata o che disponevano di scorte monetarie per fronteggiare spese impreviste, incluse quelle sanitarie, e che invece si ritrovano ora a dover contare su sussidi pubblici. È una nuova frontiera dell'insicurezza sociale che si va dispiegando e che ha per epicentro proprio la salute e la sanità.

### 6.3. *Welfare*: da dove verrà la nuova sicurezza sociale

Il 90,8% degli italiani vuole avere le spalle più coperte in caso di emergenza: una quota che rende evidente che le persone non vogliono semplicemente più trovarsi in situazioni analoghe (**Figura 2**).

Troppo forte è stato il contraccolpo della sorpresa, il ritrovarsi con l'impressione che il virus stesse sommergendo la sanità, rompendo gli argini e lasciando le persone sole di fronte alla malattia grave. E troppo forte è il trauma di quanto sta accadendo e quindi le persistenze psicologiche che avrà su individui e comunità.

La potenza di una esperienza simile va attentamente valutata, perché è destinata a condizionare opinioni e comportamenti sociali nei prossimi anni.

Ci sarà una domanda sanitaria esigente, nervosa, molto preoccupata della propria vulnerabilità, e ci sarà una spinta verso la protezione da ricostruire. *Voglio tutele e voglio potermele costruire*: ecco un *leitmotiv* sociale che andrà governato.

In questa fase, sembra inevitabile restituire una sorta di superpotere allo Stato e al pubblico, perché la sospensione dei mercati costringe a contare sull'aiuto e intervento pubblico.

Si vive in una dimensione irrealistica dettata dall'incessante avanzare del contagio, che spinge a pensare che i soldi erogati possano ampliarsi a dismisura e che tutto è possibile coi soldi pubblici perché tanto non finiranno mai.

Su questo punto però gli italiani hanno una maturità che può sorprendere e che nulla ha a che vedere con *revanche* ideologiche: come priorità alla luce dell'esperienza di questi mesi per la protezione e tutela sociale il 34% dice di contare su un ampliamento del *Welfare* pubblico così da poter utilizzare i risparmi personali per altri ambiti di vita e lavoro. Il 66% invece dichiara di contare sullo sviluppo di forme e strumenti di autotutela che, però, allo stato attuale si risolvono nel tenere *cash* in portafoglio.

Il dato interessante è che pur in difficoltà con la crisi economica da blocco delle attività gli italiani fanno di non poter chiedere sempre tutto allo Stato e ritengono in maggioranza che sia importante destinare proprie risorse a forme di autotutela.

Allo stato attuale, però, l'autotutela coincide con il decollo del *cash* in portafoglio, che è esito sia della volontà delle persone sia anche dell'incapacità di fatto ad oggi delle industrie dell'autotutela ampiamente intesa di stimolare le persone a scongelare il *cash*, metterlo in movimento verso investimenti che siano comunque in grado di accrescere sensazione di protezione e tutela delle persone.

## 7. AGENDA POSSIBILE

### 7.1. Esiti ineludibili

Quando il virus sarà battuto e l'emergenza finita, in sanità si dovrà fare i conti con gli effetti di un trauma ad impatti molteplici, a cominciare dal cambio di paradigma del rapporto con la salute e la sanità, tradizionalmente uno degli ambiti più coperti dal *mix* di tutele pubbliche e autotutele private, che oggi è diventato fonte di angoscia collettiva. La salute decolla al vertice delle preoccupazioni degli italiani, così come l'insicurezza sul grado di copertura in ambito sanitario di cui si potrà beneficiare anche in tempi post-pandemici.

Ecco solo una prima indicazione di priorità:

- espandere il numero di pazienti assistibili in contemporanea mettendo in campo più dotazioni, più strutture e più personale, incrementando la produttività delle risorse impiegate, cioè i pazienti assistiti per unità di servizio impiegato, accelerando i tempi di reazione del sistema ad uno *choc* incrementale della domanda, cioè la velocità con cui l'offerta anche strutturale e *hard* ospedaliera cresce per rispondere alla domanda;
- migliorare la capacità dell'offerta di intercettare i bisogni sanitari all'origine, in prossimità dei luoghi di vita delle persone, lasciando entrare nella catena sanitaria ospedaliera solo coloro che ne hanno realmente bisogno;
- integrare i segmenti dell'offerta sanitaria dai terminali sui territori ai pronto soccorso ai reparti ospedalieri, rendendo cosa fatta l'analisi, valutazione e redistribuzione dei pazienti tra le unità di offerta in relazione ai propri bisogni;
- integrare in cooperazione operativa sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e via via ambiti diversi della vita collettiva, nella logica da ecosistema sanitario che sola può evitare che sul sanitario strettamente inteso si riversi una domanda che non trova argini e contenimenti da alcuna altra parte.

Un elenco di priorità da affrontare che potrebbe ora apparire una fuga in avanti o semplicemente una *whish list* indigesta e irrealizzabile.

Invece è importante fissare le lezioni apprese in questa fase, a cominciare dal fatto che o la sanità intesa come ecosistema di tanti soggetti a partire dal Servizio Sanitario risponde alla sfida delle dinamiche erratiche e imprevedibili della domanda di salute, oppure ci porteremo a lungo gli effetti socialmente e individualmente ansiogeni di una salute che gli italiani percepiranno come perennemente sotto minaccia.



## 7.2. Frammenti di nuova sanità

La sfida per la sanità è rendere praticabile un obbligato modello tripolare, che tiene insieme acuzie, cronicità ed emergenze, che è capace di dare eccellenza in condizioni ordinarie, di espandersi in quelle eccezionali e di restare sempre sostenibile, nel breve come nel lungo periodo.

Per questo è semplicistico restringere il campo delle cose da fare oltre l'emergenza ad un ampliamento *ex ante* e per sempre dell'offerta di terapie intensive, reparti e letti ospedalieri da tenere pronti per essere utilizzati in caso di epidemie così da fronteggiare picchi.

Nel fuoco dell'emergenza la questione dei costi economici viene messa da parte e tuttavia nel ritorno all'ordinario tornerà il problema di capire come garantire la permanenza di matrici di offerta così ampie come quelle necessarie per una emergenza pandemica. L'esperienza di questi mesi tra prima e seconda ondata mostra che l'intasamento che fa traballare la sanità riguarda non solo l'offerta ospedaliera (il cui *deficit* è emerso sin dalla prima fase dell'emergenza), ma quella territoriale, dalla medicina generale alle diverse articolazioni sui territori.

Non essere riusciti a sviluppare un'azione adeguata sul territorio, dalla fase di prevenzione intesa anche come monitoraggio preventivo di cosa stesse accadendo a quella di assistenza e cura sin al domicilio, ha finito per moltiplicare la potenza del virus e la sua pressione su pronto soccorso e terapie intensive.

Così è stato nella prima ondata e così sta accadendo nella seconda, con una reiterazione dei *deficit*, che conferma che si tratta di tare strutturali che chiedono una opzione forte, intenzionale, per poter essere oltrepassati.

Allora non sorprende che gli italiani già oggi non credano a soluzioni semplici: infatti, il 93,2 % ritiene che non basta ampliare il numero di posti letto in terapia intensiva, piuttosto la buona sanità richiede anche creazione e sviluppo di una sanità di territorio e di prossimità.

Se il terremoto del 1980 con la sua tragedia, i ritardi e gli infiniti costi umani e sociali ha portato poi alla costruzione della Protezione civile, l'esperienza di questi mesi ha fatto lievitare il consenso e l'aspettativa sociale per una sanità fatta di ospedale e territorio, di servizi ad alta intensità tecnologica e professionale e servizi di prossimità.

Un sistema integrato, appunto un ecosistema con una integrazione interna potente sui flussi informativi e di scambio di prestazioni con una distribuzione concordata e condivisa di ruoli soprattutto in relazione ai cittadini.

Un ecosistema potenzialmente aperto, cioè in grado di relazionarsi operativamente con altri attori, a cominciare ad esempio con il socioassistenziale che è l'anello più prossimo a quello sanitario, tanto da pagare le conseguenze della degenerazione patologica del suo intasamento.

A poco servirà rilanciare dicotomie desuete tra centralismo e federalismo o tra pubblico e privato o nuove nostalgie per una *sanità d'epoca*, che di fatto non è mai esistita e che invece si pensa di richiamare in vita pompando soldi pubblici di varia provenienza fino ad avere un sistema ciclopico che potrà dare tutto quello di cui c'è bisogno.

Meglio fissare la lezione dell'emergenza: ci vuole un modello di sanità che tiene in conto acuzie e cronicità e al contempo l'arrivo di improvvise epidemie, attrezzandosi per avere la flessibilità che consente di garantire l'assistenza e cura dell'ordinario e la capacità tempestiva, in breve tempo, di fronteggiare picchi.

## TABELLE E FIGURE

Tabella 1 - Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata nel pre Covid-19, 2009-2019 (val. in milioni di euro correnti, var. % reale)

	2019	Var. reale % 2009-2019
Spesa sanitaria privata	37.999	+3,8
Spesa sanitaria pubblica	115.785	-1,6

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Tabella 2 - Andamento del numero di medici e infermieri nel Servizio Sanitario nel pre Covid-19, 2008-2018 (v.a., var. %, diff. v.a.)

Categoria	Occupati (2018)	Diff. ass. 2008-2018	Var.% 2008-2018
Medici	111.652	-6.410	-5,4
Infermieri	267.523	-8.221	-3,0
<b>Totale personale SSN</b>	<b>648.501</b>	<b>-41.375</b>	<b>-6,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati MEF - Conto Annuale

Tabella 3 - Italiani che alla fine del *lockdown* consideravano il Servizio Sanitario della loro Regione pronto ad una nuova emergenza, per area geografica (val. %)

<i>Pensando ad una nuova emergenza, secondo Lei il Servizio Sanitario della sua Regione è pronto ad affrontarla?</i>	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Sì	61,7	88,4	67,1	60,2	67,4
No	26,6	3,9	19,4	24,3	20,0
Non so	11,8	7,8	13,6	15,5	12,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

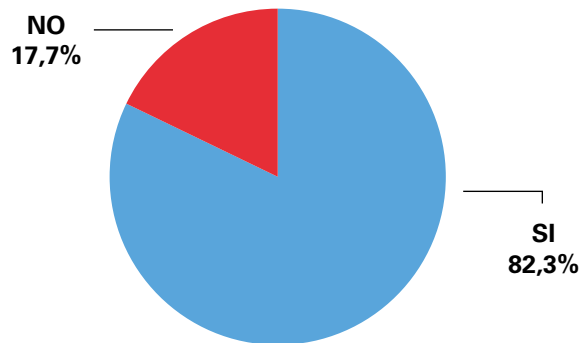
Fonte: indagine Censis 2020

**Tabella 4 - Italiani convinti che la comunicazione su Covid-19 è contraddittoria e genera confusione e paura, per titolo di studio (val. %)**

<i>La comunicazione sui vari media sul Covid-19 è confusa, spesso contraddittoria e genera paura:</i>	<b>Al più licenza media</b>	<b>Diploma</b>	<b>Laurea o superiore</b>	<b>Totale</b>
Sì	86,6	86,9	82,4	85,6
No	13,4	13,1	17,6	14,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis 2020

**Figura 1 - Italiani angosciati perché sulla sanità non si sentono garantiti (val. %)**



Fonte: indagine Censis 2020

**Tabella 5 - La nuova centralità della salute per gli italiani dopo Covid-19, per stato di salute (val. %)**

<b>Italiani che:</b>	<b>Ottimo o buono stato di salute</b>	<b>Discreto o insufficiente stato di salute</b>	<b>Totale</b>
Hanno come obiettivo mantenere e migliorare il loro stato di salute	39,4	50,0	<b>43,8</b>
Si sentono poco sicuri rispetto alla salute (ad esempio per le malattie, la necessità di ricorrere a prestazioni sanitarie, ecc.)	42,6	58,5	<b>49,2</b>
Per salvaguardare la loro salute e quella dei familiari assumono comportamenti molto cauti (ad esempio, facendo visite mediche periodiche ecc.)	47,9	47,9	<b>47,9</b>

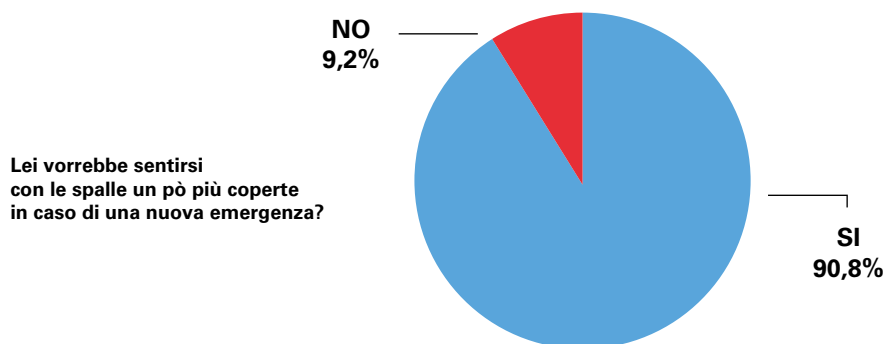
Fonte: indagine Censis 2020

**Tabella 6 - Italiani convinti che in emergenza bisogna ridurre la spesa pubblica per gli anziani e aumentare quella a favore dei più giovani anche in sanità, per età (val. %)**

<i>In periodi di emergenza (come quello del Covid-19) è giusto dare priorità ai giovani e ridurre le risorse a favore degli anziani, anche in sanità?</i>	<b>18-34 anni</b>	<b>35-64 anni</b>	<b>Oltre i 65 anni</b>	<b>Totale</b>
Sì	60,6	46,2	48,9	50,0
No	39,4	53,8	51,1	50,0
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: indagine Censis 2020

**Figura 2 - Italiani che in caso di una nuova emergenza vorrebbero sentirsi con le spalle più coperte (val. %)**



Fonte: indagine Censis 2020

# IL RUOLO DEL SECONDO PILASTRO NELLA PROTEZIONE DALLE PANDEMIE

**Dott. Marco Vecchiatti**

Amministratore Delegato e Direttore Generale - Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

## LA SINDEMIA SARS-COV2

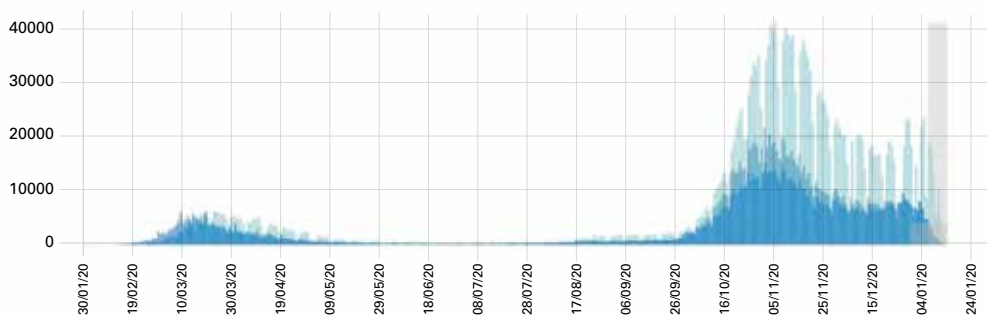
La pandemia causata dal Virus Sars-Cov2 ha riaffermato la centralità della salute come bene primario e ha imposto un cambio di paradigma del modello assistenziale dei principali Paesi Europei.

Gli eventi straordinari che hanno caratterizzato l'anno 2020 (Figura 1) ci hanno consegnato indubbiamente uno scenario del tutto inedito rispetto a quello oggetto delle analisi di natura economica e sanitaria dei nostri precedenti Rapporti. I protagonisti del cambiamento in atto nell'ultimo decennio all'interno del nostro Sistema Sanitario, le dinamiche demografiche, la cronicizzazione delle malattie, le innovazioni in campo sanitario e farmaceutico e il progressivo aumento della spesa privata, appaiono oggi repentinamente "ridimensionati" a seguito dell'irruento ingresso sulla scena del nuovo Corona Virus.

Figura 1 - La Pandemia Sanitaria (1/2)

### Curva epidemica dei casi di Covid-19 segnalati in Italia per data di prelievo o diagnosi (azzurro) e per data di inizio dei sintomi (blu)

Nota: il numero dei casi riportato negli ultimi giorni (riquadri grigi) deve essere considerato provvisorio sia per possibili ritardi di segnalazione che di diagnosi.



■ Data inizio sintomi (1.270.534) ■ Data inizio sintomi (casi sintomatici\*\*) (1.010.840) ■ Data prelievo/diagnosi (2.303.176)

<b>Covid-19:</b>	Casi dall'inizio della Pandemia:	<b>2.306.749</b> (48,4% Uomini - 51,6% Donne) -> età media 48 anni
<b>Situazione Italia*</b>	Guariti:	<b>1.455.168</b>
	Deceduti:	<b>79.108</b> (3,4%)

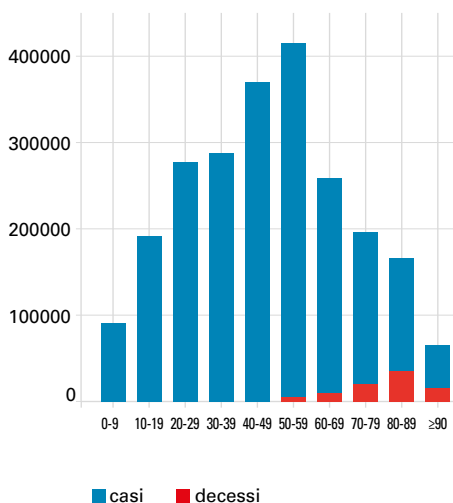
Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/> - Data ultimo aggiornamento: gennaio 2021

A cura di: Task force CoViD-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica Istituto Superiore di Sanità

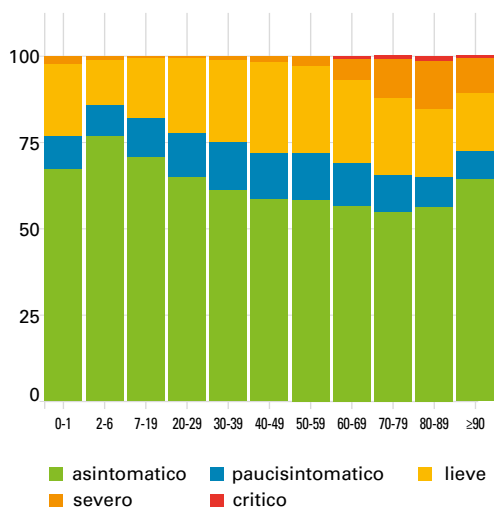
La realtà, tuttavia, è molto più complessa di come potrebbe emergere da un'analisi contingente. Le sfide relative alla sostenibilità del Sistema Sanitario del nostro Paese non iniziano e non finiscono, per certo, con la pandemia. La diffusione del Covid-19 infatti ha esclusivamente accentuato la pressione sul nostro Sistema Sanitario (**Figura 2**), mettendo in evidenza dinamiche e criticità già largamente presenti nel sistema stesso. L'oggettiva difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale nell'assorbire efficacemente i nuovi bisogni di cura della popolazione, e in particolare quelli legati alle cronicità e agli stati di non autosufficienza, è stata fortemente acuita dalla pandemia che ha costretto troppo spesso a scegliere tra gestione dell'emergenza e continuità delle cure per i più fragili.

Figura 2 - La Pandemia Sanitaria (2/2)

**Numero di casi Covid-19 segnalati in Italia per classe di età e letalità (%)**  
(dato disponibile per 2.306.624 casi)



**Proporzione (%) di casi Covid-19 segnalati in Italia per stato clinico attuale e classe di età**  
(dato disponibile per 705.206 casi)



Fonte: <https://www.epicentro.iss.it/> - Data ultimo aggiornamento: gennaio 2021

A cura di: Task force CoViD-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica Istituto Superiore di Sanità

Ma se la pandemia causata dal virus Sars-Cov2 ha rappresentato sicuramente un evento catastrofico ed imprevedibile, lo stesso non può dirsi in relazione alla diffusione delle malattie croniche e dei fattori di rischio correlati (tra cui obesità, cattive abitudini alimentari, abuso di alcol, fumo, etc.) registrata negli ultimi 30 anni, che già prima degli eventi straordinari del 2020 non era stata efficacemente fronteggiata e gestita.

In quest'ottica si comprende come la diffusione del Covid-19 abbia rappresentato più che una mera pandemia un vero e proprio fattore di innesco di una sindemia, ovvero di un fenomeno complesso nel quale più emergenze sanitarie si sovrappongono: quella legata al virus Sars-Cov2, che ha coinvolto finora centinaia di migliaia di persone, quella della cronicità, che coinvolge in media 1 italiano su 3, e quella delle disuguaglianze economiche dovute alla crisi, che hanno amplificato il problema dell'accessibilità alle cure, riducendo anche la possibilità di ricorso alla sanità privata.

Una sorta di "tempesta perfetta" che, nella fase iniziale, ha colpito tra i Paesi Europei in modo più violento l'Italia proprio per la maggiore diffusione di condizioni di fragilità all'interno della nostra popolazione, che ha favorito nell'immediato una maggiore letalità del virus ed ha alimentato nel medio periodo - soprattutto per effetto dell'interruzione delle cure ricorrenti - uno shifting sugli anni a venire di tali patologie con un incremento esponenziale in termini di loro severità.

L'interruzione delle cure per un malato cronico, infatti, aumenta il rischio che la patologia cronicizzata si riacuisca e lo rende ancor più fragile, aumentando anche la possibilità di contagio da parte del virus.

Avere un unico canale di erogazione delle cure riservando alla sanità privata un mero ruolo di completamento *on demand* ("a gettone") è inefficiente e rischioso perché non consente di ottimizzare tutte le risorse disponibili per la tutela della salute delle persone.

I recenti risultati del *Global Burden of Disease Study* pubblicati sulla rivista *The Lancet*<sup>1</sup> forniscono una panoramica completa su quanto e come i diversi Paesi nel mondo fossero preparati ad affrontare una minaccia di natura pandemica (come il Covid-19) sia in termini di organizzazione e finanziamento dei propri sistemi sanitari sia in termini di condizioni di salute dei propri cittadini. La ricostruzione sviluppata nello studio sottolinea con efficacia le peculiarità della situazione attuale nella quale sono venute a coesistere, come si anticipava, un'emergenza sanitaria di tipo acuto ed un'emergenza sanitaria di tipo cronico.

Ad ampliare la portata di tali emergenze, prosegue lo studio, si è innestata anche una terza epidemia, data dalla povertà che impatta direttamente sulla salute dei cittadini<sup>2</sup>.

---

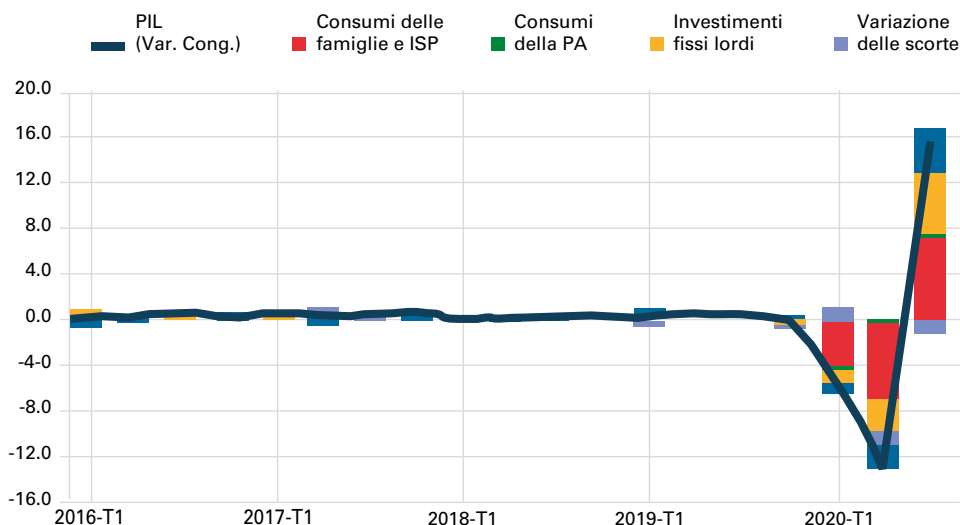
1 Global Burden of Disease Study 2019. Lo studio è stato condotto dall'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) della University of Washington, Seattle, USA, ed è stato pubblicato nel numero di ottobre di *The Lancet*, che può essere visionato al seguente link: <https://www.thelancet.com/gbd>

2 The syndemic nature of the threat we face demands that we not only treat each affliction, but also urgently address the underlying social inequalities that shape them [...] COVID-19 is an acute-on-chronic health emergency. And the chronicity of the present crisis is being ignored at our future peril. Non-communicable diseases have played a critical role in driving the more than 1 million deaths caused by COVID-19 to date, and will continue to shape health in every country after the pandemic subsides. » (Dr Richard Horton, Editor-in-Chief, *The Lancet*).



A quest'ultimo riguardo si consideri che nel nostro Paese la "pandemia economica" ha determinato una riduzione nel solo anno 2020 del 15% del PIL (**Figura 3**) con un portato nel medio periodo sia in termini di contrazione dell'occupazione, al momento ancora supportata dai provvedimenti contingenti di c.d. "blocco dei licenziamenti", che della stessa iniziativa imprenditoriale.

Figura 3 - Conti nazionali trimestrali - Valori concatenati (milioni euro - anno di riferimento 2010), dati destagionalizzati e corretti per gli effetti di calendario - contributi alla crescita del PIL



Fonte: [http://www.istat.it/congiuntura/Congiuntura\\_Leaflet.pdf](http://www.istat.it/congiuntura/Congiuntura_Leaflet.pdf)

Proprio l'interazione tra le epidemie appena descritte ha avuto un effetto moltiplicatore in termini di onerosità pandemica per i sistemi sanitari nazionali dei principali Paesi Occidentali (caratterizzati, in generale, da più elevati livelli di cronicizzazione delle malattie e di longevità), rendendo ancora più vulnerabili i relativi cittadini. Del resto, molti fattori di rischio e malattie croniche non trasmissibili sono correlate alla presenza di forme gravi di Covid-19, o addirittura di innalzamento dei tassi di mortalità.

Il *Global Burden of Disease Study* ha analizzato 286 cause di morte, 369 malattie e traumi e 87 fattori di rischio in 204 Paesi e territori, ed ha evidenziato come la sanità pubblica non sia riuscita ad arginare i fattori di rischio più diffusi delle malattie croniche non trasmissibili, che hanno creato un terreno fertile al Covid e ne hanno incrementato la pericolosità.

Non è un caso che i tassi di mortalità maggiore si registrino in quei Paesi nei quali le fragilità sono più diffuse. Alla luce di tutto ciò si devono quindi implementare misure urgenti per affrontare la sindemia globale data da malattie croniche, Covid-19 e diseguaglianze socioeconomiche, al fine di garantire sistemi sanitari multi-pilastro più solidi e cittadini più sani, e rendere i Paesi più resilienti alle future minacce pandemiche.

I risultati dello studio evidenziano che nonostante l'aspettativa di vita in buona salute a livello globale sia aumentata costantemente tra il 1990 e il 2019 (oltre 6,5 anni), tale aumento è stato minore rispetto a quello dell'aspettativa di vita complessiva: la popolazione vive quindi un maggior numero di anni in cattive condizioni di salute<sup>3</sup>. L'Italia, peraltro, da questo punto di vista è uno dei Paesi che presenta la maggiore divaricazione tra gli indicatori registrati sul fronte dell'aspettativa di vita complessiva, tra le più elevate in assoluto anche al livello mondiale, e l'aspettativa di vita in buona salute.

La ragione di questo fenomeno è rappresentata proprio dal continuo aumento delle malattie croniche non trasmissibili, rispetto al peso globale delle malattie (come problemi cardiovascolari, diabete e tumori), e dei relativi fattori di rischio (come fumo di sigaretta, alimentazione scorretta, obesità, abuso di alcol, alti livelli di glucosio nel sangue e di pressione arteriosa).

È importante ricordare che la maggior parte di questi fattori di rischio sono prevenibili e curabili, e affrontarli proficuamente comporterebbe enormi benefici sociali ed economici, ma attualmente gli interventi in questo campo risultano decisamente inadeguati, in particolare quelli relativi alla qualità della dieta, all'apporto calorico e all'attività fisica, in parte a causa di una scarsa attenzione politica e dell'insostenibilità finanziaria e sociale di molti sistemi sanitari pubblici<sup>4</sup>.

Per esemplificare meglio il rapido aumento delle conseguenze delle malattie croniche, le morti premature e le cattive condizioni di salute possono essere misurate in DALY (*disability adjuste life years*), una misura che corrisponde al numero di anni persi a causa di una patologia (che può portare alla morte o alla disabilità).

Nella *top ten* delle malattie con l'impatto maggiore ce ne sono sei che riguardano le persone anziane: cardiopatia ischemica (con un numero di Daly in aumento del 50% tra il 1990 e il 2019), diabete (148%), ictus (32%), malattia renale cronica (93%), cancro ai polmoni (69%) e perdita dell'udito legata all'età (83%). Altre quattro malattie colpiscono persone di tutte le età: Hiv/Aids (128%), malattie muscolo-scheletriche (129%), lombalgia (47%) e disturbi depressivi (61%).<sup>5</sup>

3 Global Burden of Disease Study 2019

4 Most of these risk factors are preventable and treatable, and tackling them will bring huge social and economic benefits. We are failing to change unhealthy behaviours, particularly those related to diet quality, caloric intake, and physical activity, in part due to inadequate policy attention and funding for public health and behavioural research » (Professor Christopher Murray, Director of the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) alla University of Washington, Seattle, USA)

5 Global Burden of Disease Study 2019

I 10 fattori di rischio per malattie croniche associati al maggior numero di morti nel mondo nel 2019 sono<sup>6</sup>:

- Ipertensione (10,8 milioni di morti)
- Tabacco (8,71 milioni di morti)
- Cattiva alimentazione (7,94 milioni di morti)
- Inquinamento atmosferico (6,67 milioni di morti)
- Iperglicemia (6,5 milioni di morti)
- Indice di massa corporea elevato (5,02 milioni di morti)
- Ipercolesterolemia (4,4 milioni di morti)
- Disfunzioni renali (3,16 milioni di morti)
- Malnutrizione materna e neonatale (2,94 milioni di morti)
- Abuso di alcol (2,44 milioni di morti)

Anche in Europa occidentale l'aspettativa di vita in buona salute è aumentata costantemente negli ultimi 30 anni, ma meno dell'aspettativa di vita alla nascita, il che conferma che le persone vivono più a lungo in cattive condizioni di salute.

Le malattie non trasmissibili sono attualmente responsabili di oltre l'80% di tutte le morti premature e delle cattive condizioni di salute, e i 5 principali fattori di rischio per malattie croniche associati al maggior numero di morti sono i seguenti<sup>7</sup>:

- Ipertensione (787.000 decessi)
- Tabacco (697.000 decessi)
- Cattiva alimentazione (546.000 decessi)
- Iperglicemia (540.000 decessi)
- Indice di massa corporea elevato (406.000 decessi)

Anche l'Italia è in linea con queste dinamiche, che si stanno accentuando nel tempo, e anche nel nostro Paese l'impatto dei fattori di rischio si riversa principalmente sull'aumento di patologie croniche non trasmissibili. In particolare, nell'ultima decade si è assistito ad una crescita dei rischi legati a un indice elevato di massa corporea (+8,3%) e rischi nutrizionali (+1,9%) (**Figura 4**)<sup>8</sup>, e a una crescente incapacità di assorbimento di tali bisogni da parte del nostro SSN, sia dal punto di vista assistenziale che economico.

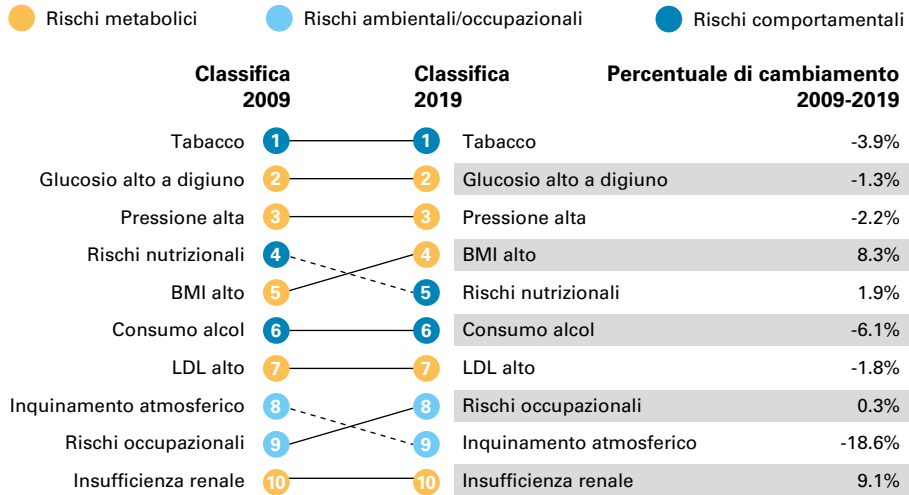
---

6 Global Burden of Disease Study 2019

7 Global Burden of Disease Study 2019

8 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). ITALY profile. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2018. Disponibile al sito <http://www.healthdata.org/Italy>. (Accesso effettuato in data 22/10/2020)

Figura 4 - Quali fattori di rischio determinano più mortalità e disabilità combinate?



I primi 10 rischi che contribuirono al numero totale di DALY (anni di vita perduti per disabilità) nel 2019 e percentuale di cambiamento 2009-2019; comprende tutte le età.

Fonte: Healthdata IHME. Paese: Italia

Nel 2020, peraltro, in Italia il quadro è stato ulteriormente aggravato dalla rinuncia/rinvio di un elevato numero di prestazioni sanitarie a causa degli impatti della pandemia. Quasi il 33% degli italiani dichiara di aver dovuto rinviare prestazioni sanitarie di vario tipo, perché la struttura si occupava solo di Covid-19, per paura del contagio o perché non ha trovato disponibilità assistenziale ai propri bisogni. E a farne le spese sono stati soprattutto i più fragili: il rinvio ha riguardato il 63,7% degli italiani in pessimo stato di salute ed il 45,6% di quelli affetti da malattie croniche.

Una volta superata l'emergenza pandemica, il Servizio Sanitario Nazionale dovrà fare i conti con questi problemi che in questa, per via dell'eccezionalità della situazione, non sono stati gestiti come prioritari.

Le liste d'attesa, infatti, si sono inevitabilmente allungate e i volumi da gestire, con particolare riferimento alle cronicità, sono cresciuti significativamente mettendo in crisi la capacità assistenziale del Sistema Sanitario (si pensi ad es. alle attività infermieristiche). In questo contesto, peraltro, non bisogna sottovalutare la necessità di implementare e gestire nuovi percorsi di cura e/o riabilitazione per chi ha già avuto il Covid-19.

In sintesi, anche fuori dal "tunnel della pandemia", sarà necessario prepararsi a gestire una situazione sanitaria piuttosto complessa e che richiederà nuovi e più adeguati livelli di finanziamento.

Ad ogni modo, possiamo dire che la pandemia abbia fornito tre “lezioni” importanti:

- La prima è che non è sufficiente avere un sistema sanitario di base forte per sentirsi al sicuro di fronte a fenomeni di natura pandemica perché, quando il sistema sanitario di base è chiamato “al fronte” per combattere l'emergenza, si finisce inevitabilmente per “lasciare sguarnite le retrovie”, tralasciando gli interventi su malati cronici, anziani e non autosufficienti, ovvero su tutti quei cittadini per i quali le cure dovrebbero essere garantite sempre e comunque.
- La seconda è che, differentemente da quanto molti italiani erano portati a credere, ci si è resi conto che non basta avere una capacità reddituale elevata per poter accedere alle prestazioni sanitarie in un momento di emergenza. Di fronte alla diffusa non accessibilità alle cure vissuta durante la fase più difficile del “lockdown”, molte persone si sono rese conto che in questi casi non si può utilizzare la sanità privata “on demand”, ed in particolare i reparti di intramoenia operativi presso le strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale, perché anche quella si trova purtroppo ad essere contingentata. La vera differenza in questi mesi è stata rappresentata dal poter accedere a percorsi di cura aggiuntivi rispetto a quelli “tradizionali”. Coloro che avevano già sottoscritto delle polizze sanitarie hanno avuto un beneficio nel poter accedere alle prestazioni ed ai servizi sanitari che questi prodotti garantiscono attraverso le reti di strutture sanitarie convenzionate con le Compagnie Assicuratrici.
- La terza lezione è che per risolvere la maggior parte delle problematiche indotte dalla pandemia, che possono verificarsi peraltro anche in situazioni di maggior pressione sul sistema sanitario diverse dalla pandemia, si dovrebbe assegnare alla Sanità Integrativa un ruolo “istituzionale” di affiancamento del Servizio Sanitario Nazionale. Le polizze sanitarie integrative, infatti, portano all'interno del Sistema Sanitario un doppio livello di protezione per i cittadini: non solo un supporto economico per sostenere i costi delle cure erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale, ma anche la garanzia di accesso a una rete di strutture convenzionate e a canali di approvvigionamento di beni e mezzi sanitari. Sarebbe un'evoluzione importante per il nostro Paese che potrebbe garantire che le risorse attualmente impiegate dai cittadini di tasca propria per la tutela della propria salute possano attraverso strumenti di mercato (soluzioni assicurative e finanziarie), nell'ambito di una governance pubblica, garantire maggiore protezione alle persone e continuità delle attività produttive.

Se già prima del diffondersi della pandemia il Servizio Sanitario Nazionale registrava delle carenze in termini di capacità assistenziale e di *funding* è evidente che l'emergenza sanitaria che ha caratterizzato a livello mondiale l'anno 2020 non può che aver ulteriormente aggravato la situazione. Al riguardo bisogna considerare, infatti, che gli stessi finanziamenti aggiuntivi messi in campo in questi mesi in favore della sanità pubblica andranno però a coprire le esigenze generate dalla pandemia, ma non consentiranno di effettuare interventi strutturali sulla “gestione ordinaria”, le cui criticità principali (aumento

della spesa sanitaria pagata di tasca propria dai cittadini italiani, lunghezza delle liste di attesa, mobilità sanitaria, gestione della cronicità e non autosufficienza) sono destinate anzi a riproporsi con maggiore intensità non appena l'emergenza sarà superata.

In questo contesto un intervento strutturale sugli assetti del Sistema Sanitario complessivo del nostro Paese appare sempre più necessario per implementarne la capacità di cura verso i cittadini, ampliarne la portata assistenziale – anche in una logica di promozione della salute (componenti vaccinali incluse) – e diversificarne le fonti di finanziamento, con l'obiettivo di mettere a sistema tutti i contributi che, seppur disorganicamente, già oggi interagiscono in ambito assistenziale.

Del resto, non bisogna dimenticare che il Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito in un contesto sanitario e sociale molto diverso da quello attuale. Le modifiche demografiche, l'innovazione tecnica e scientifica, il bisogno di risposte assistenziali sempre più personalizzate e/o di carattere continuativo hanno profondamente mutato il rapporto con i cittadini e le loro aspettative assistenziali.

Per mantenere intatti i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale quali l'universalismo, l'uguaglianza e la sostenibilità, è imprescindibile innovarne gli strumenti attuativi diversificandone le fonti di finanziamento sulla base delle migliori esperienze di *Welfare* europee (modelli multi-pilastro).

In questo contesto le sinergie tra pubblico e privato, con il contributo determinante delle assicurazioni sanitarie, possono liberare importanti risorse aggiuntive per il Sistema Sanitario.

In altri termini, è ora di iniziare a considerare l'assicurazione sanitaria non più come un costo, ma come un investimento per la tutela della salute.

## LA SANITÀ INTEGRATIVA ALLA PROVA DELLA PANDEMIA

In Italia la Sanità Integrativa già garantisce tutele aggiuntive al Servizio Sanitario Nazionale a poco meno di 14 milioni di persone (13,9) ovvero a più di 2 cittadini su 10, di cui meno di 1 su 10 attraverso polizze sanitarie individuali.

Grazie a questo sistema i cittadini interessati beneficiano di una copertura delle prestazioni sanitarie effettuate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale piuttosto elevata con livelli medi compresi tra il 30% ed il 40% della propria spesa sanitaria privata annuale.

L'attuale impianto della Sanità Integrativa, tuttavia, si caratterizza per una forte impronta "occupazionale". Come noto, infatti, quasi 2/3 degli assicurati dalla Sanità Integrativa sono lavoratori dipendenti. Seppur con un'incidenza inferiore sul numero complessivo degli assicurati fruiscono poi della Sanità Integrativa anche i liberi professionisti attraverso i propri enti di previdenza obbligatoria che, nella quasi totalità dei casi, stipulano allo scopo delle polizze sanitarie integrative avvalendosi del mercato assicurativo.

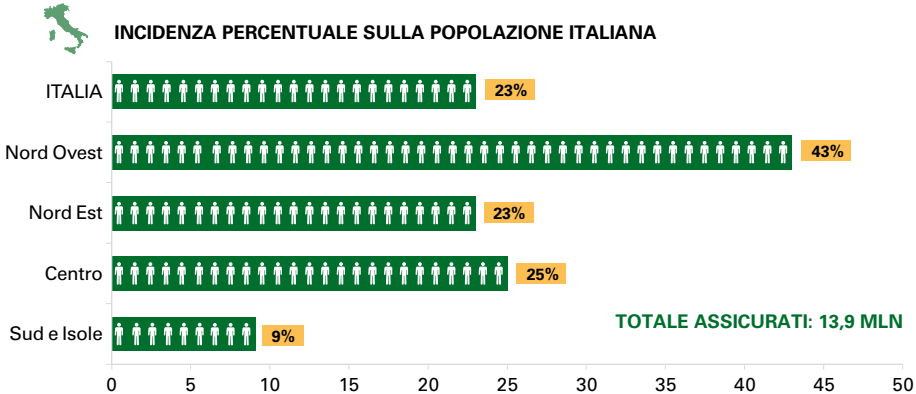
Le criticità iniziano quando si passa al mondo del lavoro autonomo, del lavoro atipico, e ad una parte del pubblico impiego, nonché ai percettori di redditi diversi, agli studenti ed ai pensionati.

Si consideri che solo estendendo l'attuale impianto riservato ai lavoratori dipendenti a tutto il mondo del lavoro (pubblico, privato, subordinato e lavoro autonomo) si potrebbe passare agevolmente dagli attuali 14 milioni di assicurati dalla Sanità Integrativa a poco meno del doppio (circa 36 milioni di persone, oltre la metà degli italiani).

Se poi si prevedesse l'estensione delle forme sanitarie integrative anche ai familiari dei lavoratori assicurati si potrebbe raggiungere un livello di copertura di poco meno del 70% della popolazione, con importanti benefici per la salute di tutti.

L'impostazione "occupazionale", peraltro, risulta fortemente condizionante anche al livello territoriale. Il 43% dei cittadini che beneficiano di un fondo sanitario o di una polizza sanitaria integrativa, infatti, risiede nel Nord Ovest, il 25% nel Centro, il 23% nel Nord Est e poco meno del 9% nel Sud e nelle Isole (**Figura 5**).

Figura 5 - La Sanità Integrativa: diffusione e livelli di adesione. Incidenza percentuale sulla popolazione italiana (2019\*).



\* dati proiettati

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

A conferma di quanto appena affermato si evidenzia come con esclusivo riferimento alle polizze sanitarie individuali, che tipicamente non prevedono una correlazione diretta con l'attività professionale svolta e che – ancora oggi – non sono assistite da alcuna forma di agevolazione fiscale, si registra una maggiore diffusione non nei territori dove emergono maggiori carenze del Servizio Sanitario Nazionale ma in quelli nei quali, proprio in ragione di migliori performance della sanità pubblica, esiste già da tempo un bisogno di integrazione privata.

Nell'ultimo decennio i principali operatori del mercato assicurativo<sup>9</sup> hanno fatto investimenti importanti per dare attuazione nel nostro Paese a soluzioni che, da tempo, in altri Paesi Europei rappresentano dei veri e propri presidi strutturali del Sistema di Welfare.

Anche per questi motivi si ritiene importante analizzare in questa sede il contributo offerto dalla Sanità Integrativa durante la pandemia. Infatti, nonostante la gestione dell'emergenza abbia visto un ruolo di primo piano dei sistemi sanitari di base in tutti i principali Paesi Europei, e segnatamente in Italia del Servizio Sanitario Nazionale, la

9 In base all'ultimo ranking pubblicato a giugno 2020 dall'Associazione Nazionale tra Le Imprese Assicuratrici le quote di mercato nell'assicurazione salute (Ramo 2) risultano le seguenti: Intesa Sanpaolo RBM Salute: 17,97%; Generali Italia 15,95%; Unisalute: 13,46%; Allianz: 7,55%; UnipolSai Assicurazioni: 5,53%; Intesa Sanpaolo Assicura: 3,54%; Società Reale Mutua: 3,26%; Incontra Assicurazione: 3,22%; Axa Assicurazioni: 3,08%; Poste Assicura 2,66%. Altri Operatori: 23,79%.



Sanità Integrativa ha messo a disposizione delle aziende e dei lavoratori dei principali settori produttivi del nostro Paese molteplici ed importanti interventi finalizzati a garantire un contributo economico per le famiglie colpite dal virus Sars-Cov2, fornendo una dimostrazione concreta di come il settore privato possa liberare preziose risorse aggiuntive, sia in termini di capacità assistenziali che di capacità economiche, a supporto della preziosa *mission* di tutela della salute affidata alla sanità pubblica.

Nel merito bisogna sottolineare anche la buona prova di tenuta a livello finanziario assicurata di fronte all'emergenza dalla Sanità Integrativa che ha mostrato di poter contare su di una dotazione finanziaria idonea ad assorbire e gestire le richieste di supporto ricevute dai propri assicurati. Questo anche in ragione di una struttura regolamentare e normativa che prevede, già dal 2016 (con l'entrata in vigore della c.d. "normativa Solvency2"), l'obbligo a carico delle Compagnie Assicuratrici di dotarsi di risorse aggiuntive da destinare proprio all'eventuale insorgenza di rischi di natura pandemica.

Durante la pandemia la Sanità Integrativa, peraltro, non si è limitata ad erogare dei contributi economici in favore dei propri assicurati ma ha attivato a loro favore anche una gamma piuttosto diversificata di risposte assistenziali. La Sanità Integrativa si occupa, infatti, "per definizione" di integrare i Livelli Essenziali di Assistenza previsti dal Servizio Sanitario Nazionale. Dove emergono nuovi bisogni sanitari, o comunque in quelle aree nelle quali la risposta della sanità pubblica non è – anche temporaneamente – pienamente fruibile, la Sanità Integrativa può assicurare dei percorsi di cura aggiuntivi.

Le persone, del resto, non utilizzano la sanità privata necessariamente in alternativa alla sanità pubblica ma molto spesso per "complementarne" la risposta assistenziale. Si pensi, ad esempio, a quelle situazioni in cui le persone prenotano nel privato i propri accertamenti diagnostici per ridurre i tempi complessivi di un percorso di cura già avviato presso il Servizio Sanitario Nazionale. In questi casi la sanità privata, e la stessa Sanità Integrativa che può favorirne l'accessibilità, svolgono una funzione di "giunzione" con il Servizio Sanitario Nazionale.

Un importante supporto, poi, è stato assicurato anche nei confronti delle aziende chiamate a sostenere in proprio i costi aggiuntivi derivanti dall'implementazione delle misure tecniche ed organizzative necessarie per poter assicurare la ripresa della produzione con adeguate condizioni di sicurezza.

Il *Welfare* Contrattuale e il *Welfare* Aziendale anche in questo contesto hanno mostrato di essere risorse preziose sia per il mondo del lavoro dipendente sia per lo stesso Servizio Sanitario Nazionale che ha potuto avvantaggiarsi in certa misura della maggiorata capacità assistenziale assicurata alle famiglie dei lavoratori che a questi strumenti hanno già accesso. Strumenti, pertanto, che potrebbero essere estesi anche oltre il perimetro del lavoro dipendente con l'obiettivo di garantire integrazione e flessibilità rispetto alle *policy* sanitarie ed assistenziali definite dal Governo e dalle Regioni. Del resto, come si è già ricordato, ci sono già diverse esperienze legate al mondo del lavoro autonomo, e

soprattutto al settore delle libere professioni, che vedono gli enti previdenziali dedicati a queste categorie professionali svolgere anche un ruolo nei confronti dei loro assistiti in questo campo.

A livello quantitativo le Compagnie Assicurative ed i Fondi Sanitari hanno garantito durante l'emergenza l'erogazione di oltre 800mila prestazioni sanitarie riconducibili direttamente al Covid-19, favorendo peraltro un'ampia diffusione di soluzioni di *digital e mobile health* che hanno consentito di rispondere ai bisogni di cura degli assicurati con modelli assistenziali più compatibili con il nuovo contesto di riferimento.

In particolare, le Compagnie Assicurative hanno sviluppato polizze sanitarie dedicate ai rischi derivanti dal Sars-Cov2 e dalle altre sindromi influenzali assimilabili assicurando contributi economici in favore delle famiglie colpite dal Covid-19 (indennità per ricovero per patologie respiratorie, indennità da ricovero in terapia intensiva e/o sub-intensiva) indennità da convalescenza post-Covid-19, etc.), mettendo a disposizione capacità assistenziale e/o sanitaria aggiuntiva a quella del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza infermieristica, video/tele consulto specialistico, gestione ed erogazione tamponi e test sierologici, etc.), attivando percorsi assistenziali e riabilitativi per la gestione del post virus (riabilitazione respiratoria) e supportando (sia a livello economico che organizzativo) l'attivazione delle campagne vaccinali stagionali (in particolare, anti-flu ed anti-pneumococcica).

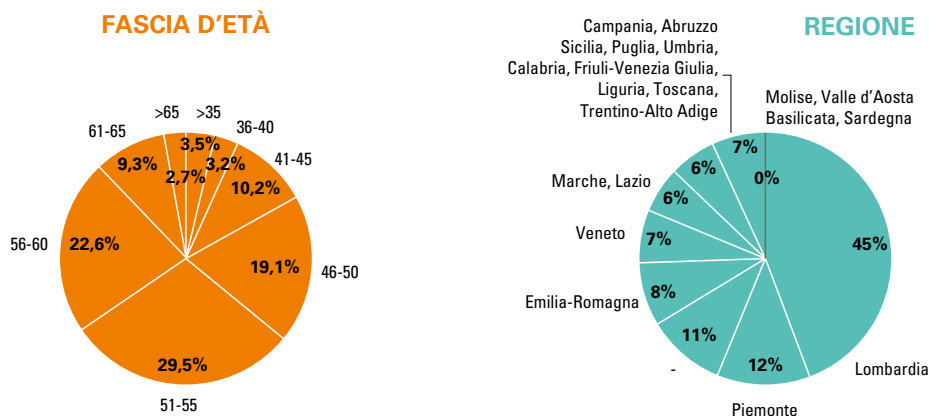
Sono state implementati, inoltre, prodotti specifici anche nel campo della cronicità e della non autosufficienza finalizzati ad assicurare la diagnostica da remoto (per i campi di applicazione possibili) e la "domiciliarizzazione delle cure", anche attraverso la messa a disposizione di piattaforme dedicate alla gestione del monitoraggio continuativo del paziente e dei relativi parametri vitali a supporto dell'attività di Centri di controllo dedicati.

Un ulteriore ambito di intervento del settore assicurativo è stato riservato direttamente alle aziende ed alle professioni (in particolare, per quelle sanitarie) con diverse soluzioni *corporate* dedicate al rientro in azienda, alla continuità delle filiere strategiche (e.g. tutela assicurativa per il personale della filiera della distribuzione alimentare) e alla gestione delle nuove esigenze di protezione della salute dei lavoratori.

A livello territoriale più del 70% delle prestazioni assicurative sono state erogate nel Nord, per effetto della maggiore diffusione del virus – soprattutto nella Fase 1 – in questa area del Paese.

In termini di fasce di età, invece, il 75% delle prestazioni assicurative è stata erogata ad assicurati di età superiore ai 45 anni, con una concentrazione di quasi 1/3 nella fascia 51 – 59 anni (**Figura 6**).

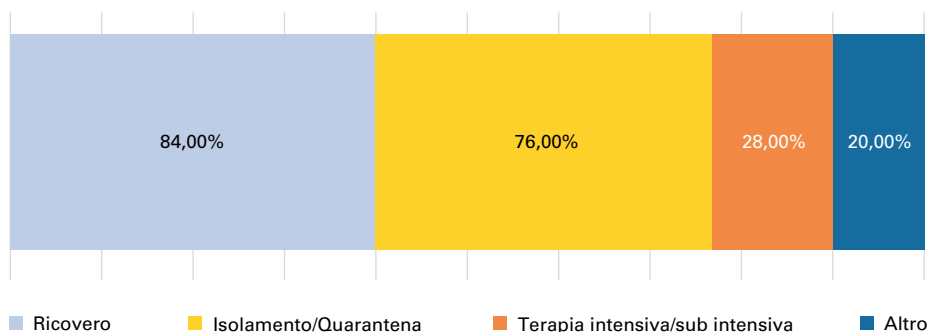
Figura 6 - Ripartizione per Area Geografica e Fascia di Et  delle prestazioni di contrasto al Covid-19 erogate



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

Con riferimento specifico, invece, agli interventi assicurati attraverso i Fondi Sanitari Integrativi si consideri che gi  a partire da marzo 2020, 26 fondi sanitari su 40 avevano gi  attivato delle garanzie specifiche per proteggere i lavoratori e le loro famiglie dall'emergenza Covid-19 con livelli assistenziali spesso differenziati in ragione del settore occupazionale di riferimento. In particolare, la quota maggiore degli interventi ha riguardato l'area dei ricoveri ospedalieri, seguita da quella riferibile alle tutele aggiuntive previste per le persone costrette a un ricovero in terapia intensiva o sub-intensiva e dal supporto, sempre pi  ampio, destinato alle persone costrette all'isolamento domiciliare e/o alla quarantena sanitaria (**Figura 7**).

Figura 7 - I Fondi Sanitari Contrattuali - Garanzie attivate per il contrasto del Covid-19



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

Degli interventi specifici promossi dai Fondi Sanitari Integrativi durante l'emergenza, circa 1/3 sono stati finalizzati a garantire un supporto economico alle famiglie con uno o più componenti ricoverati in terapia intensiva o sub-intensiva. Infine, circa un 20% degli interventi effettuati è stato destinato a dare attuazione a disposizioni di riduzione/sospensione dei contributi dovuti dalle aziende (e, in misura residuale, dagli stessi lavoratori) ai Fondi Sanitari Integrativi (**Figure 8 e 9**).

Figura 8 - I Fondi Sanitari Contrattuali  
Prestazioni di contrasto al Covid-19 erogate



- **INDENNITÀ DA RICOVERO: 40,00 € al giorno**, max 50 gg.
- **INDENNITÀ DA ISOLAMENTO DOMICILIARE: 40,00 € al giorno**, max 14 gg.
- **INDENNITÀ PER LAVORATORI CON ALMENO UN FIGLIO MINORENNE E CONVIVENTE DA STATO DI FAMIGLIA: 40,00 € al giorno**, max 14 gg.
- **RIMBORSO MATERIALI SANITARI** utilizzati per il periodo di cura domiciliare: **max 200,00 €**
- **RIMBORSO VISITE DOMICILIARI/EXTRADOMICILIARI** da parte di personale medico o infermieristico per interventi resi necessari per contrastare l'epidemia: **max 100,00 €**

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

Figura 9 - I Fondi Sanitari Contrattuali  
Servizi di contrasto al Covid-19 attivati



- **VIDEO/TELE CONSULTO SPECIALISTICO H24/7**
- **VISITE SPECIALISTICHE A DOMICILIO** o in modalità teleconsulto.
- **CERTIFICAZIONE AGEVOLATA** per fisioterapia da infortunio.  
Copertura anche in caso di ricorso ad ammortizzatori sociali.
- **NO SANZIONI/INTERESSI** per ritardo pagamento da parte delle Aziende fino al 31/07/2020.
- **SOSPENSIONE DEI TERMINI PER LE RICHIESTE DI RIMBORSO** fino al 31/07/2020.

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

## IL SISTEMA SANITARIO DOPO IL COVID-19

La pandemia ha sicuramente confermato il ruolo centrale nel nostro Paese del Servizio Sanitario Nazionale quale prezioso presidio per la salute pubblica. Nel contempo, le dinamiche innescatesi in questo periodo, richiedono di promuovere un'attenta riflessione sull'opportunità di un Sistema Sanitario organizzato su due livelli che affidi le cure complementari ai Livelli Essenziali di Assistenza ad un secondo circuito in grado di garantire la continuità delle cure anche in momenti in cui il Servizio Sanitario Nazionale si trovi necessariamente ingaggiato a fronteggiare situazioni di elevata criticità.

Tale circuito aggiuntivo, peraltro, se fosse strutturato ed integrato in modo più organico di quanto non lo sia già oggi la Sanità Integrativa all'interno delle *policy* sanitarie di Stato e Regioni, potrebbe assicurare un valore aggiunto ancora maggiore.

La severità di alcune fasi della pandemia ha mostrato, infatti, come l'assenza di un *framework* organico che sappia mettere a sistema pubblico e privato non consenta di ottimizzare le risorse destinate dai cittadini alla tutela della propria salute, facendo perdere delle importanti opportunità.

Del resto, promuovere un Sistema Sanitario Integrativo in aggiunta al Servizio Sanitario Nazionale può solo che aumentare la capacità assistenziale nei confronti dei cittadini, e quindi favorire l'obiettivo di un maggior livello qualitativo di salute per la popolazione. La Sanità Integrativa ha mostrato la sua capacità di lavorare a supporto soprattutto dei lavoratori e delle aziende, che sono state chiamate a sostenere dei costi economici importanti (acquisto di dispositivi di protezione individuale, igienizzazione e sanificazione dei locali, etc.) in un momento in cui la produzione era congelata e in cui il costo di produzione inevitabilmente si è innalzato.

In prospettiva, pertanto, si tratterebbe di istituzionalizzare un Secondo Pilastro Sanitario che possa garantire una gestione organizzata della spesa sanitaria privata, la messa a disposizione di tutti i cittadini – ad iniziare dai lavoratori (dipendenti, autonomi e liberi professionisti) ed alle loro famiglie – di percorsi di cura complementari che possano garantire un supporto al SSN al verificarsi di fenomeni temporanei e non necessariamente emergenziali (si pensi ad esempio, sulla scorta di quanto già avviene nel Regno Unito all'assicurazione delle liste di attesa), che possono incidere sull'efficacia della risposta del nostro pilastro di base. Ne beneficerebbe non solo la tenuta del Sistema Sanitario, ma anche i cittadini stessi.

Non è un caso che dalle indagini demoscopiche condotte per la preparazione della sezione dedicata all'annualità 2020 del presente Rapporto emerga che il 90,8% degli italiani richiede maggiore protezione in caso di nuova emergenza sanitaria. Oltre 1/3 dei cittadini, inoltre, si è dichiarato interessato nel breve periodo a rispondere a questa esigenza attraverso la sottoscrizione di una polizza sanitaria, con un incremento di

tale propensione di poco meno del 50% rispetto alla medesima rilevazione effettuata nell'anno 2019. Ma al di là del trend registrato a livello di indicatori percentuali, ancor più importante è stato riscontrare in questo contesto la maturazione di un'accresciuta consapevolezza sull'importanza di disporre in affiancamento al Servizio Sanitario Nazionale di un canale diverso di erogazione delle cure che, come già accennato, in una fase di emergenza può avere davvero un ruolo decisivo.

Nel contempo bisogna rilevare che rimane tuttavia un ampio numero di persone che per poca conoscenza dei prodotti assicurativi, del funzionamento della Sanità Integrativa e per timore di dover impegnare stabilmente le proprie risorse preferisce continuare a «scommettere in proprio» sulla salute. In questa prospettiva appare necessaria una campagna istituzionale che favorisca un'informazione consapevole dei cittadini sull'importanza del «trasferimento del rischio» e una riorganizzazione dei benefici fiscali per la Sanità Integrativa che ne sostenga la diffusione soprattutto a favore delle categorie più fragili. Il modello di riferimento potrebbe essere quello introdotto nel 2001 per la previdenza complementare, con benefici fiscali estesi anche agli autonomi, ai liberi professionisti e a chi ha lavori flessibili, categorie che hanno subito più di altre l'emergenza Covid-19.

L'evoluzione verso un modello multi-pilastro anche in sanità appare sempre più ineludibile per garantire adeguati livelli di cura per noi e per le generazioni future, sulle quali gravano i costi di un modello di *Welfare* sempre meno compatibile con le evoluzioni della nostra società, e messo a rischio da quei limiti strutturali che proprio la pandemia ancora in atto ha contribuito ad evidenziare con estrema chiarezza.

## Indice dei grafici

Figura 1 – La Pandemia Sanitaria (1/2)	pag. 49
Figura 2 – La Pandemia Sanitaria (2/2)	pag. 50
Figura 3 – Conti nazionali trimestrali - Valori concatenati (milioni euro - anno di riferimento 2010), dati destagionalizzati e corretti per gli effetti di calendario - contributi alla crescita del PIL	pag. 52
Figura 4 – Quali fattori di rischio determinano più mortalità e disabilità combinate?	pag. 55
Figura 5 – La Sanità Integrativa: diffusione e livelli di adesione. Incidenza percentuale sulla popolazione italiana (2019*)	pag. 59
Figura 6 – Ripartizione per Area Geografica e Fascia di Età delle prestazioni di contrasto al Covid-19 erogate	pag. 62
Figura 7– I Fondi Sanitari Contrattuali – Garanzie attivate per il contrasto del Covid-19	pag. 62
Figura 8 – I Fondi Sanitari Contrattuali – Prestazioni di contrasto al Covid-19 erogate	pag. 63
Figura 9 – I Fondi Sanitari Contrattuali – Servizi di contrasto al Covid-19 attivati	pag. 63

**SECONDA PARTE**



SEZIONE

1

**IL FUTURO  
DEL SISTEMA SANITARIO  
TRA LIVELLI ESSENZIALI  
E LIVELLI EFFETTIVI**

# LEA NEGATI E REAZIONI DEI CITTADINI. LA SANITÀ VISTA E VISSUTA DA 10.000 ITALIANI

Fondazione Censis

## 1. LEA NON PER TUTTI E SANITÀ A PAGAMENTO CHE INTEGRA: SCENE DALLA SANITÀ REALE

LEA negati per 19,6 milioni di cittadini, che per almeno una prestazione sanitaria nell'anno hanno provato a prenotare nel Servizio Sanitario e, presa visione dei tempi di attesa, hanno scelto di farla nella sanità a pagamento.

Il Servizio Sanitario non riesce più ad erogare in tempi adeguati prestazioni LEA prescritte dai medici. In 28 casi su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio Sanitario i cittadini, avuta notizia dei tempi di attesa, hanno scelto di farle a pagamento, nel privato o in *intramoenia*: ecco la prima verità elementare che emerge dalla grande indagine su un campione nazionale rappresentativo di 10.000 cittadini maggiorenni sul loro rapporto con la sanità.

Le relazioni con la sanità sono complesse perché i cittadini non scelgono in modo dicotomico, una volta per tutte e per sempre, di rivolgersi o al pubblico/privato accreditato o alla sanità a pagamento: di volta in volta decidono il *provider* a cui rivolgersi, tenuto conto del proprio bisogno, dei tempi di attesa da fronteggiare e del proprio *budget*.

Vince una logica combinatoria: le persone nello stesso anno possono provare a prenotare nel pubblico e visti i tempi di attesa scegliere di fare quella prestazione nel pubblico o dirottarsi nella sanità a pagamento, e ci sono anche situazioni in cui non tentano nemmeno di prenotare nel pubblico e vanno direttamente nella sanità a pagamento.

Una matrice molto complessa di flussi e relazioni che racconta di:

- cittadini che non riescono ad avere nel Servizio Sanitario tutto ciò di cui hanno bisogno, a cui avrebbero sulla carta diritto e, inevitabilmente, lo vanno a cercare a pagamento;
- un Servizio Sanitario visibilmente sotto *stress* per lo sforzo straordinario di star dietro a fabbisogni sanitari dei cittadini in decollo verticale per invecchiamento e cronicità.

Ecco la realtà semplice di cui prendere atto, così come occorre prendere atto che il ricorso alla sanità a pagamento dei cittadini è l'esito, non di una corsa al consumismo sanitario inappropriato ed eliminabile senza danni, ma di prestazioni prescritte da medici che i cittadini non riescono ad avere in tempi adeguati nel Servizio Sanitario.

Il ricorso al privato, anche quello diretto che non passa dal tentativo di prenotazione nel pubblico, non è ad appannaggio solo di benestanti a caccia di una sanità molto personalizzata, ma fenomeno di massa che coinvolge largamente anche i redditi medio-bassi.

Nella vita degli italiani, la sanità a pagamento è una integrazione necessaria del Servizio Sanitario, una delle opzioni disponibili tenuto conto del rapporto tra i tempi di accesso e l'esigenza di avere in tempi non diluiti la prestazione prescritta dal medico.

È evidente che sul ricorso alla sanità a pagamento pesa la disponibilità di reddito: chi più ha reddito più può utilizzare questa opzione e tuttavia i dati dicono che anche i redditi medio-bassi sono stretti nella morsa del ricorso al privato laddove c'è una esigenza di avere erogate prestazioni in tempi più stretti di quelli imposti dalle liste di attesa.

Al fondo di tutto c'è la dinamica divaricante tra fabbisogni sanitari in decollo e offerta del Servizio Sanitario, stante l'impossibilità di quest'ultimo di incrementare la propria capacità allo stesso ritmo e nella stessa dimensione.

E anche il Pronto Soccorso, che pure resiste alla enorme pressione delle richieste con *performance* apprezzate dai cittadini, è costretto a fronteggiare una quota di domanda sanitaria visibilmente non d'urgenza, alla ricerca di una risposta al proprio bisogno conclamato.

Se nell'immediato il sistema faticosamente tiene è perché le persone reagiscono utilizzando tutte le opportunità, dal pubblico alla sanità a pagamento, e sono pronte anche a metter mano al portafoglio per far fronte a *defaillance* nell'accesso al Servizio Sanitario.

È così che mentre la Spesa Sanitaria Pubblica arranca, quella privata cresce: ed è una spesa per prestazioni prescritte da medici, di cui i cittadini hanno bisogno in tempi più rapidi di quelli che oggi il Servizio Sanitario può garantire.

Sarebbe cosa buona e giusta prendere atto della complessa tela di scelte e soluzioni che connotano il rapporto tra cittadini, Servizio Sanitario e Sistema Sanitario ampiamente inteso.

Mentre le persone sono sotto l'impegnativo sforzo di *trovare la quadra* tra quello che riescono a pagare per averlo nei tempi appropriati e quello che è meglio attendere di avere nel pubblico, piuttosto che lasciare i cittadini sempre e solo soli a cercare le risposte adeguate al bisogno di prestazioni con un consolatorio richiamo all'universalità formale del sistema, sarebbe opportuno promuovere forme integrative intermedie di accorpamento della domanda, che ne moltiplicherebbe il potere contrattuale e la connessa capacità di acquistare prestazioni.

È chiaro che nel lungo periodo solo un cambio di passo potrà consentire di risolvere il difficile *rebus* della sanità italiana: la soluzione è la prevenzione sanitaria, intesa come un'azione di lungo periodo in grado di prevenire l'insorgere delle patologie o almeno individuarle in fase iniziale, prima che diventino gravi o irreversibili, con relativa moltiplicazione dei costi sanitari.

Oggi di prevenzione sanitaria si parla molto e si pratica troppo poco: la sfida è far entrare nella cultura sociale la priorità della prevenzione, dagli stili di vita al ricorso alle tante forme di *screening*.

Di seguito sono presentati i risultati della citata indagine nazionale su un campione rappresentativo di 10.000 cittadini con i seguenti contenuti:

- le scelte dei cittadini che provano a prenotare nel pubblico, prendono visione dei tempi di attesa e decidono il *provider* a cui rivolgersi. In particolare, quanto è diffusa la scelta di rivolgersi alla sanità a pagamento, privata e *intramoenia*;
- i tempi di attesa delle liste relative alle diverse prestazioni per aree geografiche;
- il grado di appropriatezza delle prestazioni che i cittadini vanno a cercare direttamente nel privato, senza nemmeno tentare di prenotare nel pubblico;
- l'esperienza nei Pronto Soccorso, con particolare riferimento alle ragioni del ricorso, alle possibilità di soluzioni alternative e, anche, alla reale urgenza della richiesta di prestazioni;
- uno stato della prevenzione, inteso come il grado di conoscenza e adesione ai principali *screening* pubblici nelle Regioni e la diffusione della propensione a investire privatamente in prevenzione sanitaria.

Per valutare il grado di risposta del Servizio Sanitario ai fabbisogni di prestazioni dei cittadini è stato considerato un lungo elenco di prestazioni rientranti nei LEA. Indicazioni sui principali aspetti metodologici sono presentate nell'allegato.

## 2. I NUMERI

### 2.1. I percorsi per l'accesso alla sanità

#### 2.1.1. Dalla richiesta di prenotazione nel pubblico alla sanità a pagamento

19,6 milioni di italiani si sono visti negare in corso d'anno almeno una prestazione LEA dovuta dal Servizio Sanitario. Sono i forzati della sanità a pagamento: persone che hanno provato a prenotare nel Servizio Sanitario e, presa visione della lunghezza della lista di attesa, hanno proceduto a farla a pagamento, nel privato a tariffa intera o in *intramoenia*.

Ogni 100 tentativi di prenotazione di una prestazione LEA nel pubblico 28 transitano nel privato, pagate di tasca propria dai cittadini (**Tabella 1**)

**Tabella 1 - Prestazioni fatte nel pubblico o nella sanità a pagamento o con polizza sanitaria per 100 tentativi di prenotazione fatti nel Servizio Sanitario, per area geografica (val. %)**

Prestazioni:	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Svolte nel Pubblico/Privato convenzionato	70,8	75,3	61,9	63,1	<b>67,1</b>
Svolte nella Sanità a pagamento	22,6	20,7	31,6	33,2	<b>27,9</b>
Svolte con Polizza sanitaria	6,6	4,0	6,5	3,7	<b>5,0</b>
<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 2019

Ecco il volto svelato della sanità negata: prestazioni LEA richieste, tempi di attesa troppo lunghi, e cittadini che si spostano nel privato e pagano di tasca propria.

Se la mappa ufficiale di monitoraggio dei LEA delinea un quadro di progressiva applicazione nelle Regioni, l'esperienza dei cittadini racconta di una sanità negata poi riconquistata, almeno da alcuni, con i propri soldi nel privato.

Un fenomeno che, sia pure con diversa intensità, è trasversale a macroaree, titolo di studio, età, genere e livelli di reddito: tutti hanno fatto esperienza diretta di sanità negata. Ecco alcune coordinate per orientarsi nella mappa dei LEA negati:

- su 100 prestazioni LEA che si tenta di prenotare, 27,9 sono transitate nella sanità a pagamento a carico dei cittadini e sono 22,6 nel Nord Ovest, 20,7 nel Nord Est, 31,6 nel Centro e 33,2 nel Sud e Isole;
- su 100 visite specialistiche che si tenta di prenotare, 36,7 sono transitate nella sanità a pagamento a carico dei cittadini e sono 32,1 nel Nord Ovest, 29 nel Nord Est, 39,2 nel Centro e 42,4 nel Sud e Isole;
- su 100 accertamenti diagnostici che si tenta di prenotare, 24,8 transitano nella sanità a pagamento e sono 18,2 nel Nord Ovest, 18,3 nel Nord Est, 30,7 nel Centro e 29,2 nel Sud e Isole;
- su 100 prestazioni di riabilitazione che si tenta di prenotare, 42,5 transitano nella sanità a pagamento e sono 37,4 nel Nord Ovest, 38 nel Nord Est, 50,4 nel Centro e 45 nel Sud e Isole.

## 2.1.2. Le reazioni dei cittadini per tipologie di prestazione

Il sentiero descritto è chiaro: richiesta una prenotazione e presa visione della lunghezza dei tempi di attesa i cittadini decidono se attendere e farla nel pubblico oppure andare in *intramoenia* o nel privato a pagamento intero.

Ecco una mappa del ricorso alla sanità a pagamento per singole tipologie di prestazioni (**Tabella 2**):

Tabella 2 - Prestazioni fatte nella sanità a pagamento* per 100 tentativi di prenotazione nel Servizio Sanitario, per area geografica** (val. %)					
	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
<b>Visite specialistiche di cui</b>	32,1	29,0	39,2	42,4	<b>36,7</b>
- Visita ginecologica	47,0	43,9	52,0	59,2	<b>51,7</b>
- Visita oculistica	39,2	33,6	43,5	57,7	<b>45,7</b>
- Visita dermatologica	33,5	31,2	40,7	44,6	<b>38,2</b>
- Visita ortopedica	30,2	32,7	44,9	42,0	<b>37,5</b>
<b>Accertamenti diagnostici di cui</b>	18,2	18,3	30,7	29,2	<b>24,8</b>
- Test genetici e immunogenetici	31,7	24,5	37,7	29,4	<b>31,2</b>
- Ecografia (es. addome superiore, inferiore, completo, ecc.)	21,7	23,5	38,5	35,3	<b>30,1</b>
- Elettrocardiogramma (ECG)	19,9	24,0	32,0	30,7	<b>27,4</b>
- Risonanza Magnetica (es. addome inferiore, superiore, collo, colonna, ecc.)	18,1	20,3	29,9	34,5	<b>26,3</b>
- RX (es. femore, caviglia, ginocchio, spalla gomito, ecc.)	14,6	20,2	32,2	32,4	<b>25,7</b>
<b>Riabilitazione di cui</b>	37,4	38,0	50,4	45,0	<b>42,5</b>
- Laserterapia antalgica	45,1	45,4	64,9	58,3	<b>53,0</b>
- Terapie a luce ultravioletta	52,2	40,0	44,9	61,6	<b>50,7</b>
- Rieducazione del linguaggio	45,7	20,9	54,5	42,9	<b>42,8</b>
<b>Totale prestazioni</b>	<b>22,6</b>	<b>20,7</b>	<b>31,6</b>	<b>33,2</b>	<b>27,9</b>

\* Sono riportate alcune delle prestazioni oggetto di indagine

\*\* Le percentuali indicate si riferiscono ad ogni 100 tentativi di prenotazione delle prestazioni sanitarie nel Servizio Sanitario

Fonte: indagine Censis 2019

- *tra le visite specialistiche*, su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio Sanitario di visite ginecologiche sono 51,7 quelle che transitano nella sanità a pagamento, sono 45,7 le visite oculistiche, 38,2 le visite dermatologiche, 37,5 le visite ortopediche;
- *tra gli accertamenti diagnostici*, su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio Sanitario di test genetici e immunogenetici 31,2 transitano nella sanità a pagamento, 30,1 le ecografie, 27,4 gli elettrocardiogrammi, 26,3 le risonanze magnetiche e 25,7 le RX;
- *tra le prestazioni di riabilitazione*, su 100 tentativi di prenotazione nel Servizio Sanitario sono 42,5 quelle che transitano nella sanità a pagamento, e sono 53 di laserterapia antalgica, 50,7 le terapie a luce ultravioletta e 42,8 le rieducazioni del linguaggio.

Il Servizio Sanitario assorbe dunque una quota nettamente maggioritaria di prestazioni e, tuttavia, è altrettanto evidente che esiste un travaso nella sanità a pagamento che riguarda quote significative di prestazioni e coinvolge trasversalmente cittadini dalle caratteristiche demografiche, sociali ed economiche profondamente diverse tra loro.

Se si considera l'esperienza del travaso di almeno una prestazione in corso d'anno dal Servizio Sanitario alla sanità a pagamento, ecco i 19,6 milioni di italiani che, almeno una volta nell'anno precedente l'intervista, hanno vissuto l'esperienza della sanità negata nel pubblico, riconquistata nel privato.

### 2.1.3. Liste di attesa lunghe, troppo lunghe o, addirittura, bloccate di fatto

Il 76,8% degli italiani in corso d'anno ha tentato di prenotare almeno una prestazione sanitaria o sociosanitaria nel Servizio Sanitario per farla nel pubblico e/o nel privato accreditato.

La prima informazione che hanno ottenuto è stata quella relativa ai tempi di attesa per l'accesso alla prestazione: ecco alcuni esempi di tempi di attesa per l'accesso a prestazioni LEA, con il dato relativo alle singole macroregioni.

Per le *visite specialistiche* si hanno 128 giorni medi di attesa per una visita endocrinologica, 114 per una visita diabetologica, 65 per una visita oncologica, 58 per una visita neurologica, 57 per quella gastroenterologica, 56 per una visita oculistica, 54 per una visita pneumologica, 49 giorni per una visita di chirurgia vascolare, 49 giorni per una visita cardiologica, 49 per una visita urologica, 47 per una visita dermatologica, 38 per visita fisiatrica, 38 per quella ortopedica, 33 per la ginecologica, 33 per la otorinolaringoiatrica, 15 per quella pediatrica.

Rilevanti sono le oscillazioni dei tempi di attesa tra le diverse aree territoriali, più forti per alcune prestazioni in particolare (**Tabella 3**):

- per la visita endocrinologica si hanno 138 giorni medi di attesa nel Nord Ovest, 135 nel Centro, 125 nel Nord Est, 123 nel Sud e Isole;

- per la visita diabetologica si hanno 153 giorni di attesa nel Centro, 118 nel Nord Est, 113 nel Sud e Isole, 86 nel Nord Ovest;
- per la visita oncologica 75 giorni di attesa nel Centro, 65 nel Sud e Isole, 64 nel Nord Ovest, 53 nel Nord Est;
- per la visita neurologica 66 giorni di attesa nel Nord Ovest, 60 nel Nord Est, 53 nel Centro e nel Sud e Isole;
- per la visita gastroenterologica 64 giorni di attesa nel Sud e Isole, 59 nel Nord Ovest, 54 nel Centro, 40 nel Nord Est;
- per una visita oculistica 72 giorni di attesa nel Nord Ovest, 66 nel Nord Est, 48 nel Centro, 44 nel Sud e Isole;
- per una visita di chirurgia vascolare 52 giorni di attesa nel Centro, 51 nel Sud e Isole, 49 nel Nord Ovest, 43 nel Nord Est;
- per una visita urologica 58 giorni nel Nord Est, 51 nel Sud e Isole, 45 nel Nord Ovest, 40 nel Centro;

**Tabella 3 - Tempi medi di attesa per visite specialistiche nel pubblico e/o privato convenzionato, per area geografica (v.a. in giorni)**

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
	Media	Media	Media	Media	Media
Endocrinologica	138	125	135	123	128
Diabetologica	86	118	153	113	114
Visita oncologica	64	53	75	65	65
Visita neurologica	66	60	53	53	58
Visita gastroenterologica	59	40	54	64	57
Visita oculistica	72	66	48	44	56
Visita pneumologica	67	60	49	45	54
Visita chirurgia vascolare	49	43	52	51	49
Visita urologica	45	58	40	51	49
Visita cardiologica	51	46	51	49	49
Visita dermatologica	56	57	45	37	47
Visita fisiatrice	38	31	45	39	38
Visita ortopedica	41	33	43	35	38
Visita ginecologica	36	38	33	29	33
Visita otorinolaringoiatrica	37	34	29	31	33
Visita pediatrica	19	16	13	11	15

Fonte: indagine Censis 2019



Per gli accertamenti diagnostici il campo di oscillazione tra le varie prestazioni è molto ampio perché si hanno 97 giorni di attesa per una mammografia, 75 giorni per una colonscopia, 71 per svolgere una densitometria ossea, 49 per una gastroscopia, 46 per una risonanza magnetica, 46 per un elettroencefalogramma, 41 giorni per una ecografia, 36 per una TC, 34 per un elettrocardiogramma, 33 per una scintigrafia, 32 per una audiometria, 32 per una artroscopia, 25 per i test genetici e immunogenetici, 21 per una RX, 9 per un PSA.

Anche in questo caso emergono oscillazioni rilevanti tra le aree geografiche, infatti (**Tabella 4**):

**Tabella 4 - Tempi medi di attesa per accertamenti diagnostici nel pubblico e/o privato convenzionato, per area geografica (v.a. in giorni)**

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
	Media	Media	Media	Media	Media
Mammografia	96	77	114	97	97
Colonscopia	65	45	88	92	75
Densitometria ossea	50	99	115	41	71
Gastroscopia	36	42	41	64	49
Risonanza Magnetica (es. addome inferiore, superiore, collo, colonna, ecc.)	39	37	60	49	46
Elettroencefalogramma (EEG)	46	55	46	41	46
Ecografia (es. addome superiore, inferiore, completo, ecc.)	42	44	48	36	41
TC (es. addome superiore, addome inferiore, addome completo, torace, cranio-encefalo)	31	43	40	34	36
Elettrocardiogramma (ECG)	40	28	36	32	34
Scintigrafia ossea	37	26	26	37	33
Audiometria	29	39	28	31	32
Artroscopia	34	44	33	27	32
Test genetici e immunogenetici	29	20	29	22	25
RX (es. femore, caviglia, ginocchio, spalla gomito, ecc.)	23	22	26	18	21
PSA	7	9	7	10	9

Fonte: indagine Censis 2019

- per la mammografia si hanno 114 giorni di attesa nel Centro, 97 nel Sud e Isole, 96 nel Nord Ovest e 77 nel Nord Est;

- per la colonscopia 92 giorni di attesa nel Sud e Isole, 88 nel Centro, 65 nel Nord Ovest, 45 nel Nord Est;
- per la densitometria ossea 115 giorni nel Centro, 99 nel Nord Est, 50 nel Nord Ovest, 41 nel Sud e Isole;
- per la gastroscopia 64 giorni di attesa nel Sud e Isole, 42 nel Nord Est, 41 nel Centro, 36 nel Nord Ovest;
- per la risonanza magnetica 60 giorni di attesa nel Centro, 49 nel Sud e Isole, 39 nel Nord Ovest, 37 giorni di attesa nel Nord-est;
- per l'elettroencefalogramma 55 giorni di attesa nel Nord Est, 46 nel Nord Ovest e nel Centro, 41 nel Sud e Isole;
- per l'ecografia 48 giorni nel Centro, 44 nel Nord Est, 42 giorni nel Nord Ovest, 36 nel Sud e Isole.

Per la riabilitazione 62 giorni di attesa per prestazioni di rieducazione del linguaggio, 34 per la riabilitazione motoria, 30 per la laserterapia antalgica, 24 per le terapie a luce ultravioletta, 20 per esercizi respiratori. E a livello territoriale (**Tabella 5**):

- per la rieducazione del linguaggio si hanno 98 giorni di attesa nel Centro, 58 nel Sud e Isole, 52 nel Nord Ovest e 28 nel Nord Est;
- per la riabilitazione motoria 45 giorni di attesa nel Centro, 35 nel Nord Ovest, 31 nel Nord Est, 29 nel Sud e Isole;
- per la laserterapia antalgica 38 giorni di attesa nel Centro e nel Nord Ovest, 34 nel Nord Est, 16 nel Sud e Isole;
- per le terapie a luce ultravioletta 28 giorni di attesa nel Nord Est, 26 nel Centro, 22 nel Nord Ovest, 20 nel Sud e Isole;
- per gli esercizi respiratori 40 giorni di attesa nel Nord Est, 17 nel Centro, 16 nel Sud e Isole, 15 nel Nord Ovest.

**Tabella 5 - Tempi medi di attesa per riabilitazione nel pubblico e/o privato convenzionato, per area geografica (v.a. in giorni)**

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Italia
	Media	Media	Media	Media	Media
Rieducazione del linguaggio	52	28	98	58	62
Riabilitazione motoria	35	31	45	29	34
Laserterapia antalgica	38	34	38	16	30
Terapia a luce ultravioletta	22	28	26	20	24
Esercizi respiratori	15	40	17	16	20

Fonte: indagine Censis 2019

Il dato della lunghezza delle liste di attesa è, almeno in parte, contenuto da un fenomeno, formalmente vietato dalla normativa, ma di cui i cittadini continuano a segnalare l'esistenza: il blocco delle liste di attesa.

Ad averne esperienza è stato il 35,8% dei cittadini, di cui il 41,5% al Centro, il 37,3% al Sud e Isole, il 32,8% al Nord Ovest, il 31,5% al Nord Est.

I divieti normativi da un lato e le smentite ufficiali dall'altro devono fare i conti con quanto emerge da esperienze dirette dei cittadini: il blocco di fatto dell'iscrizione alle liste di attesa che, presumibilmente, è una strategia molto operativa, indicibile, di contenimento dei tempi formali di accesso alle prestazioni nel pubblico e/o privato accreditato.

In ogni caso i cittadini provano a prenotare nel Servizio Sanitario e, se valutano il tempo di attesa troppo lungo o addirittura incontrano un blocco nell'iscrizione alla lista di attesa, allora optano per soluzioni a pagamento.

### 3. L'USO COMBINATO DI SERVIZIO SANITARIO E SANITÀ A PAGAMENTO

#### 3.1. Percorsi sanitari ibridi per massimizzare le opportunità

Il rapporto delle persone con la sanità non è mai unilaterale, cioè solo pubblico o solo privato, solo dentro il Servizio Sanitario o solo fuori: infatti, ogni persona in un anno può tentare di prenotare una prestazione nel pubblico e averne l'erogazione in tale ambito, provare a prenotarne un'altra sempre nel pubblico e optare, visti i tempi di attesa, di farla nel privato o, anche, per la stessa tipologia di prestazione o per altra tipologia, decidere di rivolgersi direttamente al privato, pagando per intero la tariffa senza tentare di prenotare nel pubblico, con approccio da rassegnati (*tanto nel pubblico i tempi sono troppo lunghi*).

Una mappa molto complessa di relazioni e fruizioni, in cui la configurazione dell'offerta viene sfruttata dai cittadini con forme combinatorie, ibride di utilizzo dei diversi *provider*.

Per rendere più completa la mappa delle relazioni tra cittadini e Sistema Sanitario, di seguito ecco altre due modalità di relazioni: combinazioni tra pubblico e privato e *approccio da rassegnati*.

#### 3.2. Surfare tra pubblico e privato: prestazioni tempestive e sostenibilità dei budget familiari

Come rilevato, la stessa persona in corso d'anno può avere accesso a prestazioni nel pubblico e nel privato accreditato gratuitamente o con pagamento di *ticket* e, al contempo, può optare per altre prestazioni rivolgendosi al privato, scegliendo di pagare la tariffa intera. Giocano obiettivi e stati d'animo delle persone, oltre che la reale capacità di accesso e disponibilità delle prestazioni nel Servizio Sanitario.

Emblematici di questa coesistenza, nei sentieri personalizzati di diagnosi, cura, *follow-up*, di pubblico e privato, i dati relativi ad alcune precise patologie quali *cataratta*, *recidiva metastatica ricomparsa di un tumore*, *scompenso cardiaco*, *protesi d'anca ed endometriosi*: per queste prestazioni ben il 52,2% dichiara che oltre ad essersi curato nel pubblico ha fatto anche prestazioni nel privato pagando di tasca propria.

Ecco un esempio di percorsi combinatori dove pubblico e privato si mescolano: dagli accertamenti alle cure e terapie fino al *follow-up*, si moltiplicano le situazioni in cui le persone utilizzano soluzioni pubbliche e soluzioni private per avere risposte assistenziali appropriate e tempestive.

Tutti sono interessati dal fenomeno, a prescindere dalle differenze di reddito: infatti, tra coloro che sono alle prese con le patologie citate hanno fatto anche prestazioni nel privato a pagamento intero il 57% di chi ha un reddito elevato ed il 48,2% di chi ha bassi redditi.

Il ricorso al privato è in molte situazioni una necessità che chi ha maggiori risorse può praticare in modo più intenso, ma dalla quale non è esente anche chi di risorse ne ha meno.

La funzione di salvaguardia e integrazione svolta dalla sanità a pagamento in percorsi di cura centrati sul Servizio Sanitario è evidente: ci si rivolge al pubblico per curare una determinata patologia, ma se nel percorso di cura sono richiesti accertamenti, visite specialistiche, prestazioni collaterali comunque necessarie e appropriate allora per farle tempestivamente o, magari, anche comodamente per orari e *location*, i cittadini mettono mano al portafoglio rivolgendosi alla sanità a pagamento.

Il 62% di coloro che hanno fatto almeno una prestazione nel pubblico e nel privato accreditato ne ha fatta anche almeno una nella sanità a pagamento, privata e in *intramoenia*. E sono andate nel privato o passando dal tentativo di prenotazione nel pubblico o anche andando direttamente nella sanità a pagamento.

L'incrocio per reddito consente di dire che sono il 56,7% dei bassi redditi, il 61% di chi ha un reddito compreso tra i 15 e 30 mila euro, il 67,8% dei redditi tra i 30 e i 50 mila euro, il 68,9% di chi ha un reddito di oltre 50 mila euro annui (**Tabella 6**).

Inoltre 13,3 milioni di italiani si sono fatti visitare sia nel pubblico che nel privato per una stessa patologia: una caccia alla *second opinion* in una logica di soggettiva autoregolazione della salute. Il *surf* tra pubblico e privato è anche un modo per controverificare le prescrizioni mediche su diagnosi e terapie, innalzando così qualità, efficacia e sicurezza della sanità di cui si ha bisogno.

In generale le persone *surfano* tra pubblico e privato per avere tempestivamente l'offerta di prestazioni di cui hanno bisogno e preservare la sostenibilità del proprio *budget* familiare.

**Tabella 6 - Cittadini che in corso d'anno hanno fatto ricorso alla sanità pubblica e/o privato convenzionato ED alla sanità a pagamento, per reddito (val. %)**

<i>Hanno fatto ricorso alla sanità pubblica e alla sanità a pagamento</i>	Fino a 15 mila euro annui	Tra 15 mila e 30 mila	Tra 30 mila e 50 mila	Oltre 50 mila	<b>Totale</b>
Si	56,7	61,0	67,8	68,9	<b>62,0</b>
No	43,3	39,0	32,2	31,1	<b>38,0</b>
<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 2019

### 3.3. I rassegnati: tanto la lista di attesa è troppo lunga

Per fare una determinata prestazione, oltre a tentare di svolgerla nel pubblico e/o nel privato accreditato e, eventualmente, optare di farla nella sanità a pagamento, esiste anche una terza ipotesi: andare direttamente nel privato, senza nemmeno provare a prenotare nel pubblico.

Dichiara di essere andato in corso d'anno direttamente nel privato senza nemmeno passare dal pubblico per almeno una prestazione LEA il 44% degli italiani e sono il 38% dei redditi fino a 15 mila euro, il 45,3% di quelli tra i 15 e i 30 mila euro, il 49,3% dei redditi tra i 30 e i 50 mila euro, il 50,7% di chi ha un reddito di oltre i 50 mila euro.

**Tabella 7 - Italiani che negli ultimi 12 mesi hanno svolto direttamente nel privato pagando di tasca propria visite specialistiche e accertamenti diagnostici senza provare a prenotare la prestazione nel pubblico e/o privato convenzionato\* (val. %)**

	<b>%</b>
<b>Visite specialistiche di cui</b>	<b>36,9</b>
<i>Visita oculistica</i>	14,7
<i>Visita ginecologica</i>	7,7
<i>Visita cardiologica</i>	6,2
<i>Visita dermatologica</i>	6,0
<b>Accertamenti diagnostici</b>	<b>15,8</b>
<i>Ecografia</i>	5,4
<i>RX</i>	4,0
<i>Risonanza Magnetica</i>	3,0
<i>Elettrocardiogramma</i>	3,0
<b>Totale</b>	<b>44,0</b>

\* Sono riportate alcune delle prestazioni oggetto di indagine

Fonte: indagine Censis 2019

Il 36,9% ha provato a prenotare direttamente nel privato una qualche visita specialistica (14,7% visite oculistiche, 7,7% visita ginecologica, 6,2% visita cardiologica, 6% visita dermatologica, ecc.), il 15,8% un qualche accertamento diagnostico (5,4% ecografie, 4% raggi X, 3% elettrocardiogramma, 3% risonanza magnetica) (Tabella 7).

La scelta di ricorrere direttamente al privato pagando di tasca propria è sintomatica di uno stato di scoraggiamento delle persone: alla richiesta di indicare le motivazioni di tale comportamento il 61,9% dichiara di averlo fatto perché tanto le liste di attesa sono troppe lunghe, il 43,4% perché voleva un medico o una struttura di fiducia, il 21,6% perché era alla ricerca di servizi migliori, più personalizzati, il 20,1% per avere orari più comodi, il 13,5% perché il prezzo era conveniente (Tabella 8).

Il ricorso diretto al privato, quindi, è dettato da un mix di motivazioni: il dato per reddito indica però che optano per il privato perché scoraggiati sulla possibilità di accedere tempestivamente nel pubblico il 66,9% dei redditi fino a 15 mila euro e il 55,2% tra chi ha un reddito che supera i 50 mila euro annuali. La convinzione di non poter avere, almeno per quella specifica prestazione, una risposta nel pubblico nei tempi attesi e necessari è quello che più spinge i bassi redditi a metter mano al portafoglio.

Pertanto è vero che una quota di privato risponde ad una domanda ad alta solvibilità e tuttavia rivolgersi direttamente al privato non è un'esclusiva dei benestanti: ci sono situazioni in cui anche chi ha basso reddito agisce da rassegnato, cioè va nel privato perché pensa che tanto nel pubblico i tempi di attesa siano troppo lunghi.

Sono prestazioni per le quali nelle persone è prevalso un senso di rassegnazione e quindi la decisione conseguente di rivolgersi direttamente al privato.

**Tabella 8 - Motivazioni per cui i cittadini si sono rivolti direttamente alla sanità privata\* (val. %)**

	%
Perché tanto le liste di attesa nel pubblico sono troppo lunghe	61,9
Voleva un medico/struttura in cui ha particolare fiducia	43,4
Voleva servizi migliori, più personalizzati	21,6
Voleva orari più comodi/possibili (ad es. senza chiedere permessi al lavoro)	20,1
Il costo era conveniente, ne valeva la pena	13,5
Le strutture pubbliche e/o quelle accreditate erano lontane o difficili da raggiungere	7,4

\* Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte

Fonte: indagine Censis 2019

### 3.4. Privato vuol dire inappropriato? No

I numeri dei LEA negati e di quelli transitati nel privato direttamente per rassegnazione raccontano di un universalismo formale che ha lasciato il posto ad una selettività indotta dalla lunghezza delle liste di attesa.

Come rilevato ci sono coloro che, visti i tempi di attesa, vanno nella sanità a pagamento e coloro che nemmeno tentano di prenotare per certe prestazioni: non sono gruppi distinti, ciascuna persona può assumere in corso d'anno per le prestazioni sanitarie di cui ha bisogno approcci diversi con scelte diverse.

Ed è una modalità di rapporto con la sanità socialmente trasversale: non sono solo i benestanti ad andare direttamente nel privato, capita anche a ceti medio e bassi redditi per alcune situazioni. Capita meno ovviamente a chi ha redditi più bassi, ma è comunque un comportamento plausibile e diffuso, soprattutto quando si ha una esigenza precisa di visita, accertamento, riabilitazione o di altro tipo.

La domanda ineludibile è: sono appropriate le prestazioni che gli italiani fanno direttamente nel privato pagando di tasca propria? Sono necessarie e appropriate o sono semplicemente esito di una sorta di ipocondria di massa, un consumismo sanitario che sopravvive al consumismo diffuso spazzato via dalla grande crisi ed estraneo all'attuale modello di consumo in cui la spesa per consumi stenta a ripartire?

Una misura di appropriatezza è senz'altro legata alla presenza di prescrizione medica o meno: ebbene, 71 prestazioni su 100 di quelle fatte direttamente nel privato pagate di tasca propria dai cittadini sono state prescritte dal medico, o MMG o specialista o di Pronto Soccorso.

È un dato che smentisce la retorica che vuole le prestazioni svolte nel privato esito sempre e solo di un consumismo sanitario deplorabile e, tutto sommato eliminabile, senza negativi impatti su buona salute degli italiani e diritto di cura.

Più nello specifico emerge che sono state prescritte dai medici, MMG, specialisti o Pronto Soccorso:

- l'86,6% delle prestazioni di riabilitazione,
- l'83,6% degli accertamenti diagnostici;
- il 62,6% delle visite specialistiche.

Relativamente alle *visite specialistiche*, sono state prescritte da un medico il 92,5% delle visite oncologiche, l'88,3% delle visite di chirurgia vascolare, l'82,4% delle prime visite cardiologiche con ECG, l'81,2% delle visite pneumologiche, l'80,7% delle visite urologiche, il 79,6% delle visite gastroenterologiche, il 78,8% delle visite neurologiche, il 78,4% delle visite fisiatriche, il 76% delle visite cardiologiche, il 74,6% delle visite

ortopediche, il 61,1% delle visite pediatriche, il 58,7% delle visite otorinolaringoiatriche, il 56,7% delle visite dermatologiche, il 49,9% delle visite oculistiche, il 43,6% delle visite ginecologiche (**Tabella 9**).

**Tabella 9 - Graduatoria delle visite specialistiche svolte nella sanità privata per quota prescritta dai medici (val. %)**

	Visite svolte nella sanità privata prescritte da un medico (val. %)
<b>Visite specialistiche di cui</b>	<b>62,6</b>
Visita oncologica	92,5
Visita chirurgia vascolare	88,3
Prima visita Cardiologica con ECG	82,4
Visita pneumologica	81,2
Visita urologica	80,7
Visita gastroenterologica	79,6
Visita neurologica	78,8
Visita fisiatrice	78,4
Visita cardiologica	76,0
Visita ortopedica	74,6
Visita pediatrica	61,1
Visita otorinolaringoiatrice	58,7
Visita dermatologica	56,7
Visita oculistica	49,9
Visita ginecologica	43,6

Fonte: indagine Censis 2019

Per quanto riguarda gli *accertamenti diagnostici* sono stati prescritti da un medico il 100% delle artroscopie, il 95,4% delle scintigrafie ossee, il 94,2% delle TC, il 92,5% delle gastroscopie, il 91,5% delle risonanze magnetiche, il 90,9% delle RX, l'84,2% delle colonscopie, l'83,5% delle densitometrie ossee, l'82,1% dei test genetici e immunogenetici, l'82% delle ecografie, il 79,4% degli elettrocardiogrammi, il 77,4% degli elettroencefalogrammi, il 76,6% dei PSA, il 61,8% delle mammografie, il 59,3% delle audiometrie (**Tabella 10**).

I dati sono eloquenti e raccontano dell'appropriatezza della grandissima parte delle prestazioni richieste ed erogate nel privato che non sono esito di una libera e dissennata scelta dei singoli cittadini ma appunto di prescrizioni mediche.



**Tabella 10 - Graduatoria degli accertamenti diagnostici svolti nella sanità privata per quota prescritta dai medici (val. %)**

	Visite svolte nella sanità privata prescritte da un medico (val. %)
<b>Accertamenti diagnostici</b>	<b>83,6</b>
Artroscopia	100,0
Scintigrafia ossea	95,4
TC (es. addome superiore, addome inferiore, addome completo, torace, cranio-encefalo)	94,2
Gastroscopia	92,5
Risonanza Magnetica (es. addome inferiore, superiore, collo, colonna, ecc.)	91,5
RX (es. femore, caviglia, ginocchio, spalla gomito, ecc.)	90,9
Colonscopia	84,2
Densitometria ossea	83,5
Test genetici e immunogenetici	82,1
Ecografia (es. addome superiore, inferiore, completo, ecc.)	82,0
Elettrocardiogramma (ECG)	79,4
Elettroencefalogramma (EEG)	77,4
PSA	76,6
Mammografia	61,8
Audiometria	59,3

Fonte: indagine Censis 2019

## 4. LA SANITÀ CHE COSTA

Gli italiani nel 2018 hanno speso 37,3 miliardi di euro di tasca propria per la sanità: +7,2% reale rispetto al 2014 e nello stesso periodo la Spesa Sanitaria Pubblica è diminuita dello 0,3% (**Tabella 11**). La Spesa Sanitaria Privata media per famiglia è pari a 1.437 euro. Così raccontano i dati della contabilità nazionale dell'Istat.

**Tabella 11 - Andamento della spesa sanitaria pubblica e privata, 2014-2018 (val. in milioni di euro correnti, var. % reale)**

	2018	Var % 2014-2018
Spesa sanitaria privata	37.330	+7,2
Spesa sanitaria pubblica	114.940,0	-0,3

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Le proporzioni di spesa in relazione alle caratteristiche sociodemografiche e reddituali delle persone indicano che:

- i redditi alti spendono mediamente il 42% in più dei redditi bassi;
- gli anziani spendono mediamente il 26,1% in più dei giovani;
- i laureati spendono il 9,7% in più di chi ha un basso titolo di studio.

Ciò che colpisce non sono tanto le differenze di spesa, quanto il fatto che tutti, a prescindere da età, sesso, residenza e reddito devono mettere mano al proprio portafoglio per pagare prestazioni sanitarie.

Il 57,6% finanzia la Spesa Sanitaria Privata con solo reddito, il 21,2% la finanzia con reddito integrato da altre voci tra risparmi e prestiti, il 14,3% ricorre solo al risparmio, il 2,1% utilizza solo prestiti (**Tabella 12**).

**Tabella 12 - Modalità di finanziamento delle spese sanitarie private da parte degli italiani, per reddito\* (val. %)**

	Fino a 15 mila euro annui	Tra 15 mila e 30 mila	Tra 30 mila e 50 mila	Oltre 50 mila	Totale
Solo reddito	55,2	56,6	58,3	61,2	<b>57,6</b>
Reddito e altre voci	19,1	23,2	23,2	21,5	<b>21,2</b>
Solo risparmio	15,4	14,6	13,5	11,5	<b>14,3</b>
Solo prestiti	3,4	1,6	1,2	1,1	<b>2,1</b>
Solo altre voci	6,9	4,0	3,8	4,7	<b>4,8</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

È evidente che gli italiani per finanziare le spese sanitarie sono chiamati ad uno sforzo: se non sono giustificate letture catastrofiste o che sottovalutano il ruolo del Servizio Sanitario nella tutela della salute, al contempo è evidente che negare il fatto che una patologia o il timore di essa inneschi costi in capo ai cittadini vuol dire negarsi la comprensione della sanità concretamente vissuta dagli italiani.

D'altro canto il concetto di spesa è legato non solo al privato ma ci sono ormai anche i *ticket* che giocano un ruolo non irrilevante: ben il 23% degli italiani dichiara di aver dovuto spendere per il *ticket* nel pubblico una cifra superiore alla tariffa che paga per intero nel privato.

Ai flussi di spesa privata è anche associato il meccanismo del nero: infatti, sono oltre 9 milioni gli italiani che dichiarano di avere pagato prestazioni sanitarie in nero, senza fattura.

## 5. AVVENTURE NEI PRONTO SOCCORSO

Il 25,3% degli italiani ha avuto a che fare con il Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi: il 18,7% una sola volta, il 5,3% tra 2 e 5 volte in un anno, l'1,3% più di 5 volte.

Il 48,9% si è rivolto al Pronto Soccorso l'ultima volta a seguito di sintomi che l'hanno fatto preoccupare e impaurire, il 27,9% per un malore o un incidente e l'8,8% per un problema grave connesso alla patologia di cui soffre.

Poi in realtà solo il 4,3% ha avuto un codice rosso, il 48,1% verde, il 26,1% giallo, il 12,8% bianco.

Alla richiesta di indicare se non ci fosse un servizio alternativo al Pronto Soccorso a cui rivolgersi l'ultima volta che ci si è recati, il 38,9% ha dichiarato che altri servizi come il medico di medicina generale, la guardia medica, l'ambulatorio di cure primarie non erano disponibili, il 29,7% che era una situazione di emergenza e non c'era tempo da perdere, il 17,3% ha esplicitamente dichiarato di avere più fiducia nel Pronto Soccorso dell'ospedale rispetto ad altri servizi.

Dai dati emerge chiaramente come l'afflusso al Pronto Soccorso sia sovradimensionato rispetto al reale bisogno di urgenza: i codici sostanzialmente rilevano come molti degli accessi non siano dettati da reale urgenza e, d'altro canto, gli stessi cittadini sottolineano o che non c'erano alternative o che hanno più fiducia nel Pronto Soccorso.

Il 48,9% dei cittadini che ha avuto esperienza nei Pronto Soccorso nell'ultimo anno ha espresso un giudizio positivo, il 20,3% ha dato un parere negativo ed il 29,3% ha una opinione né positiva né negativa. Dal punto di vista territoriale è più elevato il giudizio positivo nel Nord Ovest (52,9%) e nel Nord Est (54,5%), resta comunque elevato al Centro (47,8%) e, sia pure in misura minore, anche nel Sud e Isole (42,9%) (Tabella 13).

Tabella 13 - Valutazione degli italiani della propria esperienza nei Pronto Soccorso, per area geografica (val. %)

<i>Pensando all'ultima volta che si è recato in un Pronto Soccorso, quale la valutazione della sua esperienza?</i>	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Positiva	52,9	54,6	47,8	42,9	<b>48,9</b>
Negativa	19,3	16,9	16,8	25,3	<b>20,3</b>
Né positiva né negativa	27,6	27,3	33,7	29,2	<b>29,3</b>
Non ricorda	0,2	1,2	1,7	2,6	<b>1,5</b>
<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 2019

Nelle Regioni meridionali il Pronto Soccorso, rispetto ad altri servizi delle sanità locali, garantisce *performance* che sono più apprezzate dai cittadini.

## 6. LA PREVENZIONE E I SUOI LIMITI

Il 27,2% degli italiani ha beneficiato di almeno uno *screening* di prevenzione sanitaria per determinate patologie, offerto gratuitamente dal Servizio Sanitario della propria Regione.

Sono a conoscenza dell'esistenza di *screening* sanitari resi disponibili gratuitamente nella propria Regione il 63,7% degli italiani, mentre il restante 36,3% non ne ha notizia.

Negli ultimi dodici mesi hanno beneficiato degli *screening* gratuiti dei rispettivi Servizi Sanitari Regionali per la mammografia il 44,5% delle donne di età compresa tra 50 e 69 anni, il 30,5% di maschi e femmine di età tra 50 e 69 anni dell'esame delle feci per la prevenzione del tumore del colon-retto, il 26,1% delle donne di età tra 25 e 64 anni del Pap-test ed il 9,2% delle stesse classi di età dell'HPV test. Il campo di oscillazione territoriale è particolarmente ampio per ciascuna prestazione perché (Tabella 14):

- hanno fatto la mammografia il 47,4% delle aventi diritto nel Nord Ovest, il 60% nel Nord Est, il 49% nel Centro, il 31,5% nel Sud e Isole;
- hanno fatto il Pap-test il 25,5% delle aventi diritto nel Nord Ovest, il 41,3% nel Nord Est, il 28,6% nel Centro, il 16,8% nel Sud e Isole;
- hanno fatto l'HPV-test il 6,9% delle aventi diritto nel Nord Ovest, il 17,1% nel Nord Est, il 12,7% nel Centro, il 4,5% nel Sud e Isole;
- hanno fatto l'esame delle feci per la prevenzione del tumore del colon-retto il 31,3% degli aventi diritto nel Nord Ovest, il 50,1% nel Nord Est, il 36,1% nel Centro, il 15,5% nel Sud e Isole.

Tabella 14 - Italiani che hanno svolto screening di prevenzione gratuiti nel pubblico\*, per area geografica (val. %)

	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Mammografia (tumore al seno)	47,4	60,0	49,0	31,5	<b>44,5</b>
Pap-test (tumore collo dell'utero)	25,5	41,3	28,6	16,8	<b>26,1</b>
HPV-test (tumore collo dell'utero)	6,9	17,1	12,7	4,5	<b>9,2</b>
Esame delle feci (tumore colon-retto)	31,3	50,1	36,1	15,5	<b>30,5</b>

\* Il dato sulla mammografia è riferito a donne di età 50-69 anni, quelli su Pap-test e HPV-test a donne di età 25-64 anni, quello sull'esame delle feci a donne e uomini di età 50-69 anni.

Fonte: indagine Censis 2019

Negli ultimi dodici mesi ha fatto nel privato pagando di tasca propria del totale delle donne maggiorenni la mammografia il 13,4%, il Pap-test il 14,9% e l'HPV-test il 3,1%. Ha invece fatto l'esame delle feci per la prevenzione del tumore del colon-retto il 6,5% di maschi e femmine maggiorenni.

Le persone con maggiori risorse economiche hanno fatto più ricorso agli accertamenti di prevenzione al di fuori degli *screening* gratuiti offerti dal pubblico: tuttavia più in generale i dati segnalano che cultura e pratica della prevenzione sono ancora troppo poco diffuse tra gli italiani (**Tabella 15**).

**Tabella 15 - Italiani che hanno svolto screening di prevenzione sanitaria nel privato, pagando di tasca propria\* (val. %)**

<i>Negli ultimi 12 mesi Lei si è sottoposto/a nel privato, pagando di tasca propria la tariffa, ad uno dei seguenti screening per la prevenzione oncologica e/o ad altre patologie?</i>	<i>%</i>
<b>Si di cui</b>	<b>17,9</b>
- <i>Mammografia (tumore al seno)</i>	<i>13,4</i>
- <i>Pap-test (tumore collo dell'utero)</i>	<i>14,9</i>
- <i>HPV-test (tumore collo dell'utero)</i>	<i>3,1</i>
- <i>Esame delle feci (tumore colon-retto)</i>	<i>6,5</i>
<b>No</b>	<b>82,1</b>
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>

\* I dati relativi agli *screening* citati sono riferiti per mammografia, Pap-test e HPV-test al totale delle donne maggiorenni, l'esame delle feci per la prevenzione del tumore del colon-retto al totale di maschi e donne maggiorenni.

Fonte: indagine Censis 2019

## APPENDICE 1 – INDICAZIONI METODOLOGICHE

I dati di survey sono riferiti ad una indagine su un campione nazionale rappresentativo di 10.014 italiani maggiorenni realizzato nel periodo dal 19/04/2019 al 23/05/2019.

Le interviste sono state condotte attraverso la tecnica mista CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) - CAWI (Computer Assisted Web Interviewing).

Il disegno campionario ha previsto numerosità proporzionali all'universo di riferimento stratificato per genere, classe d'età, area territoriale e dimensione del comune di residenza. Il margine d'errore, relativo al totale delle risposte, a livello di confidenza del 95%, è pari a +/- 1,0%.

A seguire l'elenco delle prestazioni considerate:

### Visita specialistica

*di cui*

- Prima visita Cardiologica con ECG
- Visita cardiologica
- Visita ortopedica
- Visita oculistica
- Visita pediatrica<sup>1</sup>
- Visita chirurgia vascolare
- Visita pneumologica
- Visita oncologica
- Visita gastroenterologica
- Visita fisiatrica
- Visita dermatologica
- Visita urologica
- Visita otorinolaringoiatrica
- Visita ginecologica
- Visita neurologica
- Altra visita specialistica (specificare...)

---

1 Per la visita pediatrica si consideri la eventuale prenotazione della prestazione per i propri figli/e.

## Accertamenti diagnostici

*di cui*

- RX (es. femore, caviglia, ginocchio, spalla gomito, ecc.)
- TC (es. addome superiore, addome inferiore, addome completo, torace, cranio-encefalo)
- Risonanza Magnetica (es. addome inferiore, superiore, collo, colonna, ecc.)
- Scintigrafia ossea
- Densitometria ossea<sup>2</sup>
- Ecografia (es. addome superiore, inferiore, completo, ecc.)
- Elettrocardiogramma (ECG)
- Elettroencefalogramma (EEG)
- Gastroscofia
- Colonscopia
- Artroscopia
- Audiometria
- Mammografia
- PSA
- Test genetici e immunogenetici<sup>3</sup>
- Altro accertamento diagnostico (specificare...)

## Riabilitazione

*di cui*

- Rieducazione del linguaggio
- Esercizi respiratori
- Riabilitazione motoria
- Laserterapia antalgica
- Terapie a luce ultravioletta
- Altro (specificare...)

## Assistenza domiciliare (CAD, SAD, ADI, ecc.)

---

2 È un esame che quantifica la densità minerale dell'osso, serve a diagnosticare patologie come l'osteoporosi.

3 Sono analisi di DNA, RNA, cromosomi, proteine e altro materiale biologico, di solito effettuati per individuare patologie ereditarie (es. celiachia, sindrome di Down, ecc.).

### **Analisi di laboratorio**

- Analisi del sangue
- Analisi delle urine
- Altra analisi di laboratorio (specificare\_\_\_)

### **Ricovero ospedaliero**

*di cui:*

- Interventi chirurgici per tumore
- Protesi d'anca
- Bypass aortocoronarico
- Angioplastica Coronarica
- Altro (specificare...)

### **Day hospital**

### **Day surgery**

### **Terapie oncologiche**



## CONCLUSIONI

### **Prof. Giuseppe De Rita**

*Presidente - Fondazione CENSIS*

Come in tutti questi anni, faccio una riflessione di sintesi, una riflessione politica. Un ringraziamento va anzitutto a Intesa Sanpaolo RBM Salute che, quest'anno, ci ha permesso di realizzare un'indagine su un campione nazionale rappresentativo di 10.000 persone. Non per il gusto del ricercatore di analizzare tanti casi, ma per la necessità di andare oltre, dopo tanti anni di trincea in cui i nostri dati e le nostre riflessioni sono state legate alla polemica che sosteneva che un campione nazionale di 1.000 cittadini, sebbene statisticamente rappresentativo, fosse insufficiente.

Tanti o pochi, i dati hanno comunque confermato una novità: l'aumento della spesa privata in Italia. Questo dicono i dati, 1.000 o 10.000 casi, cosa diversa dal confronto ideologico di chi è per il privato e chi è per il pubblico. In questo senso, la disponibilità di 10.000 casi su cui ragionare permette di non essere più prigionieri delle polemiche.

Non è vero che Intesa Sanpaolo RBM Salute e Censis sono quelli che cercano di valorizzare il privato. Il privato si è in qualche modo valorizzato da solo. Quando, come esposto precedentemente, dai dati risulta che la spesa pubblica dal 2014 al 2018 è diminuita e la spesa privata è aumentata, significa che qualcosa è successo. Ma chi fa ricerca deve stare attento a non farsi incastrare dalla polarizzazione pubblico-privato, perché in effetti questa ricerca dice ben altro: bisogna ormai avere coscienza di un ecosistema in cui si aggirano tanti soggetti come pazienti, medici, sistema sanitario nazionale, soggetti privati ecc., e che non ha connotazioni precise.

A chi dice che tutto quel che occorre fare è difendere il Servizio sanitario nazionale perché è quello che garantisce l'universalità, io dico attenzione perché siamo in un mondo in cambiamento strutturale. Consideriamo l'esempio che è stato riportato precedentemente: un terzo delle persone si rivolge al Servizio sanitario nazionale, trova l'accesso molto difficile, si adatta decidendo di aspettare rassegnato i tempi di attesa. Un altro terzo si rivolge al Servizio sanitario nazionale e non trovando spazio si rivolge al sistema privato e si rassegna a spendere i propri soldi. Un altro 40% va direttamente al privato. Se si guarda dal punto di vista del consumatore, cioè del paziente, del singolo cliente della sanità italiana, notiamo comportamenti diversi. Non c'è soltanto la scelta pubblico o privato, c'è la scelta "li ci provo e se non ce la faccio aspetto", "li ci provo e se non mi danno accesso vado nel privato" o ancora "non vado neppure dal pubblico a chiedere la lista di attesa, vado direttamente dal privato". Questo meccanismo implica un policentrismo dei comportamenti, delle idee e dei modi di fare che non è più soltanto pubblico o privato.

È opportuno ricordare che 10 anni fa si parlava di consumismo e l'accusa che si faceva alla sanità privata era: "La clinica privata come albergo di lusso rispetto all'ospedale. Il consumismo della clinica privata". Oggi nessuno crede più che si tratti di consumismo. La spesa privata è una spesa su prestazioni singole, precise, non soltanto sul ricovero ospedaliero o alberghiero. È un qualcosa di diversificato: il singolo sceglie, fa surf tra pubblico e privato, non accetta di essere un cliente del Servizio Sanitario Nazionale per tutta la vita e per tutti i suoi bisogni. Attua dei comportamenti diversi. I dati evidenziano ad esempio che 13 milioni di persone si sono fatte visitare per la stessa patologia sia dal Servizio Sanitario Nazionale che dal privato, perché volevano la *second opinion*. Sono dati che fanno riflettere.

Significa che il paziente non è soltanto un povero disgraziato che non trova accesso al pubblico, e non è soltanto il ricco signore, come molti di coloro che si rivolgono direttamente al privato. Significa che c'è un comportamento intelligente, serio, che rende principe di questo sistema il consumatore, non il paziente vulnerabile e fragile ma persone che sanno come ragionare.

Oggi non è più un meccanismo di *captatio benevolentiae* del pubblico che vuol attirare sempre e comunque per ragioni ideologiche. E non è neppure la *captatio benevolentiae* del liberismo totale, che vuole tutto nel privato e coi soldi.

È un meccanismo articolato, diversificato. Naturalmente alcuni problemi ci sono, nessuno lo nega. Il ricorso al Pronto Soccorso, ad esempio, risponde al fatto che quel che preoccupa di più l'italiano è il momento dell'acuzie che genera emergenza. In quel caso si avverte il bisogno di andare da qualcuno di cui ci si fida o, più ancora, presso la struttura che suscita maggiore fiducia, e che poi ci soddisfa: non a caso il 58-60% è soddisfatto del Pronto Soccorso e di come ha reagito. Questo perché il singolo cittadino, il singolo paziente ha nella sua strategia il nesso tra acuzie, emergenza e pronto soccorso pubblico. Se sto molto male allora vado dove ho il massimo di fiducia per l'emergenza acuta grave: il pronto soccorso pubblico. Dall'altra parte, nell'estremo opposto, c'è la spesa privata singola che può rientrare nell'alveo del quasi consumo e in mezzo a questi estremi c'è un universo vasto e molto articolato. Ecco il passettino in avanti che abbiamo fatto quest'anno che ci consente di andare oltre, molto oltre, la solita diatriba pubblico-privato.

È un mondo diverso e articolato in cui ognuno si può muovere. Per certi versi l'intuizione di Intesa Sanpaolo RBM Salute, con cui ormai siamo compagni di strada da più di 9 anni, era quella di andare a vedere se c'era uno spazio come difensori e propugnatori del privato da ancorare ad uno spazio di domanda sanitaria per il privato. Tutto ciò non serve più, in parte perché è stata una battaglia vinta, ma più ancora perché è stata una battaglia superata dal fatto che la situazione attuale è più complessa di allora. Non è più un rapporto a due (pubblico-privato) è un rapporto a 10, a 20, addirittura a 30 soggetti legati a una dimensione opzionale. Il dato impressionante è che 13 milioni di persone si fanno visitare per la stessa patologia sia dal pubblico che dal privato. Ci troviamo quindi dinanzi ad un elevato livello di sofisticazione del comportamento: non è più il poveraccio

che non sa dove andare o il gentile signore di medio livello di agiatezza che pensa che sia inutile aspettare e si rivolge direttamente al privato. No! Sono comportamenti di estrema articolazione che rimandano ad una definizione di cui mi scuso, ma che è quella che a me piace di più: non siamo più un sistema sanitario, ma in un ecosistema fatto di tanti soggetti, tante articolazioni, tanti problemi, tanti comportamenti, tante decisioni, tanti centri decisionali.

Oggi il singolo paziente è un centro decisionale e decide di andare di qua e/o di là, di accontentarsi, di aspettare la lista di attesa da 100 giorni oppure di non accettare l'attesa e andare al privato, oppure non andare neppure al pubblico e andare direttamente al privato. È quello che sceglie di farsi visitare sullo stesso problema due volte, dai pubblici e dai privati. Il vero centro decisionale diventa il consumatore, il paziente, il cittadino.

Ed è un risultato essenziale su cui ragionare, perché è sempre essenziale individuare il luogo della decisione e più in generale gli assetti decisionali. Non a caso ci si chiede sempre cosa fa il Ministero, cosa fanno le Regioni, come si riduce la spesa pubblica regionale, quali sono gli spazi per i privati ecc... I meccanismi decisionali sono importanti e lo sono anche per una realtà privata come Intesa Sanpaolo RBM Salute che dovrà decidere dove collocarsi e cosa fare.

Ma il decidere non può più essere collocato in un sistema dato. Decidere oggi, per il paziente, per una qualsiasi compagnia privata, per una compagnia d'assicurazione come per una piccola clinica privata vuol dire capire come ci si colloca in un ecosistema articolato e diversificato. Se non si ha una cultura dell'ecosistema non si lavora più. Vi confesso, e i miei collaboratori che sono in sala lo sanno benissimo, che io sostengo che il nostro mestiere, il mestiere del ricercatore, non è più fattibile in termini sistemici. In un ecosistema non serve più avere un sistema ideologico, un sistema statistico, un sistema economico di riferimento.

Bisogna stare dentro l'ecosistema e vivere costantemente e aiutare i singoli soggetti a comportarsi, non tentare la sintesi. Io sono un uomo che ha sempre tentato la sintesi e oggi ritengo che almeno in questo campo l'ecosistema vada gestito come un mondo articolato, nei comportamenti e nelle decisioni. Dico sempre che il ricercatore moderno non è più un teorico di sistema, è un lettore di talmud, è un talmudista uno che vede i problemi e ci ritorna e ritorna sempre. Noi invece siamo abituati, specialmente noi cattolici, a pensare non in termini di pazienza talmudica, ma di applicazione della norma, di applicazione del dogma, di applicazione dell'enciclica papale. Noi dobbiamo saper fare, saper vivere in un sistema articolato che è un ecosistema, non è un sistema complessivo. L'approccio sistemico non vale più per nessuno. Questo è il nono rapporto, 10 anni di vita insieme, però abbiamo fatto un po' di passi in avanti.



SEZIONE

2

**RADDOPPIARE  
IL DIRITTO ALLA SALUTE  
CON LA SANITÀ INTEGRATIVA**

# RADDOPPIARE IL DIRITTO ALLA SALUTE CON LA SANITÀ INTEGRATIVA

---

## **Dott. Marco Vecchiatti**

*Amministratore Delegato e Direttore Generale - Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.*

### **PREMESSA**

La Repubblica Italiana tutela la Salute come diritto fondamentale dell'individuo e, nel contempo, interesse della collettività garantendo cure gratuite agli indigenti (art. 32 della Costituzione).

Il Diritto alla Salute tutelato dalla nostra Carta Fondamentale contempla, come ricordato anche dalla giurisprudenza costituzionale, sia la prevenzione che la cura. In quest'ottica è indispensabile considerare la Salute non più come un costo, ma come un investimento favorendo l'*empowerment* e la responsabilizzazione dei cittadini, puntando su di una riorganizzazione del modello di erogazione delle prestazioni sanitarie e supportando politiche di prevenzione diffusa.

Il Servizio Sanitario Nazionale è lo strumento attraverso il quale viene attuato il Diritto alla Salute sancito dalla Costituzione Italiana. Il S.S.N. è pertanto, bisogna ricordarlo, esclusivamente il mezzo e non anche il fine di tale tutela. Tale strumento è stato istituito in un contesto sanitario e sociale molto diverso da quello attuale. Le modifiche demografiche, l'innovazione tecnica e scientifica, il bisogno di risposte assistenziali sempre più personalizzate e/o di carattere continuativo hanno profondamente mutato il rapporto e le aspettative dei cittadini sul tema Salute.

All'ombra del S.S.N. è cresciuto in questi anni un sistema sanitario «auto-organizzato», la Spesa Sanitaria Privata, alimentato prevalentemente dal mancato assorbimento dei bisogni di cura dei cittadini che ha intaccato profondamente la capacità redistributiva

del nostro Sistema Sanitario e la stessa funzione di coesione sociale originariamente svolta dalla Sanità Pubblica. L'aumento della Spesa Sanitaria Privata, ed in particolare della componente "di tasca propria" (c.d. "*Out of Pocket*") aumenta le disuguaglianze e colpisce i malati, i più fragili ed i più deboli. In questa prospettiva limitare le scelte strategiche nel campo della Sanità alla sola difesa del finanziamento del S.S.N. non è più sufficiente per garantire un'adeguata tutela del patto fondativo del nostro Sistema Sanitario.

Il *Welfare* Integrativo, ed in particolare la Sanità Integrativa, hanno vissuto in questi anni un'importante fase di crescita e di consolidamento assumendo per coloro che già ne beneficiano la funzione fondamentale di tutela sociale aggiuntiva rispetto ai propri bisogni di protezione.

Tuttavia rimane ancora da affrontare il nodo, ormai da troppo tempo irrisolto, di un'organizzazione "strutturata" della Spesa Sanitaria Privata che nei prossimi anni si candida ad essere un elemento sempre più caratterizzante del percorso di cura degli italiani. Il Sistema Sanitario dovrebbe essere riorganizzato secondo un'articolazione *multi-pilastro* che veda, nell'ambito di un sistema sottoposto unitariamente ad una "vigilanza pubblica," la collaborazione tra il S.S.N. ed un Secondo Pilastro Sanitario Complementare incaricato di "intermediare" i costi delle cure rimasti a carico dei cittadini.

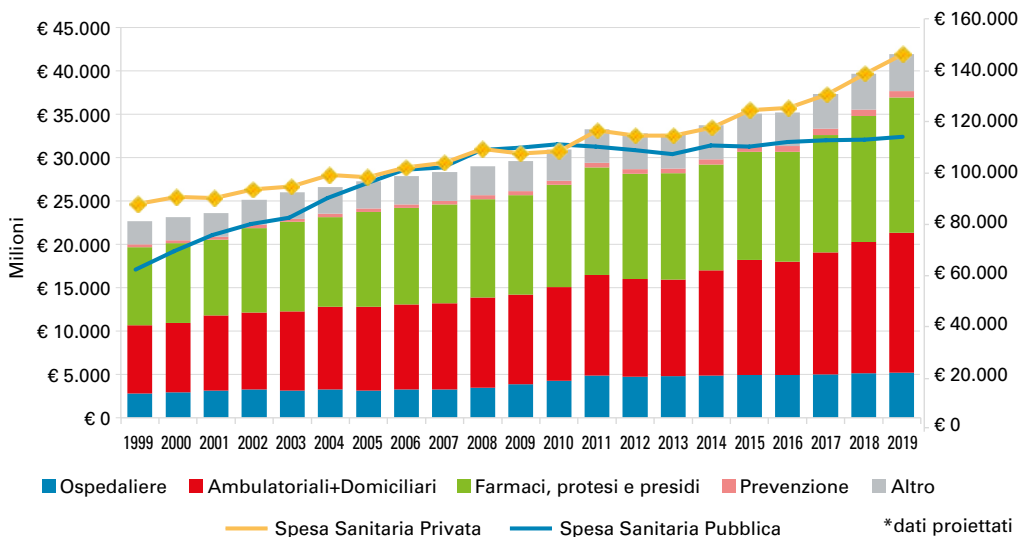
Siamo profondamente convinti che l'adeguamento del Sistema Sanitario dovrebbe essere una delle priorità dell'agenda politica, economica e sociale perché il livello di sviluppo, di civiltà e di qualità della vita di un Paese non può prescindere dall'effettività del Diritto alla Salute garantito ai propri cittadini.

## A. IL SISTEMA SANITARIO ITALIANO

### A.1. La Spesa Sanitaria: i trend delle fonti di finanziamento

Nell'ultimo decennio il Sistema Sanitario italiano ha visto il consolidarsi di nuovi equilibri nelle dinamiche della Spesa Sanitaria che sostanzialmente hanno invertito i *trend* di crescita che avevano caratterizzato il primo decennio del nuovo secolo. Dal 2010, infatti, la Spesa Sanitaria Pubblica è rimasta sostanzialmente stabile attestandosi a valori medi prossimi a quota 113 miliardi di EUR. Nel medesimo periodo la Spesa Sanitaria Privata, nonostante la crisi che ha investito le principali economie dell'area Euro, ha registrato una crescita costante alimentata prevalentemente dal mancato assorbimento dei nuovi bisogni di cura dei cittadini da parte del Servizio Sanitario Nazionale. In questo contesto la Spesa Sanitaria Privata si è consolidata progressivamente come componente strutturale del Sistema Sanitario italiano, assumendo una funzione organica di complemento della ridotta capacità assistenziale del Servizio Sanitario Nazionale (**Grafico 1**).

Grafico 1 - La Spesa Sanitaria: i trend delle fonti di finanziamento (2019\*)



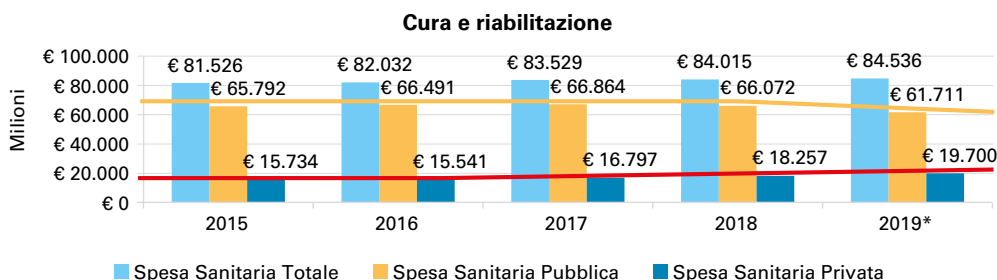
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT



Le linee di tendenza appena illustrate, del resto, trovano conferma anche in un'ottica comparativa con i principali Paesi Europei (EU14). In questo contesto, infatti, il nostro Paese si caratterizza per un ammontare della Spesa Sanitaria Complessiva inferiore di oltre 1/3 alla media dei Paesi EU14 e per la "divergenza" delle dinamiche che caratterizzano l'incidenza della Spesa Sanitaria Pubblica e la Spesa Sanitaria Privata sul PIL rispetto ai principali *partner* europei, evidenza tangibile di un percorso di trasformazione in atto ormai da tempo all'interno del nostro Sistema Sanitario. Se da un lato, infatti, l'incidenza della Spesa Sanitaria Pubblica sul PIL nel nostro Paese è assolutamente inferiore alla media riferibile ai Paesi EU14 (6,5% vs 8,3%), dall'altro l'incidenza della Spesa Sanitaria Privata sul PIL dell'Italia è superiore a quella dei medesimi Paesi (2,4% vs 2,2%).

È interessante vedere come questo fenomeno di incremento della Spesa Sanitaria Privata e contestuale stabilizzazione, se non decremento in alcuni casi, della Spesa Sanitaria Pubblica, sia ripartito tra le voci principali della Spesa Sanitaria. In riferimento all'ambito della cura e della riabilitazione la dinamica della Spesa Sanitaria Pubblica è progressivamente in decrescita, mentre per quanto riguarda la Spesa Sanitaria Privata il dato mostra una crescita piuttosto sostenuta ed evidente (**Grafico 2**).

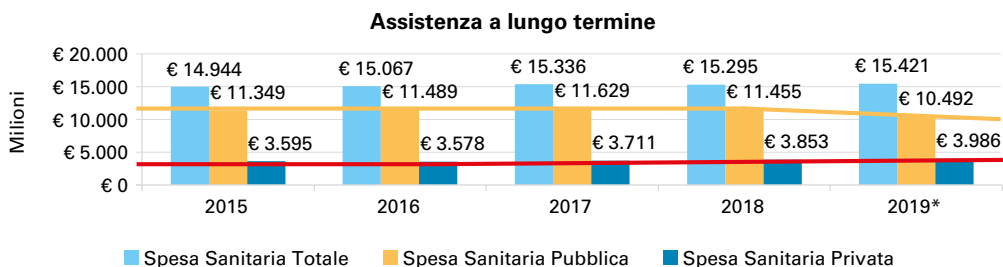
**Grafico 2 - La Spesa Sanitaria: i trend delle fonti di finanziamento (2019\*).**  
Cura e riabilitazione



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

Ancora più marcato il *trend* in termini di definanziamento per quanto riguarda l'assistenza di lungo termine (**Grafico 3**), che costituisce un *trend* interessante e riscontrabile anche nell'area ambulatoriale (**Grafico 4**), in quanto area di complemento e una di quelle su cui le operazioni di *surfing* sono più evidenti, dato che spesso è proprio l'utilizzo di una prestazione privata in area diagnostica e ambulatoriale a consentire poi di mantenere un percorso di cura compatibile anche in ambito ospedaliero all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

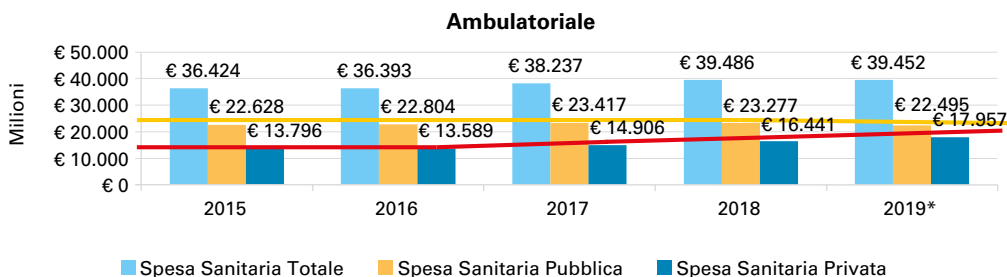
**Grafico 3 - La Spesa Sanitaria: i trend delle fonti di finanziamento (2019\*).**  
Assistenza a lungo termine



\* dati proiettati

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

**Grafico 4 - La Spesa Sanitaria: i trend delle fonti di finanziamento (2019\*).**  
Ambulatoriale

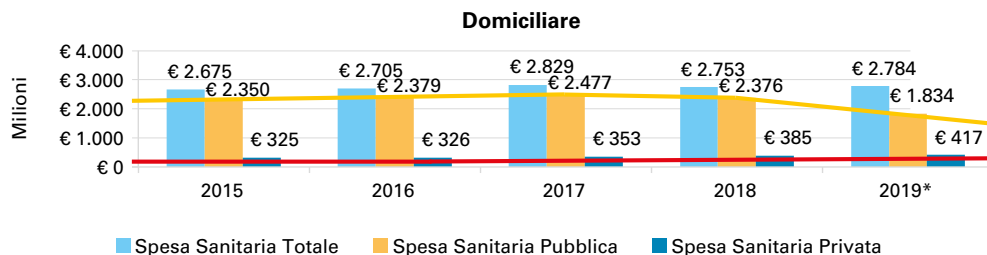


\* dati proiettati

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

In riferimento alle prestazioni di natura domiciliare (**Grafico 5**) si registra prevalentemente un definanziamento della Spesa Sanitaria Pubblica per una riallocazione di queste risorse a supporto di altre voci di assistenza, ossia quelle maggiormente colpite dal fenomeno della contrazione delle disponibilità economiche, in particolare in area extra ospedaliera.

Gráfico 5 - La Spesa Sanitaria: i trend delle fonti di finanziamento (2019\*).  
Domiciliare



\* dati proiettati

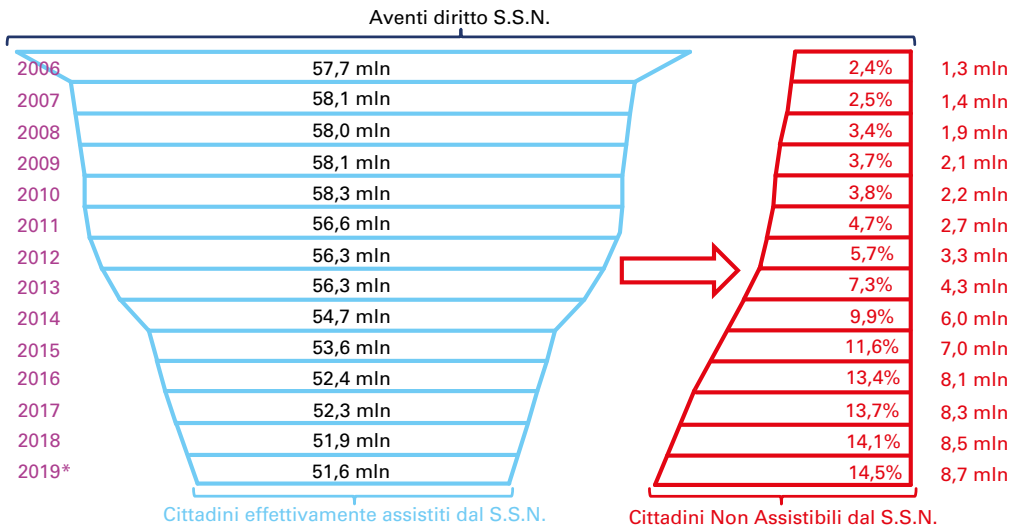
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT

Questo a fronte di una crescita della Spesa Sanitaria Privata molto meno dinamica, e che quindi genera inevitabilmente un più alto livello di rinuncia alle cure. A livello complessivo il dato può essere raffigurato in modo molto esplicito facendo riferimento a quello dei LEA negati, presentato nella sezione del Rapporto a cura del Censis.

## A.2. Livelli Essenziali di Assistenza “negati” ed i macro trend della disuguaglianza

È importante evidenziare come il dato del numero di cittadini che stabilmente hanno difficoltà di accesso alle cure sfiori i 9 milioni: le proiezioni mostrano che nel 2019 ben 8,7 milioni di italiani (il 14,5% del totale) non avranno più la possibilità di essere assistiti dal Servizio Sanitario Nazionale nei loro percorsi di cura (**Grafico 6**). È opportuno sottolineare come questo dato non sia esclusivamente in relazione ad almeno una prestazione all’anno, ma si riferisca a coloro che in relazione al proprio stato di salute non trova stabilmente assistenza all’interno dell’organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto sono 19,6 milioni i cittadini che per almeno una prestazione sanitaria nell’anno non hanno potuto accedere alle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale.

Grafico 6 - Livelli Essenziali di Assistenza “negati”



\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati RBM-Censis

Questi dati sono crescenti e sono motivati dalla modifica stessa dei bisogni di cura del cittadino. Di fronte ad un bisogno che cambia continuiamo ad avere una risposta ideologicamente corretta, universalistica, basata sui principi fondanti con i quali è stato costruito, alla fine degli anni '70, il Servizio Sanitario Nazionale, ma che progressivamente perde di capacità di aderenza rispetto ai bisogni dei cittadini.

Alla luce di tali evidenze è opportuno elencare ed approfondire i *trend* più significativi della disuguaglianza che si sta progressivamente consolidando tra i cittadini italiani. Uno dei più importanti è la riduzione della capacità redistributiva del Servizio Sanitario Nazionale, in quanto è chiaro che se si chiede al cittadino di integrare individualmente la propria Spesa Sanitaria e quindi sostanzialmente di contribuire di tasca propria in modo crescente all'accesso alle cure, il riferimento ad un meccanismo solidaristico di redistribuzione tende progressivamente a venir meno. Importante responsabile di questa riduzione è il fenomeno delle liste di attesa, che in termini statistici è in buona parte probabilmente anche sottostimato in quanto il blocco delle liste di attesa teoricamente non è consentito a livello normativo, e questo ne rende difficilmente misurabili gli effetti.

Un altro fattore importante è quello relativo al *gap* territoriale. Da quando è stata avviata la riforma federalistica della sanità il fenomeno delle disuguaglianze per territorio, aggravato dalla carenza strutturale di risorse e investimenti in alcune aree del Paese, è cresciuto esponenzialmente dando origine a degli impatti non solo di breve periodo, quindi di natura assistenziale e di necessità di migrazioni sanitarie da una Regione all'altra per ottenere migliori qualità delle cure e tempi più compatibili (tendenzialmente da Sud verso Nord), ma anche impatti di medio/lungo periodo sugli indici di sopravvivenza di buona salute e di cronicità, che rappresentano indici strutturali dello stato di salute dei cittadini. In questo contesto la vera sfida non sembra essere quella di avviare il "regionalismo differenziato", quanto quella di gestire le differenze regionali.

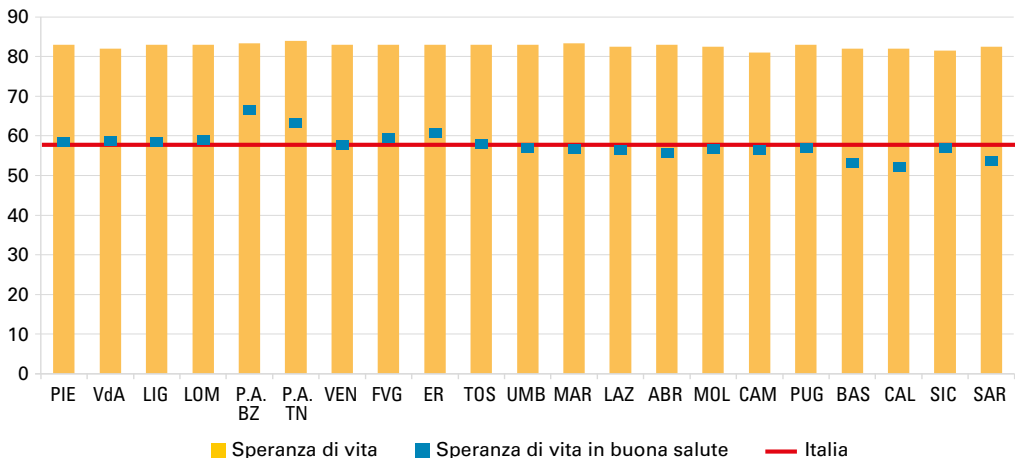
Un altro dato rilevante è quello della rinuncia alle cure, da cui si denota come il tema della disuguaglianza sia di particolare rilevanza in quanto dai dati emerge che a rinunciare alle cure sono proprio i cittadini che hanno più bisogno di assistenza, e quindi in realtà la forbice tra la richiesta del cittadino e la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale tende ad allargarsi sempre più.

## B. UN DIRITTO ALLA SALUTE SEMPRE PIÙ DISEGUALE

### B.1. La speranza di vita

È opportuno fornire un approfondimento in relazione agli impatti a livello strutturale sugli indicatori principali di buona salute, con riferimento in particolare alla speranza di vita, dato che l'Italia è uno dei Paesi più longevi e con la maggiore aspettativa di vita a livello europeo. Il dato che non può essere sottovalutato è l'estrema differenza presente tra Regioni del Nord e Regioni del Sud: le differenze in termini di speranza di vita per Regione rispetto alla media nazionale, che in Italia è pari a 82,8 anni alla nascita e di 58,8 anni alla nascita in buona salute, sono infatti consistenti (**Grafico 7**), ed appare evidente l'esistenza di una situazione che delinea un'Italia a due velocità. Affiancando questi indici di sopravvivenza a Paesi diversi a livello europeo emerge con chiarezza come mentre nell'area del Nord del Paese gli indicatori siano molto vicini a quelli dei Paesi europei dell'Europa a 14, (Francia, Germania, Paesi con cui da sempre l'Italia condivide un percorso storico e culturale) nelle aree del Mezzogiorno gli indicatori siano sempre più simili ai Paesi dell'Est, in cui il processo di costruzione di un *Welfare* statale è ancora in fase di completamento.

Grafico 7 - Speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita per Regione (valori assoluti in anni)



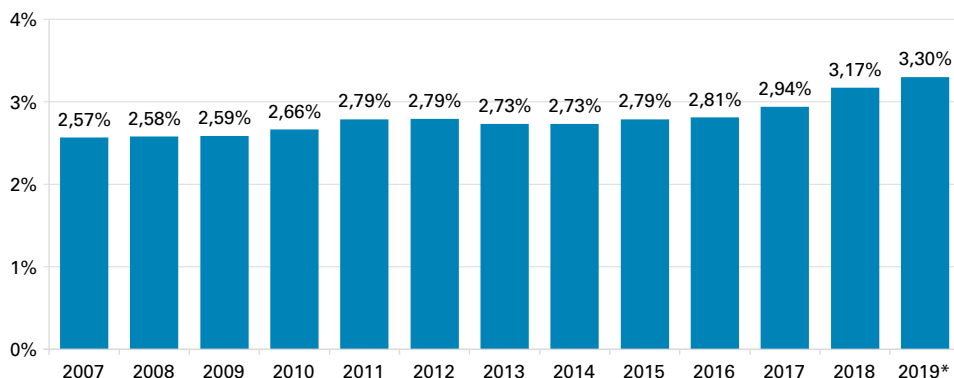
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT

## B.2. L'incidenza della Spesa Sanitaria Privata

In questo contesto di particolare rilevanza è anche la crescita dell'incidenza della Spesa Sanitaria Privata sul reddito dal 3,17% al 3,30% (stimato come dato di chiusura 2019), che testimonia la necessità del cittadino di riservare una quota crescente del proprio reddito ai propri bisogni di salute (**Grafico 8**). L'ammontare della Spesa Sanitaria Privata si attesta a 1.522,04 € per nucleo familiare e a 691,84 € *pro capite* (rispettivamente +2,97% e +12,33% rispetto al 2017), dato che assume una rilevanza significativa non solo per la sua entità, ma anche per un *trend* di crescita costante registrato dal 2013, e che richiama l'attenzione per la capacità di garantire un minor impatto in termini di rinuncia alle cure, e di intervenire sostenendo il reddito delle famiglie che hanno maggiori bisogni di salute, minore capacità reddituale e al tempo stesso hanno più bisogno di integrazione. Questo aumento "strutturale" della Spesa Sanitaria di tasca propria (+9,9% tra il 2013 ed il 2018) è causato dalla necessità di rispondere ai "nuovi bisogni di cura", la cui presenza è tipica delle società occidentali e, in particolare, dei Paesi più longevi del continente europeo.

Da ultimo è inoltre interessante considerare anche la crescente inadeguatezza a livello sociale sia dell'impianto dei *ticket*, che non è caratterizzato da criteri di progressività, sia del regime fiscale della sanità, che non risulta essere coerente con la centralità del Servizio Sanitario Nazionale e idoneo a contrastare il fenomeno dell'elusione/evasione fiscale.

Grafico 8 - Incidenza % della Spesa Sanitaria Privata sul reddito pro capite (2019\*)



**Spesa Sanitaria Pro capite**  
691,84 €

**Spesa Sanitaria per Nucleo**  
1.522,04 €

+ 9,9% (2019 vs 2013)

\* dati proiettati

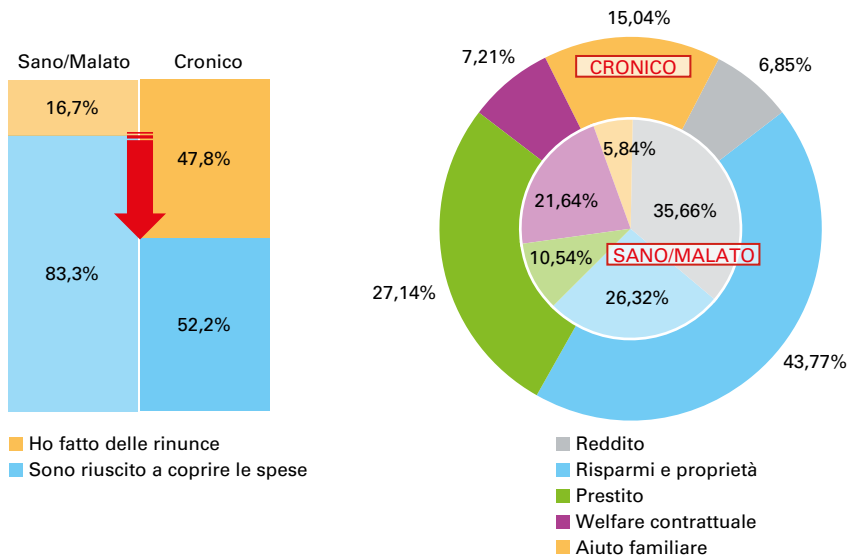
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati OECD

### B.3. Le fonti di finanziamento delle cure private

Completando un'informativa che era stata fornita e anticipata con l'VIII Rapporto RBM-CENSIS, al dato presentato lo scorso anno relativo alle modalità di pagamento delle cure degli italiani è stato affiancato anche un dato relativo ai cittadini che nelle medesime condizioni presentano una patologia cronica. Al riguardo, è interessante notare come il dato della rinuncia alle cure cresca dal 16,7% al 48% in presenza di una situazione di cronicità (**Grafico 9**).

Ad un maggiore bisogno di cura corrisponde anche un maggiore bisogno di integrazione di tasca propria, e di conseguenza un maggiore impatto sul reddito disponibile, un maggiore rischio di rinuncia ed una minore accessibilità alle cure. È interessante considerare anche la crescita di ciascuna voce con la quale vengono finanziate le cure nel momento in cui si passa da una situazione di salute ordinaria ad una situazione di cronicità, ed in particolare il dato del prestito e del credito al consumo, che aumenta dal 10,54% al 27,14%. Da questa analisi constatiamo che nel momento in cui il cittadino vede modificare il suo stato di salute da uno stato ordinario ad uno stato di cronicità, la necessità di accesso al credito e quindi di indebitamento quasi si triplica. Questo è un dato di assoluta rilevanza, perché mostra come un sostegno alla spesa privata sia in realtà al tempo stesso anche un'importante risposta sanitaria.

Grafico 9 - Come pagano le cure private gli italiani (2019\*)



\* dati proiettati

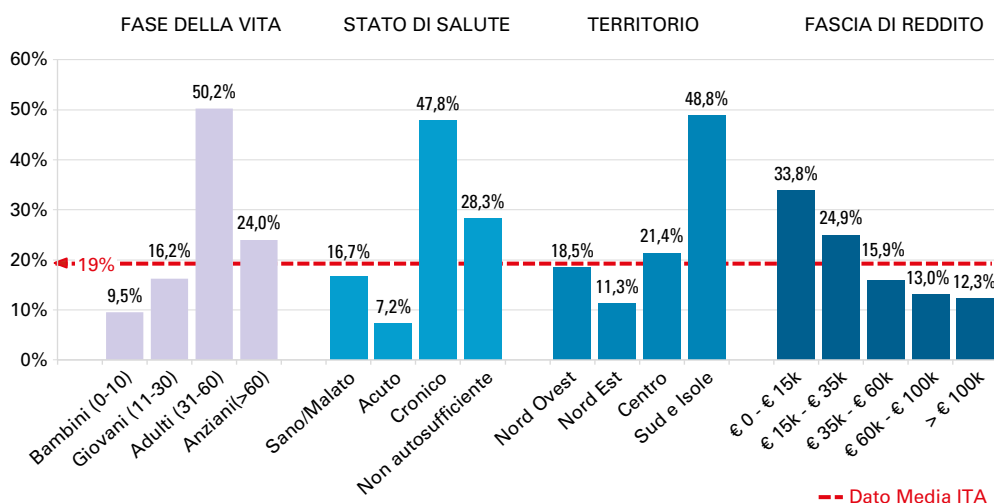
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati RBM-Censis



## B.4. La rinuncia alle cure

Prendendo in considerazione l'analisi del dettaglio sulla rinuncia alle cure, emerge con chiarezza l'esistenza di disuguaglianze sociali accentuate tra le diverse categorie di cittadini. È importante evidenziare come più della metà delle rinunce vada a colpire proprio i redditi più bassi, in quanto la rinuncia alle cure decresce progressivamente in ragione del crescere della disponibilità reddituale (**Grafico 10**).

Grafico 10 - Rinuncia alle cure (2019\*)



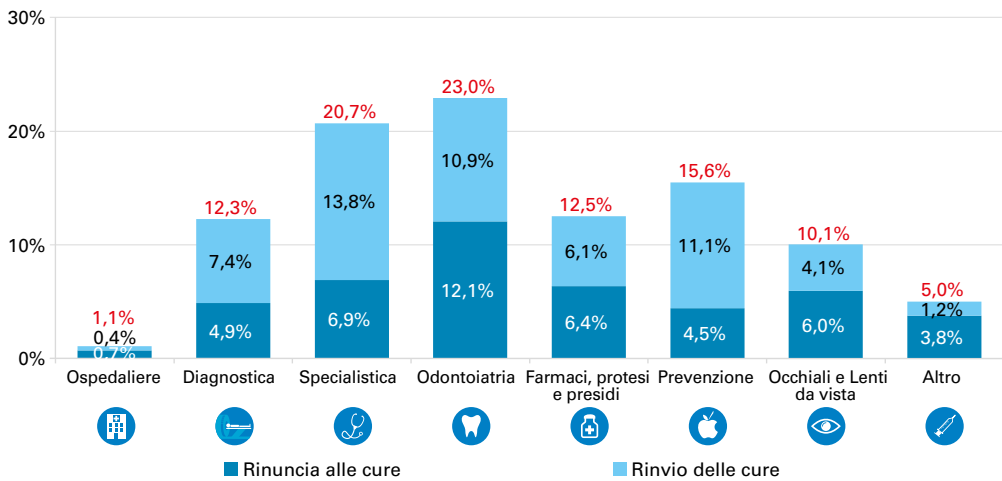
\* dati proiettati

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

È inoltre interessante rilevare come dal punto di vista territoriale l'area del Mezzogiorno presenti un'incidenza estremamente superiore alla media (il 48%) rispetto a un dato nazionale sostanzialmente di meno della metà. Questa analisi è importante anche con riferimento agli stati di salute, perché conferma come al crescere del bisogno di cure persistenti e continuative, piuttosto che al crescere dell'intensità di bisogni di cura di lunga durata, cresca anche il rischio di rinuncia alle cure. Contestualmente, sono positive le *performance* per quanto riguarda la gestione degli acuti, delle emergenze e delle urgenze, che costituiscono le risposte di breve durata da parte del Servizio Sanitario Nazionale e che consentono di mantenere il dato della rinuncia alle cure rispetto agli acuti abbondantemente al di sotto della media nazionale.

È opportuno fornire in dettaglio un'ulteriore evidenza della quota di rinuncia e della quota di rinvio, prendendo in considerazione la tipologia di prestazione sanitaria, e rilevando come i livelli più elevati di rinuncia riguardino cure odontoiatriche e visite specialistiche (**Grafico 11**). In particolare, le visite specialistiche si rivelano estremamente importanti nella percezione del cittadino, al punto da essere prevalentemente rinviate il più possibile, ma difficilmente rinunciate.

Grafico 11 - Rinuncia alle cure per prestazioni sanitarie (2019\*)



\* dati proiettati

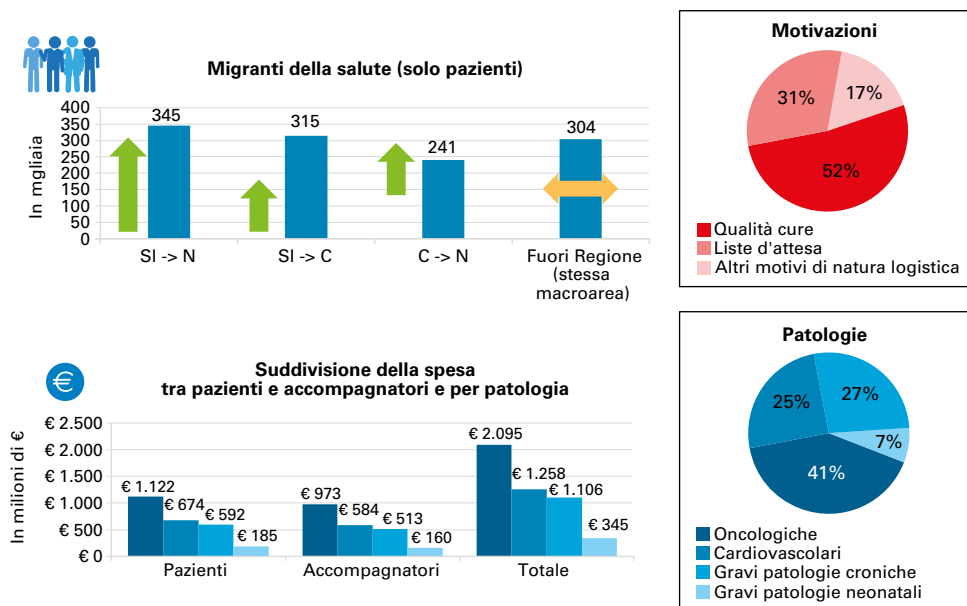
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati EUROSTAT

Diverso è invece il riferimento relativo alla componente beni della Spesa Sanitaria Privata, in cui il dato della rinuncia alle cure non è trascurabile, in particolare in relazione all'accesso ai presidi ottici e alle protesi acustiche, che genera una vera e propria assenza di soluzione per il cittadino e va inevitabilmente a gravare non solo sullo stato di salute della persona, ma anche sulla sua capacità di relazione sociale, in quanto la presenza di difficoltà uditive o visive comporta una complessa capacità di interazione a tutti i livelli, ed una vita più difficoltosa rispetto a quella degli altri cittadini.

## B.5. La mobilità sanitaria

Come già anticipato, una delle conseguenze dirette dei profondi *gap* territoriali attualmente esistenti all'interno del nostro Paese è il fenomeno della migrazione sanitaria, il cui costo complessivo è crescente e la cui stima per la fine del 2019 si attesta appena al di sotto dei 5 miliardi di EUR. Altri elementi fondamentali di tale fenomeno si riscontrano tra le motivazioni che spingono alla migrazione sanitaria (il perché ci si muove dal Sud per essere curati al Nord) e l'elemento delle patologie che la generano. Al riguardo è importante sottolineare che quando si parla di consumismo in sanità, soprattutto in riferimento alla Spesa Sanitaria Privata, bisognerebbe considerare che le patologie che muovono realmente le scelte decisionali degli Italiani sono patologie gravi: per il 41% dei casi le patologie oncologiche, per il 27% le gravi patologie croniche, e per il 25% le patologie cardiovascolari (**Grafico 12**).

Grafico 12 - Mobilità sanitaria: i migranti della salute (2018)



Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati RBM-Censis

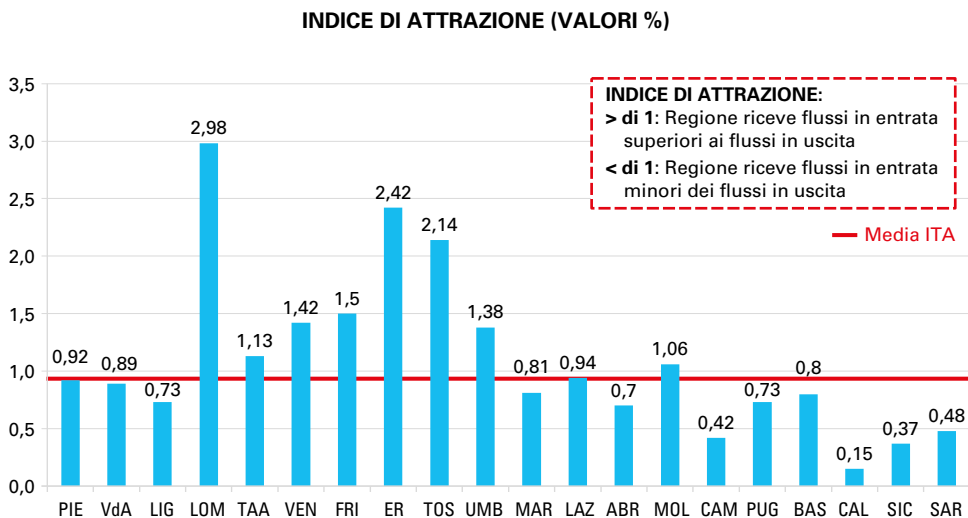
L'analisi delle motivazioni della migrazione sanitaria offre importanti spunti di riflessione, in quanto rivela che la causa principale di questo fenomeno non è legata alle liste di attesa, ma alla ricerca di qualità delle cure. Questo dato registra un aspetto particolarmente

importante, ossia che non è sufficiente finanziare la spesa corrente nelle Regioni del Sud, ma è necessario riuscire ad attrarre investimenti per rinnovare le dotazioni tecnologiche disponibili, per attrarre professionalità e per consentire al cittadino del Sud di curarsi con fiducia e con certezza all'interno della propria Regione, senza essere costretto a trasferirsi per questo tipo di interventi.

È importante evidenziare che questo fenomeno crea disagi, angosce e costi per molti insostenibili, soprattutto in considerazione del fatto che ai costi delle cure bisogna aggiungere anche le spese di vitto e alloggio ed i rilevanti impatti sociali legati al trasferimento, che spesso riguarda anche un accompagnatore, produce dei costi indiretti in termini di giornate perse di lavoro e genera quindi una diseconomia complessiva dal punto di vista della gestione della salute del cittadino (i costi indiretti arrivano infatti ad incidere fino a 2/3 del costo complessivo).

Appare significativo sottolineare come con riferimento alla mobilità ospedaliera nei ricoveri ordinari per acuti, i principali poli attrattivi siano concentrati in alcune Regioni del Centro Nord quali Lombardia, Emilia Romagna e Toscana (che presentano quindi un saldo positivo rispetto alla migrazione sanitaria) mentre tutte le altre Regioni del Centro, incluso anche il Lazio ma ad esclusione del Molise, e quelle del Sud presentano flussi in entrata inferiori ai flussi di uscita, e sono quindi a debito in termini di trasferimento dei propri cittadini per le cure presso altre Regioni. (**Grafico 13**).

**Grafico 13 - Mobilità ospedaliera nei ricoveri ordinari per acuti per Regione: indice di attrazione (valori %)**



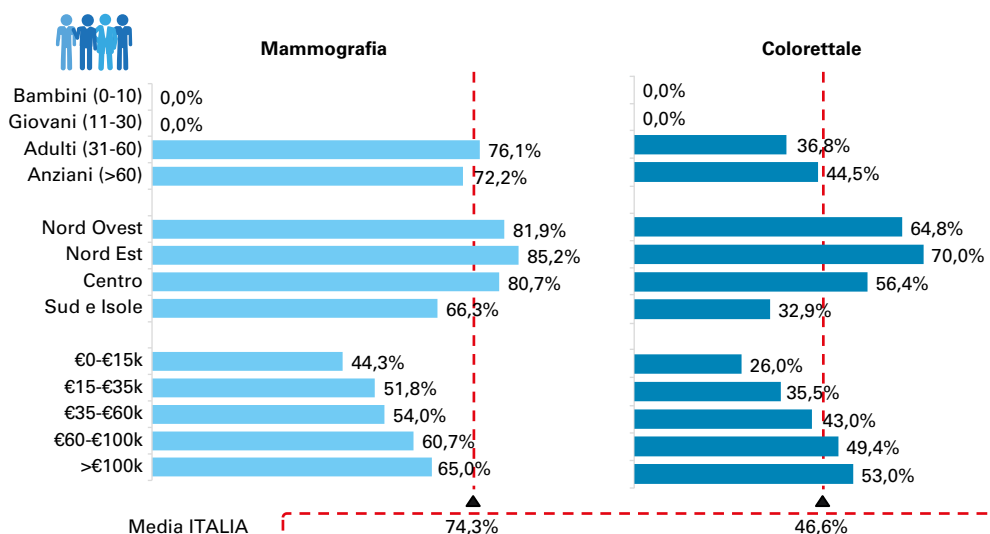
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT

Questo meccanismo di interazione e anche di finanziamento che intercorre tra le Regioni che cedono pazienti e le Regioni che li gestiscono è un elemento da tenere fortemente presente nel momento in cui si considerano i percorsi di regionalismo differenziato, rispetto ai quali non dovrebbe essere trascurata l'evidenza emersa in questi 10 anni di federalismo sanitario. È sicuramente auspicabile una gestione responsabile anche autonoma sul territorio della sanità che risponda direttamente ai cittadini, ma al tempo stesso non si può prescindere dalla creazione di strumenti perequativi che siano in grado di garantire delle risposte omogenee in riferimento alla tutela del Diritto alla Salute, al fine di preservare l'uguaglianza dei cittadini e l'universalismo del sistema.

## B.6. Il ricorso alla prevenzione

Un altro dato importante è quello relativo alla prevenzione. Al riguardo, abbiamo analizzato la differenza di frequenza di ricorso alla prevenzione per diverse categorie: fascia di età, area geografica e scala reddituale (**Grafico 14**). Il dato più significativo in termini sociali è quello che evidenzia che pur a fronte di un sistema che finanzia la prevenzione con costo a carico del cittadino pari a zero, coloro che ne effettuano l'accesso sono comunque prevalentemente quelli con i redditi più elevati.

Grafico 14 - Frequenza del ricorso alla prevenzione (2018)



Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ONS e PASSI

In altri termini, i cittadini a basso reddito effettuano minori controlli sulla propria salute e tendenzialmente rinunciano maggiormente a questo tipo di *screening* preventivi, ma al tempo stesso hanno maggiori difficoltà ad integrarli privatamente e presentano la più alta incidenza dei fattori di rischio per la cronicità (come evidenziato dai dati ISTAT). Non sorprende quindi che la domanda sanitaria sia maggiore per questi cittadini e che la rinuncia alle cure tenda a penalizzare proprio coloro che presentano stati di salute più critici. Interessante anche il *trend* relativo alla maggiore propensione ai controlli da parte delle donne e l'evidenza sempre più strutturata di una maggiore incidenza della cronicità e soprattutto della multi-cronicità nelle Regioni del Mezzogiorno.

## C. LA SPESA SANITARIA PRIVATA

### C.1. I protagonisti della Spesa Sanitaria Privata: un universo in espansione

L'analisi dei fondamentali della Spesa Sanitaria Privata e delle principali dinamiche in corso a livello economico e sociale è molto utile al fine di capire come gestire il fenomeno e creare una risposta che sia realmente adeguata ai bisogni dei cittadini.

Una delle dinamiche principali è quella demografica, e in particolare l'aumento della longevità: il nostro Paese si colloca al secondo posto dopo la Svezia per l'aspettativa di vita alla nascita degli uomini ed al terzo posto dopo Francia e Spagna per quella delle donne. Vivere a lungo però non significa necessariamente essere in buona salute, e di conseguenza si rileva un aumento dei nuovi bisogni di cura, tipici delle società occidentali e in particolare dei Paesi più longevi del continente europeo, legati alla recente esplosione della cronicità, che attualmente coinvolge il 39,1% della popolazione, e della multi-cronicità, che riguarda il 25,1% della popolazione e la cui intensità è maggiore nelle donne e nel Sud. Anche il tasso di dipendenza/non autosufficienza ha subito un incremento (+4,7% tra 2013 e 2018).

Altri *driver* rilevanti sono quelli collegati all'avanzare del progresso scientifico: pensiamo all'innovazione delle procedure chirurgiche (chirurgia robotica, laparoscopica e micro-invasiva), all'innovazione farmaceutica (farmaci innovativi, test predittivi, vaccinazioni), all'innovazione tecnologica (*Remote Patient Monitoring, Mobile Health, IoT*) e alle implicazioni che ne conseguono. Un'importanza sempre maggiore riveste anche l'ibridazione dei percorsi di cura, ovvero il sempre più marcato bisogno di alternare pubblico e privato all'interno di un medesimo percorso di cura, richiedendo risposte sanitarie sempre più personalizzate e tracciando la fine del "monopolio" pubblico in sanità.

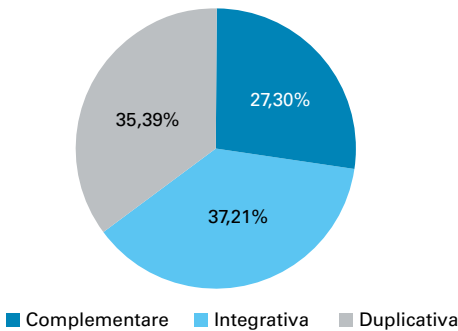
Rilevante è anche il cambiamento stesso del concetto di salute, che trae origine da una rinnovata, maggiore e aumentata percezione del cittadino per l'importanza del benessere, della salute e della sua tutela. Oggigiorno la popolazione è sempre più consapevole dell'importanza della cultura vaccinale e della diagnosi precoce, e la soglia d'intervento domandata al Servizio Sanitario Nazionale (senza travalicare nell'ambito del consumismo) è richiesta in una fase preliminare, non quando la patologia è già acuta. Questo è sicuramente uno dei fattori principali che alimenta il *mismatch* tra domanda e risposta e che rende necessaria la giunzione dei percorsi di cura tra pubblico e privato.

## C.2. Le funzioni della Spesa Sanitaria Privata

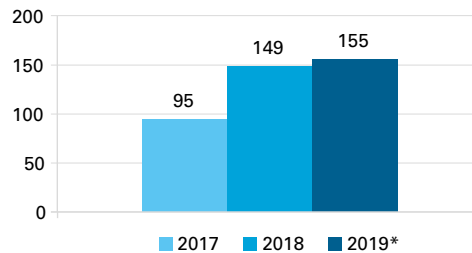
Un dato molto significativo è quello riguardante le funzioni della Spesa Sanitaria Privata (**Grafico 15**), che verrà poi declinato per le diverse categorie d'indagine. È interessante osservare come la maggior parte della Spesa Sanitaria Privata svolga un ruolo di complementarità e di integrazione rispetto al Servizio Sanitario Nazionale, e che solo il 35% rivesta una funzione duplicativa.

Grafico 15 - La Spesa Sanitaria Privata Totale: analisi per funzione

Spesa Sanitaria Privata per funzione (2019\*)



Nr. prestazioni private (in milioni)



\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

È opportuno specificare che la quota parte legata alla complementarità, anche se insiste su prestazioni presenti all'interno dei LEA, fornisce una risposta in termini di accessibilità a condizioni organizzative o a situazioni di fatto, come quella del blocco delle liste di attesa, che materialmente rendono non fruibile questo servizio. Non sorprende che la Spesa Sanitaria Privata in termini di numerosità delle prestazioni continui a crescere: per la fine del 2019 stimiamo un incremento a 155 milioni di prestazioni (**Grafico 15**). Questo incremento è più contenuto di quello registrato tra il 2017 e il 2018, e testimonia un consolidamento e una natura sempre più strutturale della Spesa Sanitaria Privata all'interno del nostro Sistema Sanitario.

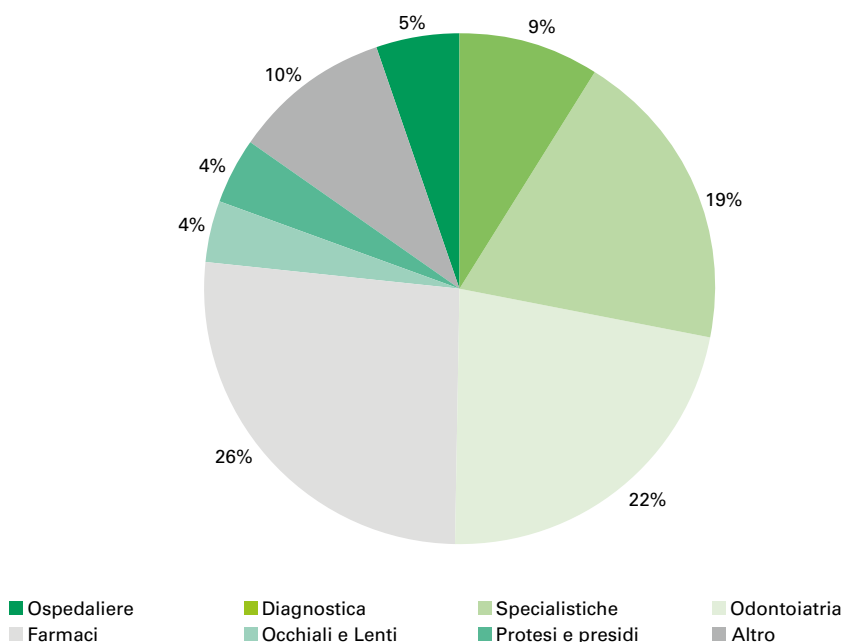


### C.3. La composizione della Spesa Sanitaria Privata

In riferimento al dettaglio delle principali prestazioni erogate con pagamento diretto da parte dei cittadini (**Grafico 16**) è interessante osservare come solo il 5% della Spesa Sanitaria Privata sia orientata all'erogazione di prestazioni ospedaliere (si tratta di poco meno di 9 milioni di ricoveri). La maggior parte della Spesa Sanitaria Privata è riferibile all'area extraospedaliera, che risulta preponderante anche rispetto alle spese odontoiatriche. Nell'area della cura e degli accertamenti la percentuale destinata a specialistica e diagnostica è di quasi il 30%, rispetto ad un 22% dedicato alle cure odontoiatriche. Questi dati confermano sia l'importanza dell'integrazione pubblico-privato, sia l'elemento di complementarità che caratterizza la Spesa Sanitaria Privata, che non può e non deve più continuare ad essere considerata come un elemento di integrazione e quindi *on top* rispetto ai LEA, ma che spesso è direttamente integrata nei LEA per renderli effettivamente esigibili e fruibili.

Grafico 16 - La Spesa Sanitaria Privata Totale: analisi per tipologia - Spesa Sanitaria Privata per macroprestazione (2019\*)

Spesa Sanitaria Privata per Macroprestazione (2019\*)

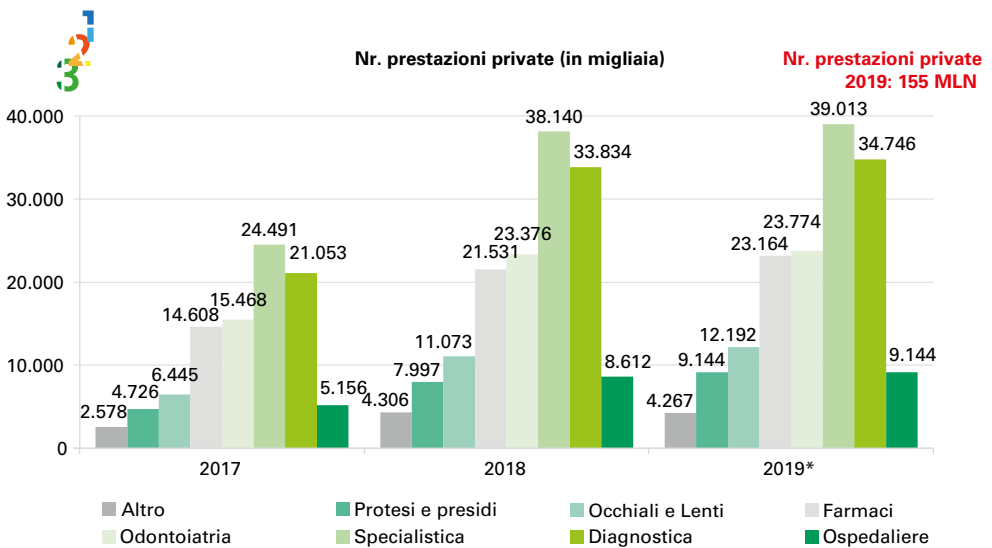


\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

In termini di numerosità di prestazioni risulta chiaro il percorso ed il *trend* di crescita delle principali prestazioni erogate con finanziamento di tasca propria da parte dei cittadini (**Grafico 17**). In particolare, il maggior numero di prestazioni erogate si riscontra nel campo della specialistica (40 milioni) e della diagnostica (35 milioni), a conferma del meccanismo che è stato precedentemente esposto.

**Grafico 17 - La Spesa Sanitaria Privata Totale: analisi per tipologia - Numero di prestazioni private (in migliaia)**



\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

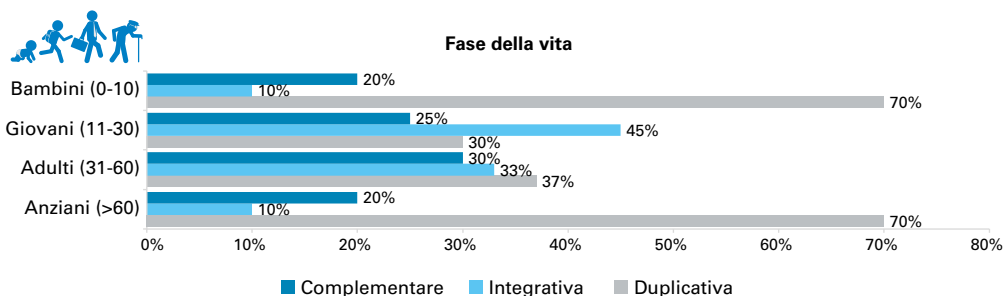
Sono invece oltre 20 milioni le prestazioni che rientrano nell'area farmaci (23 milioni) e le cure odontoiatriche (24 milioni), inferiori ai 10 milioni di prestazioni le altre voci, afferenti prevalentemente all'area beni.

## C.4. Analisi della funzione della Spesa Sanitaria Privata

### C.4.1. La Spesa Sanitaria Privata per fase della vita

Con riferimento all'analisi della Spesa Sanitaria Privata per funzione è interessante verificare come il mix tra funzione complementare, funzione duplicativa e funzione integrativa evolva in modo piuttosto diverso in ragione delle diverse fasi della vita e dei diversi territori. Alla luce di questi dati si può affermare che la funzione della Spesa Sanitaria Privata è diversa in base alla Regione nella quale vive il cittadino, e quindi anche il livello di complementarità va misurato con riferimento al livello assistenziale presente in ciascun Servizio Sanitario Regionale. In particolare, con riferimento alle due fasce estreme, ossia quella dei bambini e quella degli anziani, appare evidente come il ruolo principale della Spesa Sanitaria Privata sia quello duplicativo (**Grafico 18**).

Grafico 18 - La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: analisi per fase della vita (2019\*)



\* dati proiettati

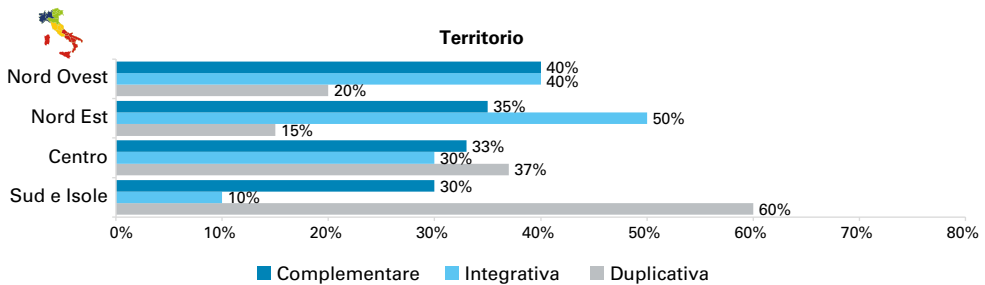
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT

Da questi dati emerge che la Spesa Sanitaria Privata è utilizzata per finanziare cure private in ambiti che sono presidiati dai LEA, con l'obiettivo di rendere fruibili dei servizi importanti (essenziali per gli anziani piuttosto che per i bambini) e che le famiglie ritengono centrali nella gestione di questa fase della vita. Si può osservare come il dato della duplicazione rispetto ai LEA salga in modo significativo sia nella fascia più giovane che nella fascia degli adulti.

### C.4.2. La Spesa Sanitaria Privata per territorio

A livello territoriale le differenze appaiono in tutta la loro evidenza. Al Sud la Spesa Sanitaria Privata è per poco meno di 2/3 quasi una spesa sostitutiva rispetto al Servizio Sanitario Nazionale, mentre per 1/3 va a complementarne i LEA (**Grafico 19**). Risulta significativo il caso del Nord Est, l'unica tra le macroaree in cui la Spesa Sanitaria Privata lavora effettivamente ad integrazione dei LEA (quindi *on top* rispetto ai LEA), in ragione del fatto che i meccanismi in termini di accessibilità ed erogazione delle prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale risultano migliori e quindi riducono il bisogno del cittadino sia di operare nel campo della duplicazione che di rinunciare a prestazioni alle quali avrebbe diritto presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Grafico 19 - La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: analisi per territorio (2019\*)

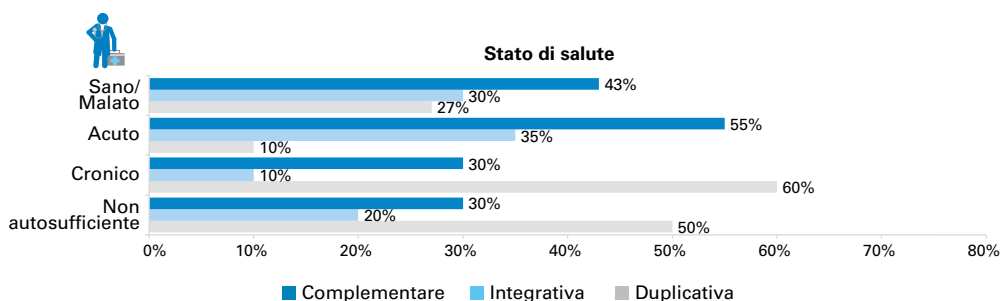


\* dati proiettati

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

### C.4.3. La Spesa Sanitaria Privata per stato di salute

Il dato si mostra parimenti interessante anche con riferimento allo stato di salute (**Grafico 20**), da cui si evince che al crescere delle condizioni di fragilità e di debolezza cresce la funzione duplicativa del Servizio Sanitario Nazionale. In altri termini si ha un maggiore bisogno della Spesa Sanitaria Privata nel momento in cui lo stato di salute è peggiore (e lo è per un periodo continuativo), in ambiti di cura per i quali a stretto rigore i LEA sarebbero organizzati e sarebbero previsti, ma tendono ad avere una difficoltà di reiterazione o di erogazione con delle modalità domiciliari vicine al cittadino stesso.

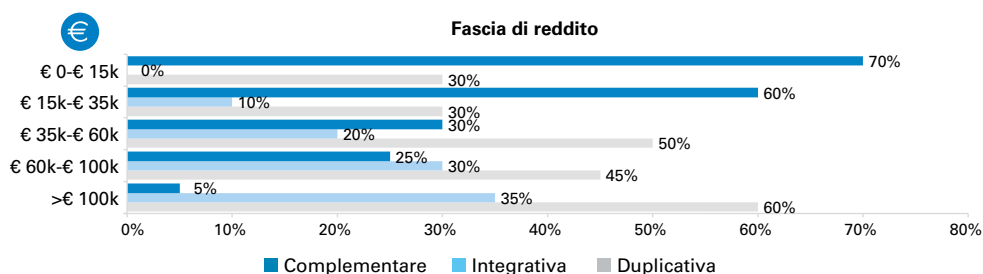
**Grafico 20 - La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: analisi per stato di salute (2019\*)**


\* dati proiettati

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

#### C.4.4. La Spesa Sanitaria Privata per fascia di reddito

Il dato per fascia di reddito è forse quello più intuibile (**Grafico 21**) e mostra come la quota di sostituzione principale si riscontra di fronte ai redditi più elevati, che sono gli stessi che ovviamente hanno una maggiore capacità di integrazione pura. Importante sottolineare come per tutte le fasce di reddito ad esclusione di quelle più elevate la Spesa Sanitaria Privata svolga comunque un ruolo piuttosto bilanciato tra complementarità ed integrazione.

**Grafico 21 - La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: analisi per fascia di reddito (2019\*)**


\* dati proiettati

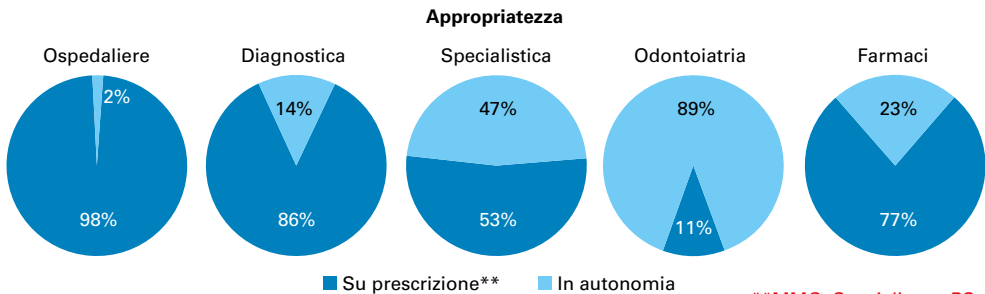
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT

### C.5. Appropriately ed ibridazione della Spesa Sanitaria Privata

Un altro tema importante è quello relativo alle caratteristiche di appropriatezza della Spesa Sanitaria Privata visto che, in particolare negli ultimi due anni, si è marcata l'evidenza del rischio di consumismo sanitario rappresentato dalla Spesa Sanitaria Privata e dovuto al fatto che alcuni operatori potrebbero avere interesse a incentivare il ricorso dei cittadini alle cure. I dati che emergono dal Rapporto confutano queste ipotesi, e delineano la Spesa Sanitaria Privata come una soluzione residuale di bisogno che il cittadino si trova ad affrontare quando non trova alternative diverse.

Da questo punto di vista è importante rimarcare come più di 2/3 delle prestazioni private (il 71%) siano prescritte da un medico, sia esso un medico di medicina generale o uno specialista, o risultino prescritte attraverso un pronto soccorso. Questo dato è piuttosto differenziato (**Grafico 22**), ma è sempre prevalente, in quanto in quasi tutte le prestazioni (se escludiamo l'odontoiatria che come sappiamo ha un percorso autonomo e alternativo rispetto a quello del servizio pubblico) il passaggio preliminare attraverso uno specialista viene sempre confermato.

Grafico 22 - La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: appropriatezza (2019\*)



\*\*MMG, Specialista o PS

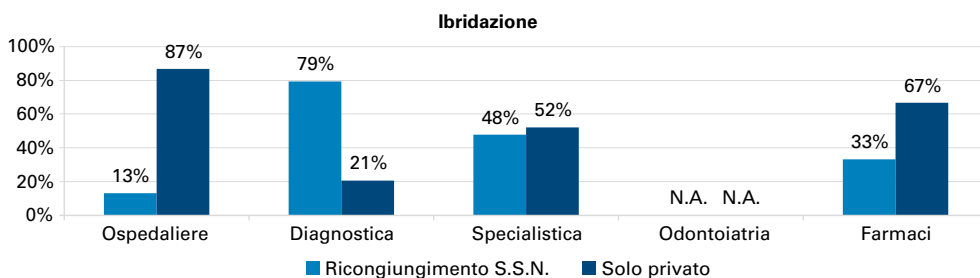
\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati RBM-Censis

Interessante il dato dell'accesso alle prestazioni specialistiche, che mostra un bilanciamento 50 e 50 tra ciò che viene prescritto e ciò a cui accede direttamente il cittadino, a testimonianza di come spesso di fronte alla difficoltà di avere un accesso immediato a una seconda opinione rispetto a un proprio stato di salute, il cittadino sia disponibile anche a recarsi direttamente dallo specialista e a pagare di tasca propria le prestazioni relative.

A tal proposito il **Grafico 23** mostra per tipologia di prestazione il relativo percorso di ibridazione tra pubblico e privato. Mediamente il 44% delle prestazioni private è parte di un percorso misto con il Servizio Sanitario Nazionale e tale fenomeno risulta particolarmente evidente soprattutto con riferimento alle prestazioni diagnostiche e specialistiche.

**Grafico 23 - La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: ibridazione (2019\*)**



\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati RBM-Censis

## D. LA SPESA SANITARIA PRIVATA *PRO CAPITE*

### D.1. Analisi della Spesa Sanitaria Privata *pro capite*

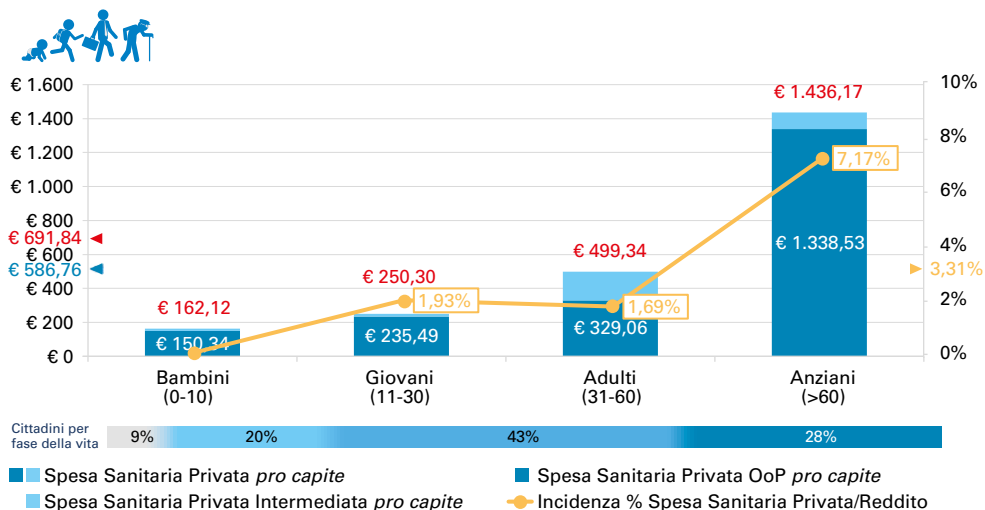
#### D.1.1. La Spesa Sanitaria Privata *pro capite* per fase della vita

Analizzando la Spesa Sanitaria Privata nella chiave del singolo cittadino è importante riepilogare alcune considerazioni principali. Abbiamo evidenziato come esistano delle importanti differenze a livello reddituale e a livello territoriale, e come il modificarsi dello stato di salute richieda un'integrazione di tasca propria sempre maggiore per il cittadino. In quest'ottica appare evidente che sono sempre più necessari degli interventi strutturali che tarino la risposta del Sistema Sanitario rispetto alle diverse fasi della vita del cittadino, che non lavorino più con un modello prevalentemente incentrato sulle acuzie e di tipo ospedale-centrico, ma che investano sulla prevenzione, siano in grado di domiciliare le cure e di garantire un'assistenza continuativa anche a minore intensità nei confronti dei non autosufficienti e dei cronici.

Attualmente la vera sfida in termini di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è rappresentata proprio dalla gestione della cronicità e della non autosufficienza, che nei prossimi anni avranno un'incidenza ancora maggiore rispetto alla popolazione italiana.

È importante esaminare anche la spesa *pro capite* del cittadino, evidenziando in particolare le dinamiche dell'incidenza sul reddito: dall'analisi per fasi della vita si evince come a fronte di un'incidenza media della spesa privata sul reddito del 3,30% il dato risulti in realtà estremamente differenziato: molto contenuto sui giovani, (meno del 2%) e sugli adulti (meno del 2%) ma in rapidissima crescita per quanto riguarda l'età anziana, dove l'incidenza supera il 7% (**Grafico 24**). Questo conferma che l'incidenza sul reddito cresce in misura rilevante con il progredire dell'età, ed è quindi necessario che gli interventi di sostegno siano differenziati nelle diverse fasi della vita.



Grafico 24 - La Spesa Sanitaria Privata *pro capite*: analisi per fase della vita (2019\*)

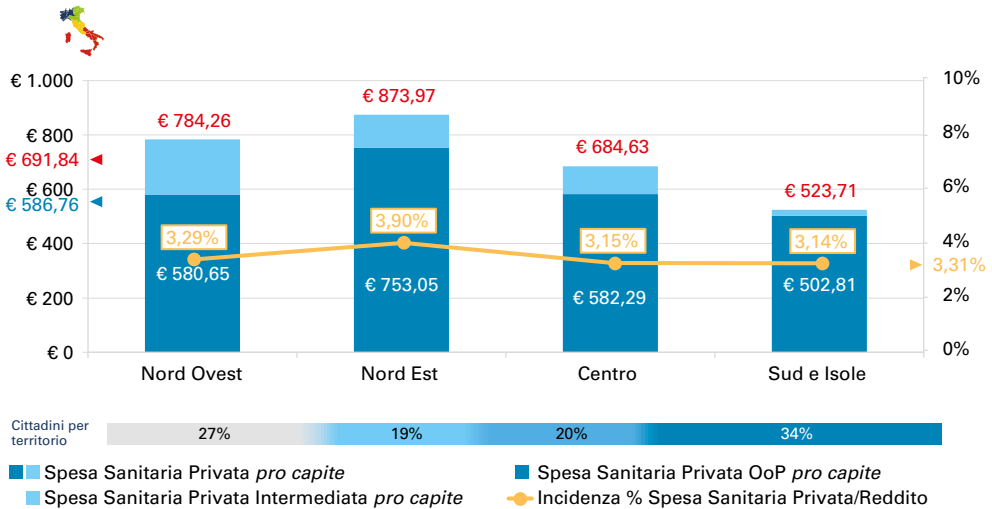
\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT e MEF

### D.1.2. La Spesa Sanitaria Privata *pro capite* per territorio

Se da un lato l'analisi per territorio mostra come nelle Regioni del Nord ci sia una spesa media *pro capite* più elevata, strettamente collegata anche a una maggiore disponibilità reddituale, (il reddito medio tra Nord e Sud ha un rapporto 1:2 nel nostro Paese), dall'altro l'incidenza sul reddito risulta molto stabile (**Grafico 25**). Questi dati sfatano un altro elemento che costituisce spesso discussione sul tema della Spesa Sanitaria Privata, e confermano come la necessità, la possibilità e l'esigenza di trovare una modalità di finanziamento della Spesa Sanitaria Privata non siano appannaggio di un'unica area del Paese, ma risultino piuttosto omogenee in tutte le aree.

Grafico 25 - La Spesa Sanitaria Privata *pro capite*: analisi per territorio (2019\*)



\* dati proiettati

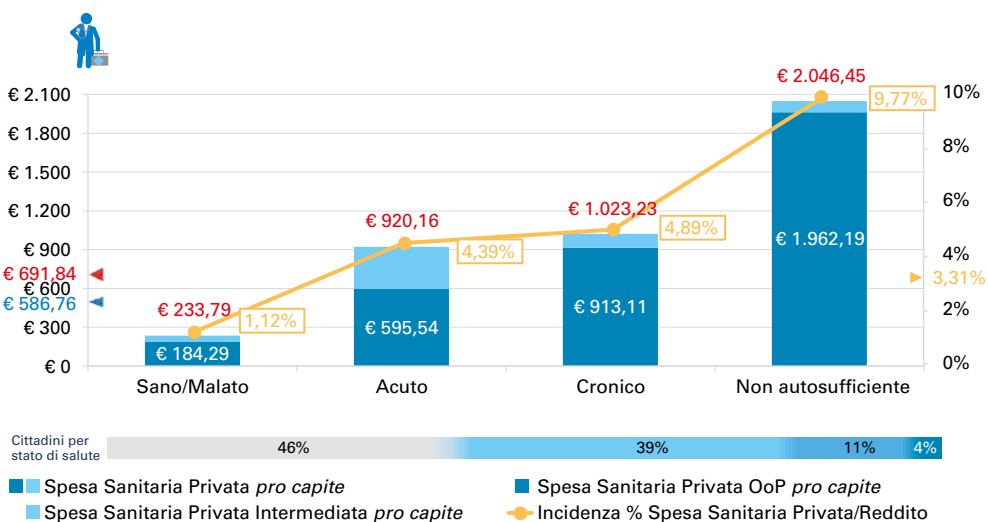
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT e MEF

### D.1.3. La Spesa Sanitaria Privata *pro capite* per stato di salute

Nonostante le funzioni svolte siano diverse, attualmente l'esigenza di Spesa Sanitaria Privata di cure pagate di tasca propria è avvertita da tutti i cittadini italiani. Con riferimento allo stato di salute sono particolarmente importanti alcuni indicatori (**Grafico 26**), dai quali emerge una dinamica progressiva e che cresce al progredire delle difficoltà di gestione di stati di salute duraturi, perduranti e che richiedono dei controlli continuativi.

Analizzando l'incidenza sul reddito della Spesa Sanitaria Privata constatiamo infatti che se per un cittadino in condizioni di salute normali tale valore è dell'1,12% (quindi meno della metà del dato medio), nel caso dei cronici l'incidenza cresce progressivamente attestandosi appena al di sotto del 5%, per sfiorare addirittura il 9% per quanto riguarda i non autosufficienti. L'insorgenza di una malattia cronica o il manifestarsi di uno stato di non autosufficienza richiedono dunque un pagamento di tasca propria che incide in misura "catastrofale" sul reddito del cittadino.

Grafico 26 - La Spesa Sanitaria Privata *pro capite*: analisi per stato di salute (2019\*)



\* dati proiettati

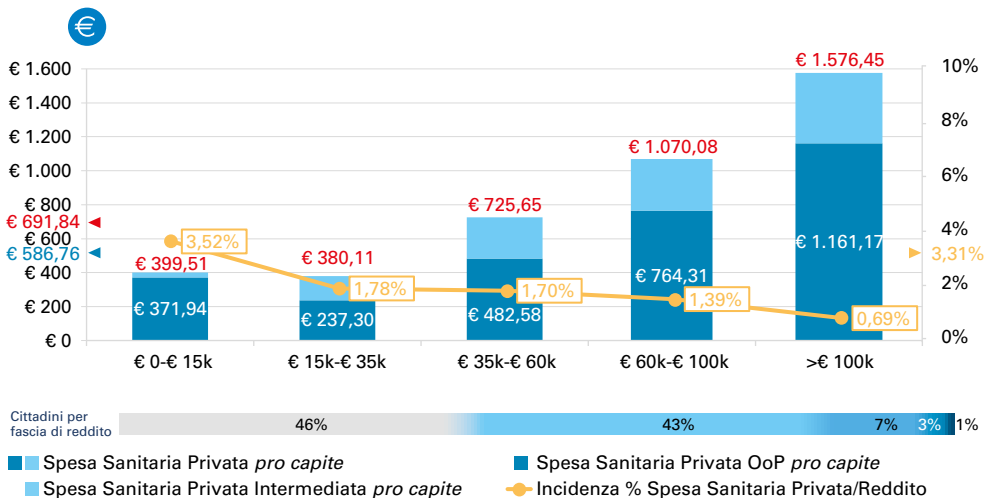
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT e MEF

### D.1.4. La Spesa Sanitaria Privata *pro capite* per fascia di reddito

In riferimento alle fasce di reddito è molto significativo il dato che riguarda i redditi più bassi (**Grafico 27**), che conferma la caratteristica della regressività della Spesa Sanitaria Privata che con il CENSIS abbiamo iniziato a rilevare da tre anni a questa parte.

Dal grafico si rileva che l'incidenza della Spesa Sanitaria Privata sui redditi più bassi è del 3,5%, quindi più elevata della media, e che tale valore decresce progressivamente al crescere delle disponibilità economiche. Questo dato, se da un lato smentisce uno degli assunti principali di Spesa Sanitaria Privata consumistica riguardante la crescita della Spesa Sanitaria Privata in funzione della propria disponibilità di spesa, dall'altro deve richiamare l'attenzione sull'urgenza sociale rappresentata da questo fenomeno, che conferma inoltre come la rinuncia alle cure penalizzi le fasce di reddito più basse.

Grafico 27 - La Spesa Sanitaria Privata *pro capite*: analisi per fascia di reddito (2019\*)



\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT e MEF

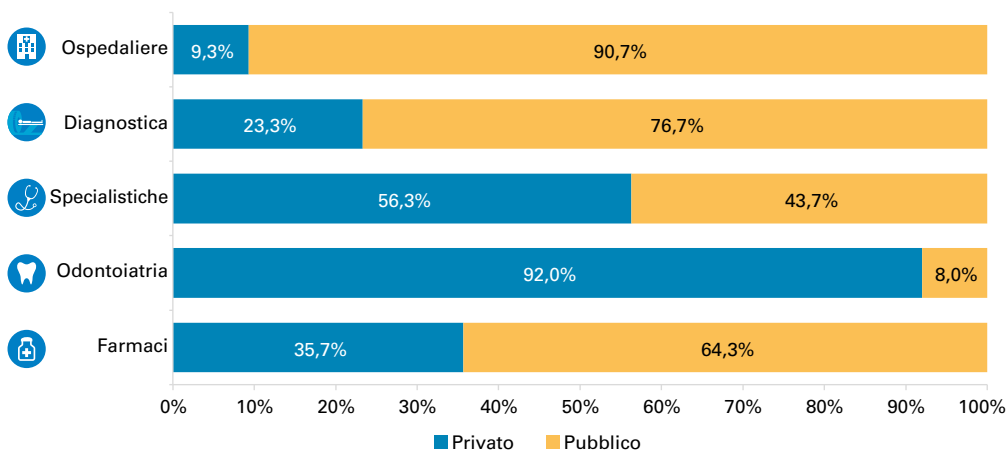
## D.2. La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata

### D.2.1. Analisi della Spesa Sanitaria Privata *pro capite* per tipologia di cura

Nel percorso di accesso alle cure dei cittadini italiani l'alternanza pubblico/privato è ormai un dato acquisito, ed appare interessante riepilgarne la differenziazione per le principali prestazioni (**Grafico 28**).

In riferimento all'odontoiatria oltre il 92% dei casi è gestito privatamente, nel caso delle specialistiche quasi un 60% prevede l'accesso al privato da parte del cittadino, mentre nel 30% dei casi rimangono a carico i costi per l'acquisto dei farmaci. Per quanto riguarda le altre prestazioni il contributo alla Spesa Sanitaria Privata risulta più contenuto: il presidio della sanità pubblica è maggiore sulla diagnostica (pagata privatamente solo nel 23% dei casi) e sull'ospedaliera (90,7% contro 9,3%).

Grafico 28 - La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: analisi per tipologia di cura (2019\*)



\* dati proiettati

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

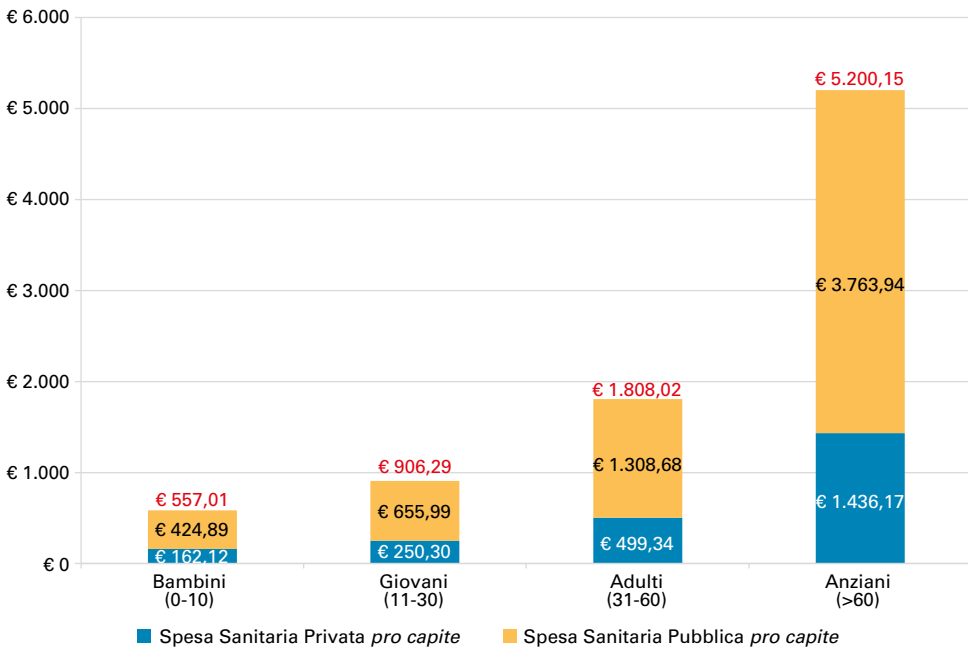
È importante osservare che l'incidenza sulle prestazioni di natura ospedaliera è significativa in termini di qualità degli interventi ma contenuta in termini di casistiche, dato che smentisce complessivamente il convincimento diffuso che la Spesa Sanitaria Privata insisterebbe esclusivamente o prevalentemente sulle aree già presidiate dai LEA.

## D.2.2. Analisi della Spesa Sanitaria Privata *pro capite* per fase della vita

Un'altra caratteristica importante e da non sottovalutare è la crescita dei costi per la salute all'avanzare dell'età: il costo medio di un anziano è 5 volte maggiore rispetto a quello di un adulto (**Grafico 29**).

Al progredire dell'età cresce anche la necessità di ricorrere privatamente ad alcune cure, i cui costi rischiano nella maggior parte dei casi di risultare insostenibili, e questo rende particolarmente evidente la necessità di adottare soluzioni che tengano conto del progredire dell'età.

Grafico 29 - La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: ammontare della Spesa Sanitaria Pubblica e Privata *pro capite* per fase della vita (2019\*)



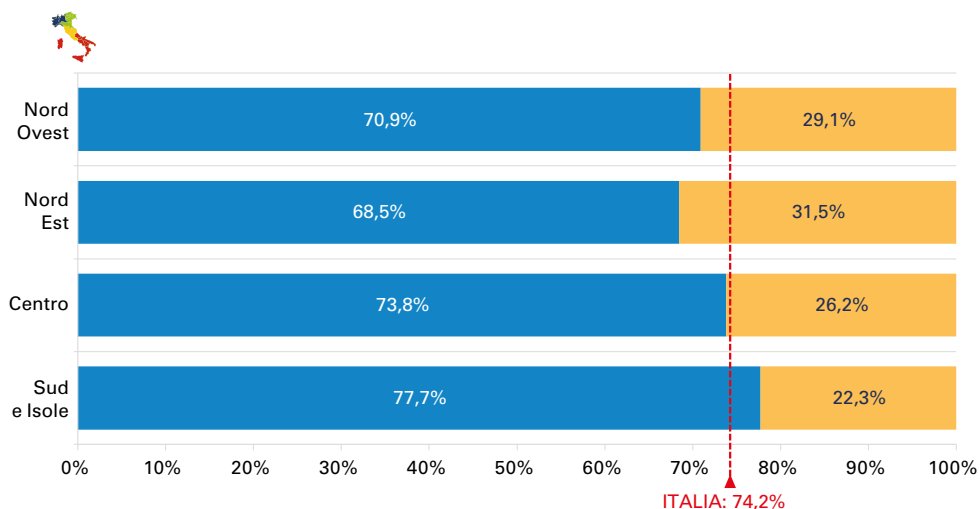
\* dati proiettati

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

### D.2.3. Analisi della Spesa Sanitaria Privata *pro capite* per territorio

Un maggiore ammontare della Spesa Sanitaria Privata viene registrato nelle Regioni del Nord, dove le migliori *performance* del Servizio Sanitario Nazionale consentono di destinare queste risorse aggiuntive ad una integrazione (**Grafico 30**).

Grafico 30 - La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: ammontare della Spesa Sanitaria Pubblica e Privata *pro capite* per territorio (2019\*)



\* dati proiettati

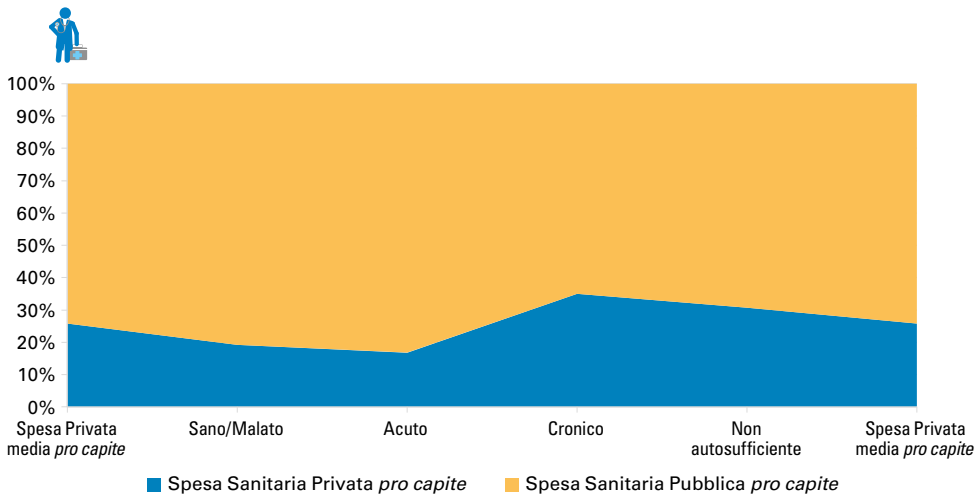
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati CREA

### D.2.4. Analisi della Spesa Sanitaria Privata *pro capite* per stato di salute

È interessante rilevare anche il progredire dei bisogni assistenziali al modificarsi del proprio stato di salute, e come la quota di Spesa Sanitaria Privata rispetto alla Spesa Sanitaria Pubblica tenda a crescere proprio in funzione di un maggiore bisogno di salute del cittadino (**Grafico 31**), mentre si registra una buona *performance* del S.S.N. nella gestione delle acuzie e delle urgenze.

Questo è sicuramente un dato che incide strutturalmente sull'idea di garantire un'assistenza universale, e che dovrebbe far riflettere su come garantirla proprio a coloro che hanno maggiore bisogno di risposte da parte del Servizio Sanitario Nazionale, eventualmente prevedendo una possibilità di integrazione anche stabilita a priori, e che quindi trovi la sua origine nei LEA, per coloro che si trovano in condizioni di salute migliori.

Grafico 31 - La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: ammontare della Spesa Sanitaria Pubblica e Privata *pro capite* per stato di salute (2019\*)



\* dati proiettati

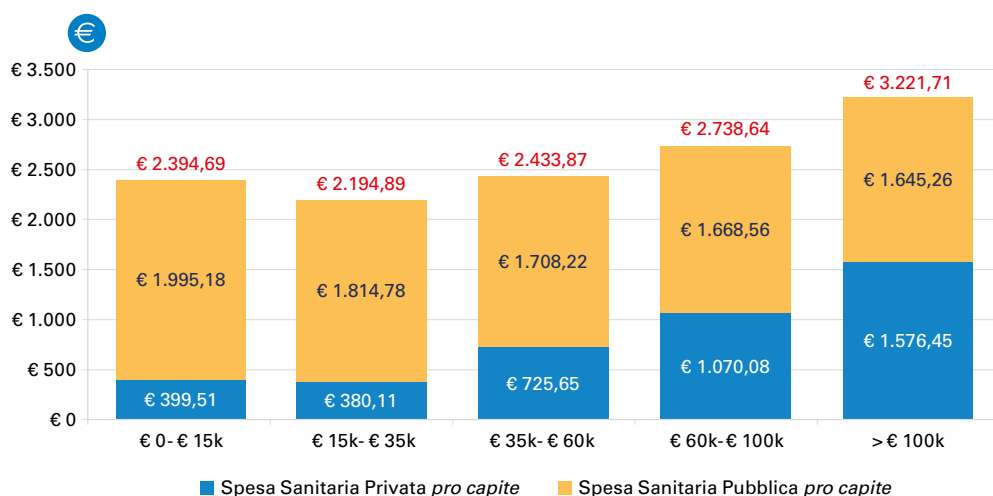
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT



### D.2.5. Analisi della Spesa Sanitaria Privata *pro capite* per fascia di reddito

Con riferimento alle fasce di reddito, la Spesa Sanitaria Privata *pro capite* presenta valori progressivamente più elevati al crescere del reddito stesso (**Grafico 32**). Al riguardo, è però interessante notare la rilevanza della Spesa Sanitaria Privata *pro capite* anche per i redditi più bassi: già in corrispondenza della fascia di reddito "intermedia" (35.000 € - 60.000 €) l'ammontare della quota pagata di tasca propria supera infatti il valore medio.

Grafico 32 - La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: ammontare della Spesa Sanitaria Pubblica e Privata *pro capite* per fascia di reddito (2019\*)



\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT e MEF

### D.3. Il paniere della Spesa Sanitaria Privata *pro capite*

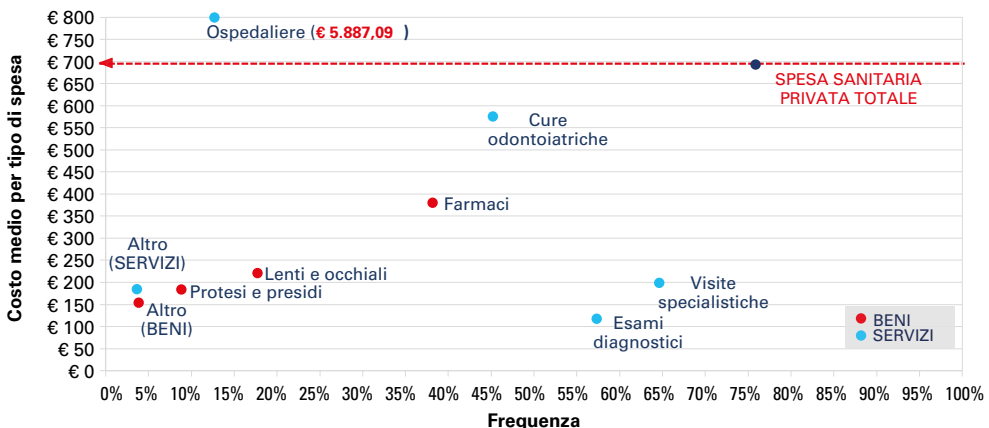
#### D.3.1. Frequenza e importo delle cure private

Nell'analisi delle principali componenti della Spesa Sanitaria Privata risulta utile unire l'elemento della frequenza delle cure a quello costo (**Grafico 33**). Tra le cure pagate di tasca propria dagli Italiani, dopo le ospedaliere, le cure odontoiatriche si caratterizzano per il costo medio più elevato (575 €).

Escludendo le prestazioni ospedaliere, si tratta complessivamente di costi medi non particolarmente elevati, ma che incidono sui cittadini soprattutto per quanto riguarda le prestazioni di servizio, quindi visite specialistiche (200 €), esami diagnostici (118 €), odontoiatria, soprattutto per la loro rilevanza rispetto alla costruzione del percorso di cura. I farmaci rappresentano la seconda voce di spesa pagata direttamente dai cittadini sia in termini di costo medio (380 €) che di frequenza.

La visita specialistica è il primo orientamento che ha il cittadino rispetto al proprio stato di salute e al proprio percorso terapeutico. E al tempo stesso riguarda soprattutto gli esami diagnostici: sono quelli che privatamente vengono più frequentemente complementati all'interno di un percorso pubblico.

Grafico 33 - Il paniere della Spesa Privata *pro capite*: frequenza e importo delle cure private (2019\*)



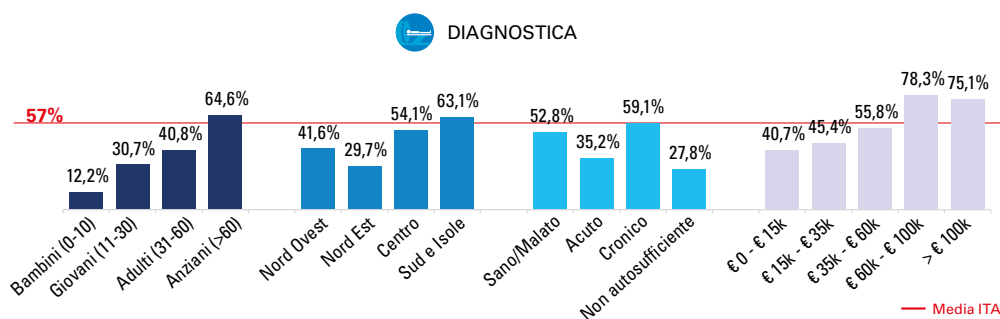
\* dati proiettati

Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati ISTAT e MEF

### D.3.2. Distribuzione delle prestazioni

È opportuno concludere l'analisi con un esame del paniere della spesa privata pro-capite differenziato per le aree d'indagine, evidenziando come il dato di frequenza medio riferibile alle diverse tipologie di prestazioni vari in corrispondenza delle diverse fasce di età, dei diversi territori, degli stati di salute e delle diverse disponibilità reddituali. La prima area di analisi ad essere approfondita è quella relativa alle prestazioni diagnostiche, il cui dato di frequenza medio si attesta al 57% (**Grafico 34**).

Grafico 34 - Il paniere della Spesa Privata *pro capite*.  
Distribuzione delle prestazioni: diagnostica (2019\*)



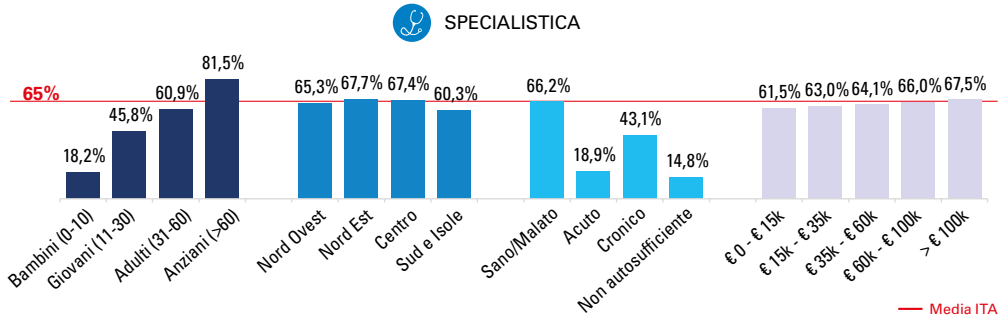
\* dati proiettati

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

Da questa analisi è confermato il maggiore bisogno degli anziani in relazione alla diagnostica (64,6%), ed anche il maggior bisogno nel Centro e nel Sud di ricorso al privato per le prestazioni di tale natura. Appare più intuibile il bisogno di integrazione rispetto ai cronici, il cui dato (59,1%) è decisamente maggiore rispetto a quello degli acuti (35,2%), per i quali è confermata una capacità di gestione a livelli ottimali da parte del Servizio Sanitario Nazionale.

In riferimento alla specialistica è molto interessante rilevare come il dato di frequenza medio (65%) sia piuttosto insensibile rispetto alla tematica reddituale, a testimonianza del fatto che per il cittadino la specialistica, in quanto prestazione di indirizzo e di avvio del proprio percorso di cura, costituisce l'ultima prestazione alla quale rinunciare (**Grafico 35**).

**Grafico 35 - Il paniere della Spesa Privata *pro capite*.  
Distribuzione delle prestazioni: specialistica (2019\*)**

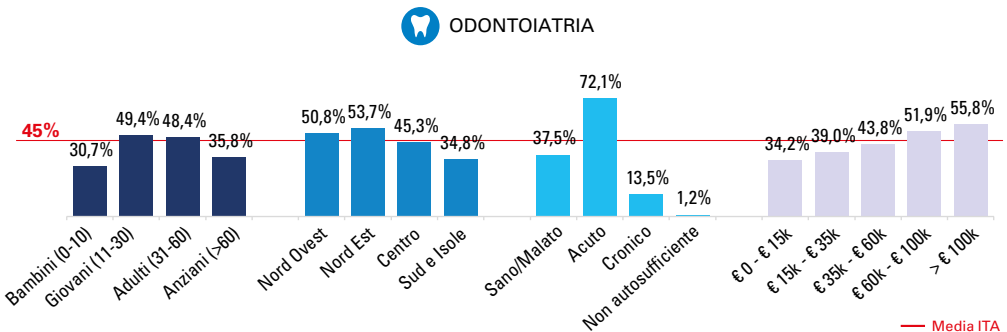


\* dati proiettati

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

Per quanto riguarda l'odontoiatria è abbastanza importante rilevare il primato del Nord-Est in termini di Spesa Sanitaria Privata, che testimonia una dinamica molto più collegata alle disponibilità reddituali (**Grafico 36**).

**Grafico 36 - Il paniere della Spesa Privata *pro capite*.  
Distribuzione delle prestazioni: odontoiatria (2019\*)**

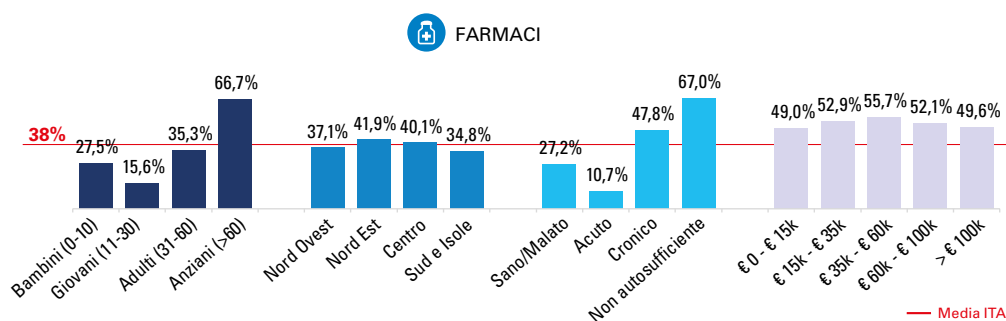


\* dati proiettati

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

Uno degli aspetti più interessanti che emerge dall'analisi dei dati relativi ai farmaci è che il bisogno di integrazione a livello territoriale risente molto anche del dato reddituale (**Grafico 37**). Mentre nel precedente rapporto si era riflettuto sulla funzione complementare del farmaco nelle Regioni del Sud e sul ruolo di indirizzatore del farmacista, le proiezioni dei dati 2019 evidenziano che nei territori che beneficiano di un maggior presidio della salute anche a livello preventivo dei cittadini, come l'area Nord-Est, e in presenza di redditi mediamente più elevati, il ricorso al farmaco tende a crescere.

**Grafico 37 - Il paniere della Spesa Privata *pro capite*.  
Distribuzione delle prestazioni: farmaci (2019\*)**



\* dati proiettati

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

## E. LA SANITÀ INTEGRATIVA

È ora opportuno approfondire alcuni aspetti relativi alla Sanità Integrativa e alla soluzione che da diversi anni proponiamo per garantire una gestione più equa e più giusta della Spesa Sanitaria Privata e per il recupero di un effettivo universalismo del nostro Sistema Sanitario. Attualmente è in corso una serie di audizioni parlamentari che riguardano la conoscenza dei Fondi Sanitari Integrativi, e questo è un risultato importante perché consente di mettere i *decision maker* in condizione di conoscere bene il ruolo sociale ed economico svolto da questi enti. Al riguardo, auspichiamo che vengano date delle risposte alla necessità di implementazione della normativa della Sanità Integrativa per renderla più funzionale ad una sua integrazione all'interno del sistema di sicurezza sociale del nostro Paese.

Al fine di garantire maggiore completezza di informazioni, è doveroso sfatare alcuni pregiudizi e *fake news* in merito al Secondo Pilastro Sanitario, che costituiscono convinzioni che spesso portano a frenare il dibattito sul ruolo possibile e sul contributo sociale che la Sanità Integrativa potrebbe mettere a disposizione di tutti i cittadini, che rischia perciò di essere sottovalutato o comunque stigmatizzato e quindi non utilizzato pienamente.

Al riguardo, il primo dato fondamentale è che in un passaggio ad un sistema di Sanità Integrativa istituzionalizzata e di Secondo Pilastro Sanitario, ovvero un sistema nel quale i Fondi Sanitari e le polizze assicurative sono funzionalizzate all'interno di un Secondo Pilastro di *Welfare* Complementare attraverso una *governance* pubblica e con politiche integrate pubblico-privato, l'intervento sarebbe su una tematica di natura finanziaria, non sanitaria. In altri termini, diversamente rispetto a quanto avviene in Paesi in cui la gestione della Sanità è privata, nel nostro Paese il Secondo Pilastro Sanitario assumerebbe il ruolo di strumento di gestione delle risorse, ossia di rimborso della Spesa Sanitaria dei cittadini. Promuovere una maggiore diffusione della Sanità Integrativa e un modello di Secondo Pilastro Sanitario non vorrebbe dire sostituire alla tessera sanitaria la carta di credito e affidare al privato la gestione della salute del cittadino, ma garantire in modo strutturato alle famiglie la possibilità di vedere rimborsate le spese private per quelle prestazioni che non hanno trovato erogazione all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.

Bisogna anche ricordare che l'attuale assetto della Sanità Integrativa organizzata come esclusivo strumento di *Welfare* Contrattuale e/o benefit aziendale non è un tratto peculiare del Secondo Pilastro Sanitario, ma deriva da una scelta politica fatta alla fine degli anni '90 con il presupposto di limitarne il campo di azione solo ad alcune categorie di persone.

In questa ottica, un'estensione della Sanità Integrativa dovrebbe avere come elemento fondamentale proprio quello dell'omogeneità tra le diverse categorie di cittadini,

cercando di evitare dei sistemi che siano fortemente legati alle tipologie reddituali prodotte ed in contrasto con l'attuale impianto fiscale. Oggigiorno il sistema dei benefici fiscali privilegia infatti prevalentemente i redditi di lavoro dipendente, essendo molto più penalizzante per alcune tipologie reddituali, o escludendole addirittura.

Un altro dato importante è quello legato alla presunta concorrenza in termini di risorse tra Sanità Integrativa e Servizio Sanitario Nazionale. È opportuno ricordare che il sistema della Sanità Integrativa (e potenzialmente anche il Secondo Pilastro Sanitario), è alimentato prevalentemente dalle aziende e dai lavoratori, quindi dalla contrattazione collettiva, o dai propri enti previdenziali per quanto riguarda i professionisti o dai cittadini che vi aderiscono volontariamente. Il contributo dal punto di vista della fiscalità è assolutamente contenuto in termini di risorse, in quanto parliamo di 2 miliardi di EUR l'anno in termini di gettito impiegato, che per altro è riservato solo ed esclusivamente alle forme di natura collettiva e che diversamente dalle detrazioni fiscali per spese sanitarie (il cui ammontare è superiore ai 4 miliardi di EUR all'anno) è subordinato all'erogazione di prestazioni sanitarie di particolare utilità (cosiddette "vincolate").

Diversamente da quanto è emerso nel recente dibattito pubblico non ci sono risorse sottratte al gettito fiscale complessivo per finanziare la Sanità Integrativa, in quanto i benefici ad essa legati hanno il medesimo funzionamento di quello di tutti gli altri oneri detraibili e deducibili, in cui viene riconosciuto un vantaggio ai cittadini che compiono delle scelte che il legislatore ritiene di interesse e di rilievo dal punto di vista sociale. Per questo motivo, come vengono agevolati coloro che fanno ristrutturazioni energetiche, con i soldi della fiscalità generale vengono agevolati anche coloro che investono sulla prevenzione, sulla propria previdenza, sulla propria sanità, senza che questo alimenti nessuna disuguaglianza tra i cittadini. Incentivare lo sviluppo di una cultura della prevenzione e della protezione è molto importante nel nostro Paese, che è dotato del più alto livello di risparmio individuale, ma del minore livello di protezione assicurativa per quanto riguarda i danni tra la popolazione, e nel quale la cittadinanza è abituata a scommettere in proprio anche rispetto agli eventi catastrofici e scoprire solo nel momento del bisogno quanto è faticoso sostenere individualmente tale scommessa.

Al riguardo, è importante sottolineare che la Sanità Integrativa favorisce l'emersione del gettito, in quanto la necessità di presentare prescrizioni sanitarie e fatture alle Forme Sanitarie Integrative per ottenerne il rimborso offre un efficace contrasto al fenomeno dell'elusione/evasione fiscale.

Un ulteriore punto di estrema rilevanza è quello legato al tema dell'appropriatezza e del consumismo sanitario. Spesso si richiamano le principali esperienze estere, ed in particolare il modello sanitario statunitense, per evidenziare come la Sanità Integrativa causi una crescita dei consumi privati. In merito a questo aspetto è opportuno evidenziare come la rimborsabilità delle prestazioni sanitarie da parte delle Forme Sanitarie Integrative sia sempre subordinata alla presenza di una prescrizione medica recante quesito diagnostico e patologia, e molti Fondi Contrattuali e Polizze Aziendali richiedono

necessariamente che tale prescrizione sia rilasciata dal medico di base. Da questo punto di vista è poi importante ricordare che la crescita della spesa privata è assolutamente costante e ben più veloce della crescita della Sanità Integrativa. L'evidenza è nei numeri: tra il 2013 ed il 2018 a fronte di una crescita del + 9,9% della Spesa Sanitaria Privata la Spesa Sanitaria "intermediata" dalla Sanità Integrativa è cresciuta solo del + 0,5%. Alla luce di questi dati possiamo affermare che il nostro Paese forse ha il problema opposto, ossia quello di garantire una Sanità Integrativa in grado di reggere il passo di una crescita irruenta della Spesa Sanitaria Privata, che se non controllata e non gestita con strumenti di maggiore inclusione sociale, non può che creare maggiori disparità tra i cittadini.

### E.1. Diffusione e livelli di adesione della Sanità Integrativa

Di particolare interesse si rivela anche l'analisi dei livelli di diffusione dell'adesione della Sanità Integrativa con riferimento alle nostre aree di analisi (**Grafico 38**), partendo innanzitutto dal dato totale. Attualmente in Italia beneficiano della Sanità Integrativa più di 2 cittadini su 10, meno di 1 su 10 con Polizze Sanitarie Individuali (totale 13,9 milioni di persone).

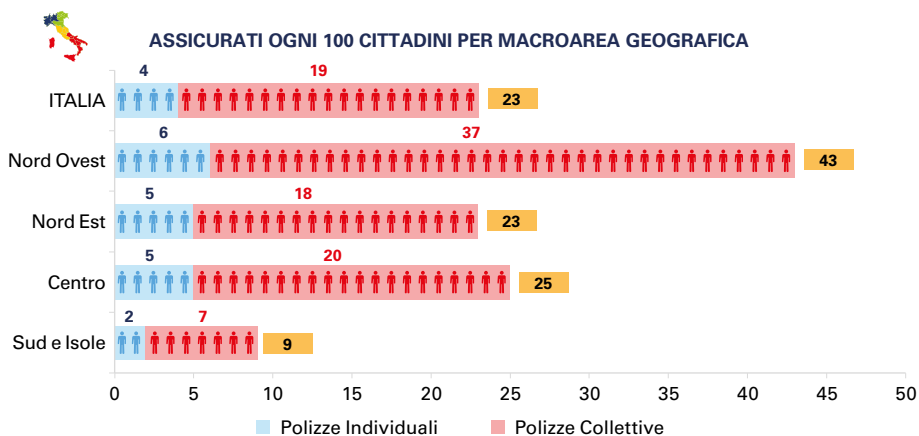
Come emerge dal grafico in oggetto, l'attuale diffusione della Sanità Integrativa risente molto della sua impostazione "occupazionale", con evidenti effetti anche a livello territoriale. Nel Nord Ovest (dove è concentrata la grande impresa) sono oltre 4 cittadini su 10 a beneficiare della Sanità Integrativa, 2,5 cittadini nel Centro (in buona parte occupati presso la Pubblica Amministrazione ed Enti parastatali), più di 2 nel Nord Est (dove è maggiormente diffusa la PMI) e meno di 1 su 10 nel Mezzogiorno. Risulta invece più omogenea la diffusione delle Polizze Individuali, che è sostanzialmente analoga tra Nord Ovest, Nord Est e Centro, mentre è molto inferiore, anche in questo caso, il dato del Mezzogiorno.

Questi dati mostrano delle evoluzioni importanti rispetto a quelli degli anni precedenti, anche per effetto dell'avvio di alcuni grandi contratti collettivi nazionali come quelli del settore metalmeccanico, che hanno ribilanciato la prevalenza dell'area Nord-Ovest rispetto alle altre aree del Paese, incrementando in particolare la presenza di assicurati sia nel Sud che soprattutto nel Nord-Est. Oggi la Sanità Integrativa è costruita prevalentemente secondo una logica occupazionale ed è quindi strettamente dipendente dal tessuto produttivo del Paese. È interessante osservare, rispetto alle polizze individuali, come l'incidenza del ricorso del cittadino al di fuori della contrattazione (quindi in autonomia e in assenza di qualsiasi beneficio fiscale) a questo tipo di tutele sia crescente in quelle aree nelle quali esiste già da tempo un bisogno di integrazione privata, a testimonianza del fatto che in situazioni nelle quali c'è una maggiore informativa i cittadini sono messi in condizione di scegliere più consapevolmente.



Grafico 38 - La Sanità Integrativa: diffusione e livelli di adesione. Assicurati ogni 100 cittadini per territorio (2019\*)

TOTALE ASSICURATI: 13,9 MLN



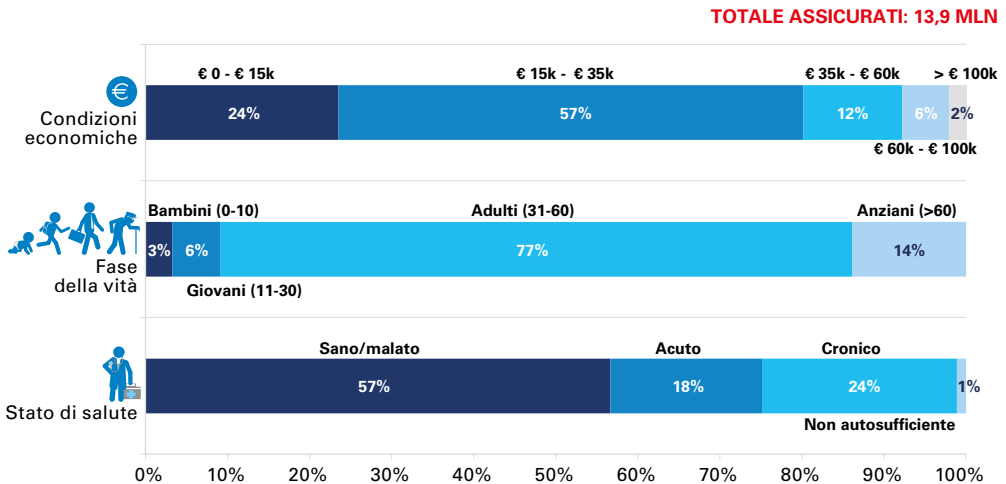
\* dati proiettati

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

È importante osservare come la Sanità Integrativa non sia “una cosa da ricchi”: oltre l’80% degli assicurati presenta redditi medio-bassi (inferiori a 35.000 €). Questo dato dimostra l’esistenza di un sistema che si occupa prevalentemente della gestione dei redditi medi (più della metà si posiziona infatti nella fascia reddituale media 15.000 € - 35.000 €) e di quelli dei lavoratori dipendenti, e che garantisce un contributo importante alle famiglie che non sarebbero in grado di integrare la totalità dei loro bisogni privatamente (**Grafico 39**).

In altri termini, il bisogno di Sanità Integrativa è meno avvertito sulle fasce di reddito più alte (dove è possibile pagare di tasca propria con minori apprensioni) ed assume invece particolare rilevanza nelle fasce in cui si può garantire un recupero di capacità redistributiva al Sistema Sanitario del Paese.

Gráfico 39 - La Sanità Integrativa: diffusione e livelli di adesione (2019\*)



\* dati proiettati

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

Un altro dato che è doveroso sottolineare è la concentrazione della Sanità Integrativa sulla fascia adulta (il 77% degli assicurati), aspetto che sicuramente pone delle problematiche rispetto alla gestione degli anziani (il 14%) e dei bambini, ma che è direttamente corollario della sua strutturazione in chiave occupazionale. Al riguardo, bisogna ricordare che gli adulti rappresentano coloro che hanno una maggiore propensione alla rinuncia alle cure, e quindi a scegliere un canale alternativo per il finanziamento delle proprie spese.

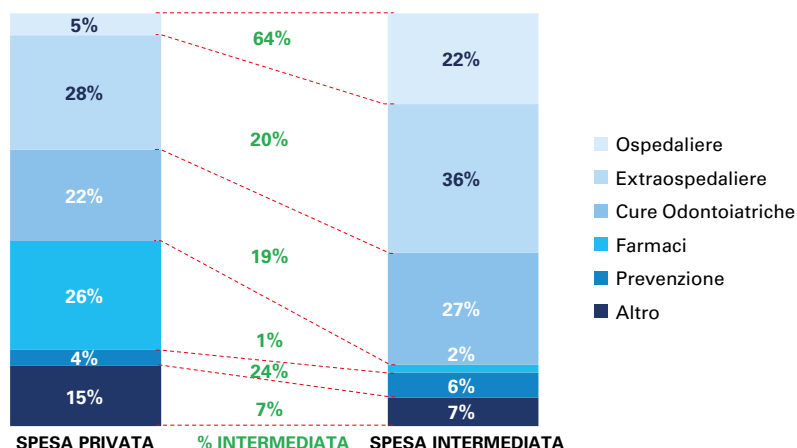
In riferimento agli stati di salute la risposta prevalente è rilevata sulle persone in condizioni di salute ordinarie (oltre il 55% dei casi), dato che non stupisce considerando la natura contrattuale del fenomeno. Rilevante anche il contributo già garantito nei confronti dei cronici (poco meno del 25%), ma ancora molto contenuto, invece, il dato relativo ai non autosufficienti (1%).

## E.2. La capacità di intermediazione della Spesa Sanitaria Privata da parte della Sanità Integrativa

È molto interessante esaminare la capacità di intermediazione della Sanità Integrativa rispetto alla Spesa Sanitaria Privata, evidenziando l'importante collegamento esistente tra questi due fenomeni (**Grafico 40**). La capacità della Sanità Integrativa di intermediare la Spesa Sanitaria è particolarmente elevata con riferimento alle prime tre voci che compongono la Spesa Sanitaria Privata: area ospedaliera, area extraospedaliera (specialistica e diagnostica) e cure odontoiatriche. In riferimento alla prevenzione il contributo non è trascurabile, mentre è molto più contenuto e spesso irrilevante quello rispetto all'acquisto di farmaci e di presidi. La Spesa Sanitaria Privata e la Spesa Sanitaria Privata Intermediata presentano una composizione parzialmente diversa: nella Spesa Privata risultano prevalenti nell'ordine le spese per prestazioni extraospedaliere, per farmaci e per cure odontoiatriche, mentre nella Spesa Intermediata sono invece prevalenti nell'ordine le spese per prestazioni ospedaliere, per prestazioni extraospedaliere e per cure odontoiatriche.

Complessivamente, ad essere "intermediata" dalla Sanità Integrativa è il 15% della Spesa Sanitaria Privata nel nostro Paese. Si tratta, in particolare, del 64% della Spesa Sanitaria Privata pagata dai cittadini per le prestazioni ospedaliere, del 20% di quella per la prevenzione, del 20% di quella per le prestazioni extraospedaliere, del 19% di quella per le cure odontoiatriche, dell'1% di quella per i farmaci e del 7% di quella per altre prestazioni.

Grafico 40 - La Sanità Integrativa: capacità di intermediazione della Spesa Sanitaria Privata (2019\*)



\* dati proiettati

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

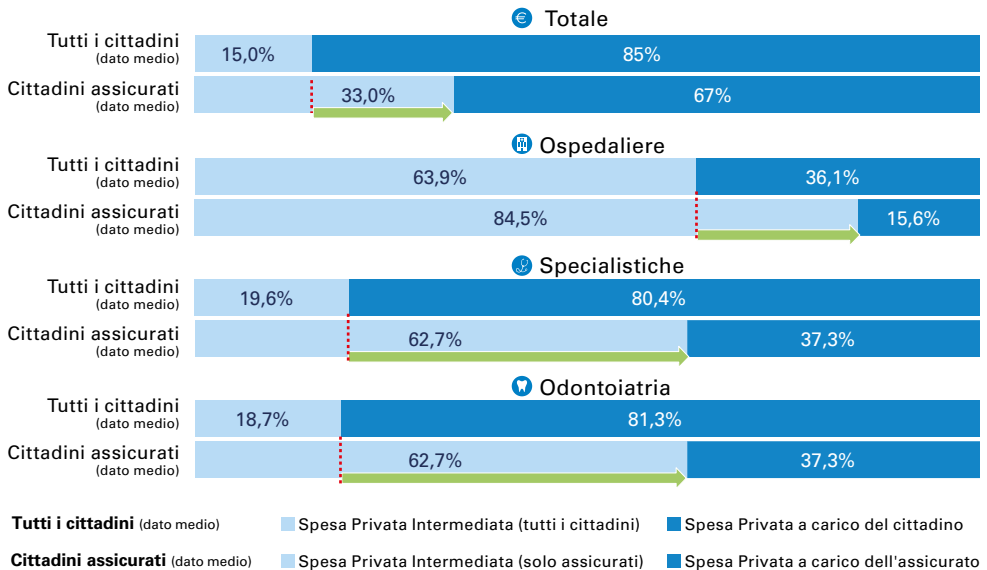
### E.3. I vantaggi dei Fondi Sanitari

Da ultimo, è importante evidenziare il dato relativo alla differenza tra un cittadino che ha la possibilità di accedere ad un Fondo Sanitario ed un cittadino che è privo di un Fondo Sanitario. Nel nostro Paese in media l'85% della Spesa Sanitaria Privata è pagata di tasca propria dai cittadini mentre il 15% è intermediato dalla Sanità Integrativa. Per i cittadini già assicurati da una Forma Sanitaria Integrativa, tuttavia, la quota di Spesa Sanitaria Privata Intermediata sale a più del doppio (33%), con una conseguente significativa riduzione dell'ammontare direttamente a carico dei cittadini.

Nell'analizzare questo fenomeno, anche al fine di mettere in luce gli effettivi vantaggi assicurati dalla Sanità Integrativa, tuttavia, appare opportuno sviluppare questa valutazione in relazione alle principali prestazioni presenti nel paniere delle cure private. I livelli di intermediazione e, quindi, l'incidenza della quota della Spesa Sanitaria di tasca propria risultano notevolmente differenziati in ragione delle singole prestazioni fruite privatamente dal cittadino. **(Grafico 41)** e **(Grafico 42)**.

Nell'analisi dei seguenti grafici un'importante considerazione è data dal fatto che mentre la voce relativa a coloro che sono sprovvisti di fondo riguarda l'incidenza media per tutti i cittadini italiani (assicurati e non) della Spesa Sanitaria Privata, la voce relativa a coloro che beneficiano di un Fondo Sanitario rappresenta l'incidenza media per i soli cittadini assicurati della Spesa Sanitaria gestita dai Fondi rispetto alla Spesa Sanitaria Privata.

Grafico 41 - Fondi Sanitari: i vantaggi per tipologia di cura (1/2)

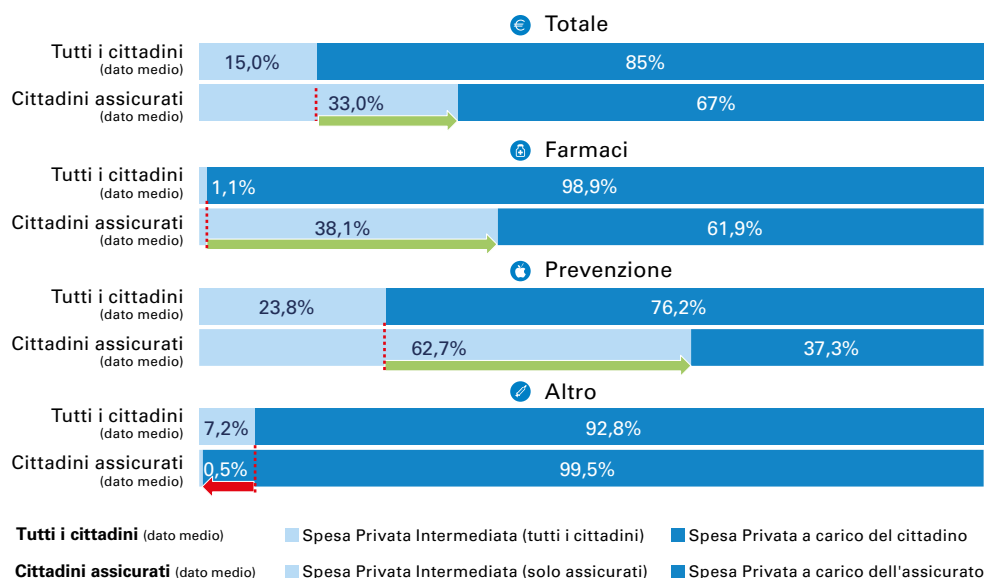


Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati Previmedical

In particolare dal IX Rapporto emerge come mentre in media a livello nazionale l'80% delle prestazioni specialistiche è pagato direttamente dai cittadini, per coloro che sono già assicurati da una Forma Sanitaria Integrativa poco meno del 65% del costo della prestazione è rimborsato al cittadino. Questo dato è significativamente vicino a quello dell'odontoiatria (per la quale a monte è stata decisa la scelta di non inclusione all'interno dell'area di intervento del Servizio Sanitario Nazionale), in cui a fronte di una media nazionale di prestazioni pagate direttamente dai cittadini di poco superiore all'80% la percentuale di costo della prestazione rimborsato ai cittadini assicurati da una Forma Sanitaria Integrativa è di poco inferiore al 65%.

In riferimento alle ospedaliere, mentre in media poco più del 35% delle prestazioni viene pagato direttamente dal cittadino, per coloro che sono già assicurati da una Forma Sanitaria Integrativa quasi l'85% del costo della prestazione è rimborsato. Un altro dato importante è quello della prevenzione, dove la Sanità Integrativa in questi anni ha destinato circa un miliardo l'anno alla tutela della salute dei propri assicurati, garantendo un *surplus* rispetto ai programmi di assistenza pubblica alla salute, e in cui a fronte di una media nazionale del 75% di prestazioni pagate direttamente dai cittadini, chi è assicurato da una Forma Sanitaria Integrativa ha ottenuto un rimborso superiore al 60% del costo della prestazione. Da ultimo si rivela molto interessante anche l'analisi dell'area farmaci, nella quale mentre in media quasi il 99% dei farmaci è pagato direttamente dai cittadini, per coloro che sono già assicurati da una Forma Sanitaria Integrativa il 38% del costo del farmaco è rimborsato al cittadino.

Grafico 42 - Fondi Sanitari: i vantaggi per tipologia di cura (2/2)

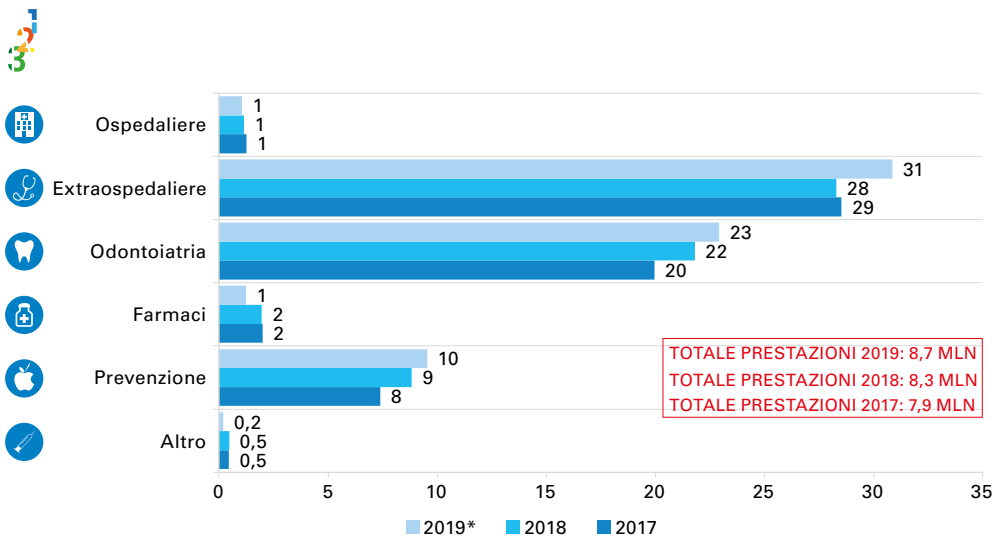


Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati Previmedical

#### E.4. I livelli assistenziali della Sanità Integrativa: le prestazioni rimborsate per numero e ammontare

Analizzando il *trend* del numero delle prestazioni rimborsate dalla Sanità Integrativa (**Grafico 43**) notiamo una crescita decisa nell'ultimo triennio: si è passati complessivamente dai 7,9 milioni di prestazioni rimborsate del 2017 a poco meno di 9 milioni di prestazioni rimborsate nel 2019. Esaminando il dato per tipologia di prestazione notiamo che il numero delle prestazioni ospedaliere risulta stabile, mentre assistiamo ad una crescita molto dinamica con riferimento alle prestazioni extraospedaliere (specialistica e diagnostica) ed a una crescita costante anche per cure odontoiatriche e prevenzione. In contrazione, nel 2019, la numerosità di rimborsi per farmaci.

Grafico 43 - La Sanità Integrativa: i livelli assistenziali. Numero di prestazioni rimborsate ogni 100 assicurati per tipologia di cura (2017-2019\*)



\* dati proiettati

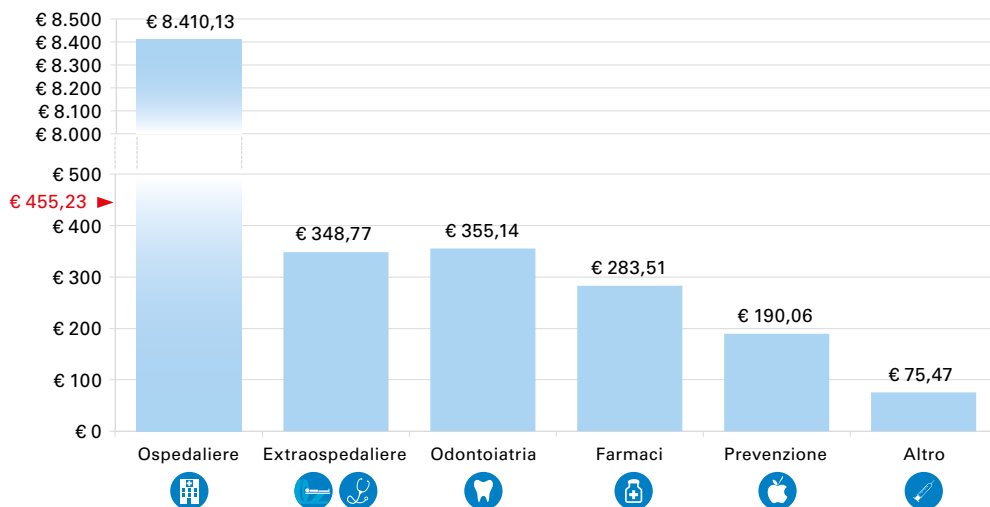
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati Previmedical

È ora opportuno analizzare l'ammontare rimborsato per tipologia di cura, partendo innanzitutto dal dato relativo all'ammontare medio del rimborso della Sanità Integrativa nel 2019, che è pari a 455,23 €.

Il rimborsato medio più elevato è afferente alle prestazioni ospedaliere, caratterizzate tuttavia da una frequenza piuttosto contenuta, mentre nell'ambito delle prestazioni extraospedaliere il rimborsato medio più elevato si registra per le prestazioni

odontoiatriche, che nel 2019 rappresentano la voce di rimborso caratterizzata dalla crescita più significativa. Risulta essere appena più contenuto il rimborsato medio delle prestazioni extraospedaliere, mentre per la componente beni la voce di rimborsato medio più elevato si registra per i farmaci (**Grafico 44**).

Grafico 44 - La Sanità Integrativa: i livelli assistenziali. Ammontare rimborsato per tipologia di cura (2019\*)

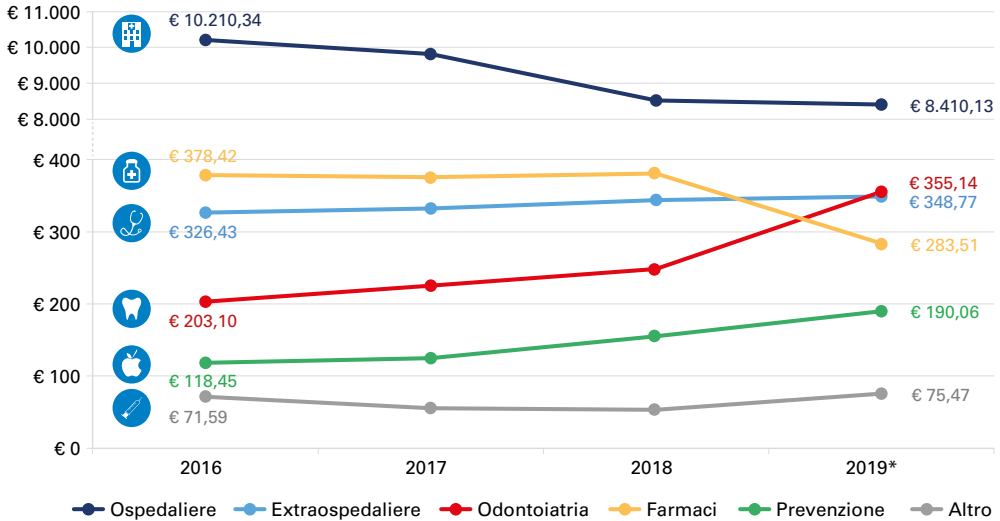


\* dati proiettati

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

In conclusione, è di estrema rilevanza considerare la dinamica di sviluppo dei livelli di rimborso della Sanità Integrativa negli ultimi 4 anni (**Grafico 45**).

Grafico 45 - La Sanità Integrativa: i livelli assistenziali. Ammontare rimborsato per tipologia di cura (2016-2019\*)



\* dati proiettati

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

Nell'ultimo quadriennio a fronte di un premio medio stabile l'ammontare medio rimborsato dalla Sanità Integrativa è passato da 407,99 € del 2016 a 455,23 € del 2019. In particolare, risultano in crescita tutte le prestazioni extraospedaliere, con una dinamica molto spinta per quanto attiene all'odontoiatria, mentre mostrano un'evidente contrazione sia le prestazioni ospedaliere che i farmaci.

Sostanzialmente risulta quindi progressivamente accentuata la funzione integrativa e, in misura più contenuta, quella complementare di Polizze e Fondi, a fronte di una funzione progressivamente più contenuta in ambito duplicativo.

La Sanità Integrativa negli ultimi 4 anni presenta, pur a parità di costi di fatto, dei livelli di copertura crescenti e dei livelli di rimborso sempre più elevati. In particolare, è andata a decrescere la componente sostitutiva della Sanità Integrativa mentre è andata a crescere la componente integrativa, aspetto che risulta evidente soprattutto alla luce del sensibile incremento registrato dalle prestazioni odontoiatriche, il cui rimborso medio è passato da 203 € a oltre 355 €. Per quanto riguarda la specialistica il dato è aumentato da 325 € a 350 € medi. Da ultimo, è importante anche il dato della prevenzione, quasi raddoppiato da poco di più di 100 € a poco meno di 200 €.



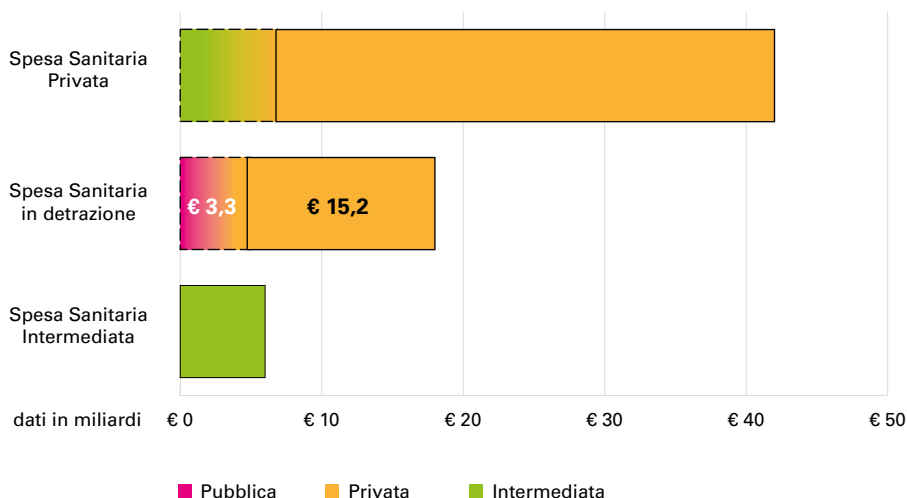
## F. IL REGIME FISCALE DELLA SPESA SANITARIA PRIVATA

### F.1. I benefici fiscali per le cure private

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 **62,16%** dell'intera spesa per oneri detraibili sostenuta dallo Stato. Sono **18,6 milioni** i cittadini che beneficiano delle detrazioni fiscali per le cure private, poco più del **41%** di quelli che le hanno sostenute. Nel 2018 l'ammontare delle spese portate in detrazione è stato pari a **18,5 miliardi di EUR**, di cui **3,3 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 46**). Interessante osservare, a conferma del *trend* crescente registrato per la Spesa Sanitaria Privata, che anche in termini di spese portate in detrazione si è registrato nell'ultimo anno un ulteriore incremento del **4,7%** dell'ammontare dichiarato dai cittadini.

Grafico 46 - Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: quota pubblica e privata della Spesa Sanitaria portata in detrazione



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

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

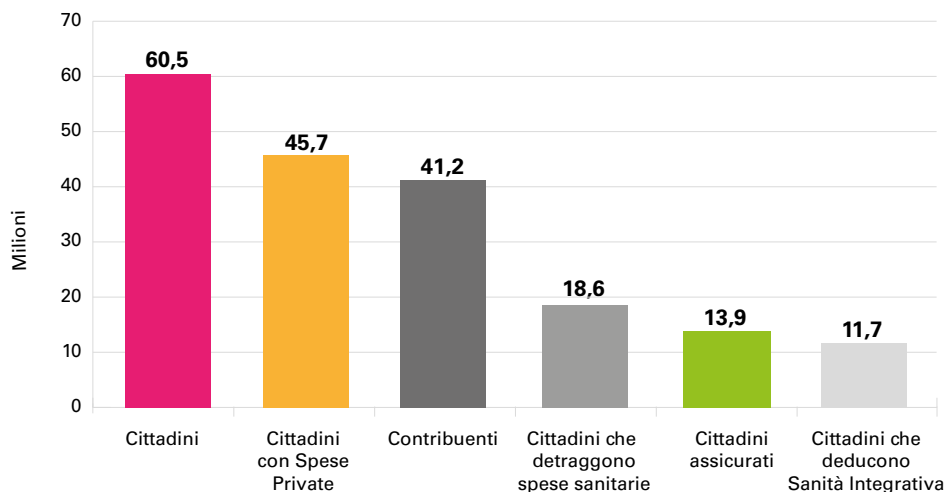
Le deduzioni per la Sanità Integrativa assorbono attualmente il **3,84%** dell’intera spesa per deduzioni sostenuta dallo Stato. Sono **11,7 milioni** i cittadini che beneficiano delle deduzioni per la Sanità Integrativa, circa il **84,46%** pertanto degli assicurati.

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 47**).

Come anticipato, **su 60,4 milioni** di cittadini sono **45,6 milioni** gli italiani che pagano di tasca propria le proprie cure. Nel 2017 stati **18,6 milioni** gli italiani che hanno portato in detrazione spese sanitarie pagate di tasca propria, a fronte di **41,2 milioni** di contribuenti. Nel medesimo periodo è salito a **13,9 milioni** di persone il numero degli assicurati da Forme di Sanità Integrativa dei quali **11,7 milioni** circa hanno beneficiato delle agevolazioni fiscali previste dalla normativa di settore.

Grafico 47 - Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: cittadini e Spesa Sanitaria



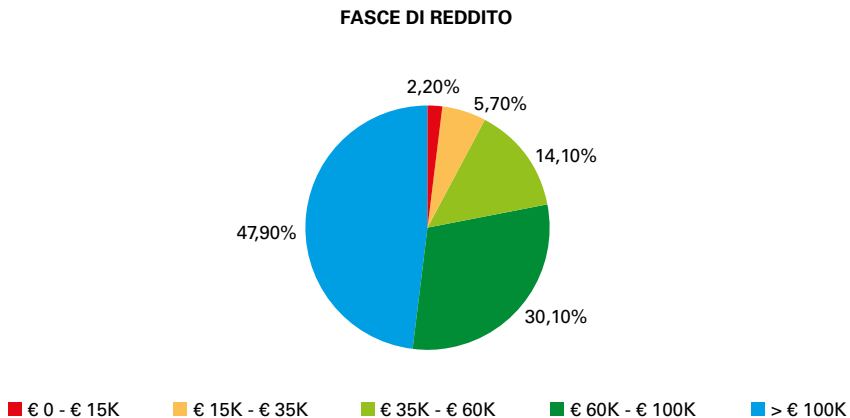
Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati MEF

## F2. La Spesa Sanitaria Privata come onere detraibile: effetti collaterali e rischi impliciti

Il meccanismo delle detrazioni, pur essendo accordato dallo Stato in modo generalizzato, produce degli effetti decisamente negativi sia dal punto di vista redistributivo che sociale. Quasi l'**80%** dei costi sostenuti da tutti i cittadini italiani attraverso la Finanza Pubblica per garantire le risorse necessarie al funzionamento del meccanismo delle detrazioni sanitarie, va a beneficio dei cittadini con redditi compresi superiori a 60.000 € (quasi il **50%** per i cittadini con redditi superiori a 100.000 €) (**Grafico 48**). 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 altri termini il meccanismo delle detrazioni sanitarie presenta, al pari della stessa Spesa Sanitaria Privata, una forte natura regressiva fornendo un supporto del tutto inadeguato ai redditi bassi ed ai redditi medio – bassi ed anzi amplificando la divaricazione tra i cittadini meno abbienti e quelli con maggiore disponibilità reddituale/capacità di spesa in campo sanitario.

Grafico 48 - Distribuzione delle detrazioni sanitarie per fascia di reddito

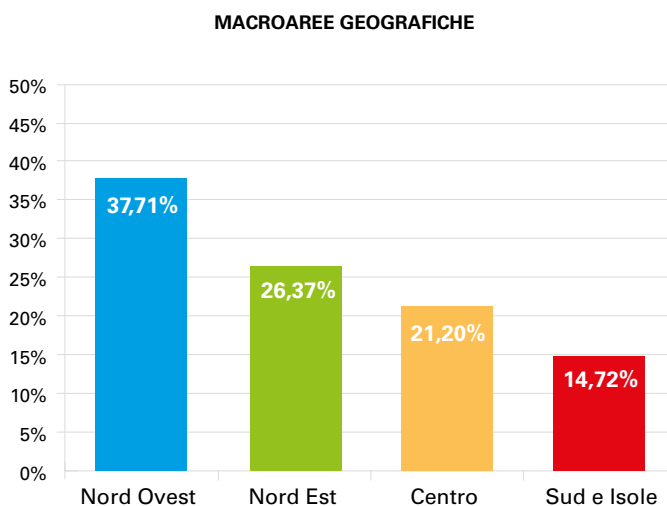


Fonte: Elaborazione Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. su dati MEF

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 **62%** 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 **18%** 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. Peraltro anche avuto riguardo all'ammontare medio delle cure private portate in detrazione risultano più elevati gli importi registrati nelle Regioni del Nord e del Centro, mentre sono decisamente più contenuti nelle Regioni del Mezzogiorno (**Grafico 49**).

Grafico 49 - Distribuzione delle detrazioni sanitarie per macroaree geografiche



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

Da ultimo, non si può trascurare che la stessa capacità di contrasto dell'elusione/evasione fiscale assicurata dal meccanismo delle detrazioni sanitarie risulta piuttosto contenuta. L'aliquota del **19%** da applicare alle spese sostenute dal cittadino, infatti, lascia ampi margini di "scontistica" ai professionisti emittenti fattura non garantendo un adeguato conflitto di interessi in materia fiscale tra medico e paziente. A sostegno di questa considerazione, del resto, militano anche i dati appena illustrati che palesano lo scarso "appealing" di questa impostazione soprattutto per i redditi più bassi e/o per i cittadini residenti nelle aree geografiche economicamente più svantaggiate.

Nel campo della Spesa Sanitaria Privata del resto il fenomeno dell'elusione/evasione presenta, soprattutto in alcune specifiche aree di cura (si pensi, in particolare, alle visite specialistiche, alle cure odontoiatriche ed al badantato) una sua materialità.

In proposito l'ultimo *Rapporto "Curiamo la corruzione"* – promosso da Transparency International Italia in partnership con Censis, Ispe-Sanità e Rissc e, ormai, risalente al 2017 – stima che circa il **23%** della Spesa Sanitaria Privata sarebbe potenzialmente esposta al rischio di elusione/evasione fiscale, fenomeno questo che richiama l'attenzione anche sulla possibile sottostima dell'effettiva incidenza di tali costi sulle famiglie italiane.

### F3. Promuovere la Spesa Sanitaria Privata o la Sanità Integrativa?

L'analisi sviluppata nei precedenti paragrafi mostra come lo stesso regime fiscale sviluppato nel tempo dal legislatore per sostenere la necessità di accedere privatamente ad alcune cure andrebbe ripensato alla luce delle dimensioni assunte dal fenomeno della Spesa Sanitaria Privata e dell'importante contributo che la Sanità Integrativa può mettere a disposizione di tutti i cittadini (**Grafico 50**). Del resto anche in una logica di protezione sociale sembra più coerente che lo Stato promuova atteggiamenti responsabili e "previdenti" da parte dei cittadini, come quello di sottoscrivere una Polizza o aderire a un Fondo Sanitario che possono intervenire all'intensificarsi dei bisogni di cura e/o di assistenza, piuttosto che accordare un risarcimento di modesta entità di fronte a qualsiasi spesa sostenuta di propria iniziativa dal cittadino in campo sanitario (si pensi, ad es., alla detraibilità delle spese sostenute per acquistare un farmaco c.d. "branded" in luogo del c.d. "generico").

In sintesi, il meccanismo delle detrazioni sanitarie riguarda oltre **18,6 milioni** di persone ed intercetta un ammontare di Spesa Sanitaria Privata pari a circa **18,5 miliardi di EUR**; il costo per la Finanza Pubblica è di poco meno di **3,5 miliardi di EUR**, corrispondente ad un prelievo di **85,39 €** per ciascun contribuente, con un vantaggio medio *pro capite* di **58,18 €** per cittadino. Il sistema delle deduzioni per la Sanità Integrativa riguarda poco meno di **11,7 milioni** di persone ed intercetta un ammontare di Spesa Sanitaria Privata pari a circa **6,4 miliardi di EUR**; il costo per la Finanza Pubblica è di poco meno di **1,4 miliardi di EUR**, corrispondente ad un prelievo di **116,42 €** per ciascun contribuente, con un vantaggio medio *pro capite* di **105,07 €** per cittadino.

Grafico 50 - Detrazioni Spese Sanitarie Private vs Deduzioni Sanità Integrativa

	DETRAZIONI	DEDUZIONI	
<b>CITTADINI</b>	18.618.648	11.741.914	
<b>SPESA SANITARIA INTERCETTATA</b>	€ 18.521.544.000	€ 6.355.298.254	
<b>COSTI</b>	€ 3.519.093.360	€ 1.366.989.285	
<b>BENEFICIO FISCALE PRO CAPITE (DETRAENTI/ASSICURATI)</b>	€ 85,39	€ 116,42	
<b>VANTAGGIO MEDIO PRO CAPITE (CITTADINI)</b>	€ 58,18	€ 105,07	<b>MAGGIORE VANTAGGIO PRO CAPITE SANITÀ INTEGRATIVA</b>
			<b>55,37%</b>

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

Il meccanismo delle detrazioni sanitarie è più costoso, regressivo e diseguale territorialmente rispetto a quello degli oneri deducibili 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 "overtreatment" e, quindi, di potenziale inappropriata. La scarsa convenienza, nei termini già illustrati, delle detrazioni sanitarie peraltro le rende piuttosto inadeguate a fronteggiare i fenomeni di elusione/evasione fiscale che hanno una certa significatività in alcuni ambiti della Spesa Sanitaria Privata.

Sviluppare la Sanità Integrativa che beneficia anch'essa di un regime agevolato (mediante lo strumento degli oneri deducibili) ma esclusivamente sulle contribuzioni versate, ridurrebbe il costo che lo Stato sostiene sul fronte delle detrazioni, anche perché come noto le prestazioni sanitarie rimborsate dalle Compagnie Assicuratrici e dai Fondi 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, con un potenziale recupero di base imponibile stimabile tra i **6** e gli **8 miliardi di EUR**.

In questa prospettiva si dovrebbe valutare una riorganizzazione dell'impianto fiscale della Spesa Sanitaria Privata che veda un trasferimento delle risorse attualmente allocate per finanziare il funzionamento delle detrazioni sanitarie, assolutamente inefficiente sia a livello economico che a livello sociale, a sostegno di un Sistema di Sanità Integrativa "diffusa" che garantisca ai cittadini – soprattutto nel momento del bisogno e/o in condizioni di maggiore fragilità – di poter fare affidamento su di un'integrazione adeguata del Servizio Sanitario Nazionale senza aggravarne ulteriormente i costi.

## G. RADDOPPIARE IL DIRITTO ALLA SALUTE CON LA SANITÀ INTEGRATIVA

### G.1. Prospettive e soluzioni

Questi dati dimostrano efficacemente che il Secondo Pilastro Sanitario sta procedendo nella giusta direzione, e sarebbe pertanto auspicabile un contesto normativo che ne faciliti fino in fondo una sua diffusione. In conclusione, alla luce di queste considerazioni la richiesta principale che dovrebbe essere indirizzata al Governo e a chiunque abbia responsabilità politica è quella di pianificare una transizione da un *Welfare* privato occupazionale legato alla contrattazione, a un "*Welfare* di Cittadinanza", aperto a tutti i cittadini e in cui anche coloro che non sono occupati in una grande azienda o in un settore strutturato possano avere la consapevolezza dell'importanza di accedere alla Sanità Integrativa e possano essere messi in condizione di farlo. Questo consentirebbe l'evoluzione del *Welfare* Integrativo da strumento "contrattuale" a strumento di "tutela sociale", in una prospettiva di presa in carico dell'intero "Progetto di Vita".

Dai dati che sono emersi dal Rapporto appare ormai improcrastinabile la necessità di innovare gli strumenti attuativi del Sistema Sanitario del nostro Paese, diversificandone le fonti di finanziamento sulla base delle migliori esperienze di *Welfare* a livello europeo (*multi-pilastro*) per mantenerne intatti i principi fondanti: universalismo, uguaglianza e sostenibilità.

### G.2. Le Proposte del IX Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata

Anche quest'anno il Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, non intende esclusivamente fornire indicatori e valutazioni tecniche in relazione alla Sanità Pubblica, alla Sanità Privata ed alla Sanità Intermediata nel nostro Paese, ma si propone di mettere a disposizione dei *decision makers* e degli *stakeholder* del settore delle proposte concrete che possano favorire il percorso evolutivo del Sistema Sanitario del nostro Paese.

In particolare le due proposte contenute nel presente Rapporto riguardano rispettivamente l'istituzionalizzazione della Sanità Integrativa nella forma di *Secondo Pilastro Sanitario Complementare a matrice universalistica* (G.2.1) e lo sviluppo di un *Fondo Sanitario Interregionale per il Mezzogiorno* (G.2.2).

#### G.2.1. Il servizio universale della Sanità Integrativa

L'introduzione di un Secondo Pilastro Complementare anche in sanità, che ripercorra l'esperienza già intrapresa efficacemente per mettere in sicurezza il Sistema Pensionistico attraverso l'istituzionalizzazione della Previdenza Complementare (i c.d. "Fondi Pensione), appare di fondamentale importanza per garantire risorse aggiuntive per il Sistema Sanitario del nostro Paese.



In questo contesto è necessario rimuovere gli attuali limiti normativi e fiscali che limitano, di fatto, l'operatività della Sanità Integrativa ai solo lavoratori dipendenti, per realizzare un sistema che garantisca una protezione aggiuntiva a tutti i cittadini senza distinzioni di attività lavorativa, reddito/condizione sociale, età (lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi, liberi professionisti, P.IVA, pensionati, studenti, casalinghe etc.) e che si estenda all'intero nucleo familiare.

Nel contempo lo stesso ambito di operatività del Secondo Pilastro Sanitario dovrebbe essere riposizionato rispetto all'attuale campo di azione dei Fondi Sanitari (limitato alle cure odontoiatriche ed alle prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali) andando ad abbracciare l'intero paniere della Spesa Sanitaria pagata "di tasca propria" dai cittadini. Si tratterebbe, in altre parole, di passare dalla mera "integrazione" del Servizio Sanitario Nazionale alla "complementarietà", disciplinando un ruolo attivo delle Forme Sanitarie Complementari anche nel campo della Prevenzione (ed, in particolare, dei Protocolli contro le Malattie Croniche Non Trasmissibili), della Promozione di Stili di Vita Attivi (riduzione dei fattori di rischio) e delle prestazioni L.E.A. (ovvero rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale) maggiormente interessate dal fenomeno delle c.d. "Liste di Attesa".

Attraverso questa impostazione il Secondo Pilastro Sanitario potrebbe garantire un'effettiva riduzione dell'incidenza della Spesa Sanitaria Privata sui redditi delle famiglie – attualmente in Italia la più alta (85%) in assoluto tra i Paesi OCSE – realizzando un'efficace intermediazione delle cure private dei cittadini, indispensabile per assicurare effettività ai principi di universalismo ed uguaglianza sui quali si basa il nostro Sistema Sanitario.

E proprio rispetto alla reale capacità di intermediazione garantita da ciascuna Forma Sanitaria Complementare che, a nostro avviso, sarebbe opportuno ancorare l'entità dei benefici fiscali attualmente già previsti per il settore. Si tratterebbe, in altri termini, di passare da un regime di agevolazioni fiscali di tipo puramente "nominalistico", come quello attuale che – in sintesi – accorda la deduzione del costo dei contributi versati alla Sanità Integrativa in ragione delle prestazioni contenute nel Nomenclatore del Fondo, ad un impianto che garantirebbe un beneficio fiscale crescente in ragione dell'effettivo assorbimento della Spesa Sanitaria Privata assicurato da ciascuna Forma Sanitaria Complementare ai cittadini.

A livello attuativo lo sviluppo di un Secondo Pilastro Sanitario Complementare dovrebbe essere realizzata attraverso la compresenza di: *A) Forme Sanitarie Complementari "occupazionali"* (ovvero riservate ai lavoratori dipendenti del comparto pubblico e del comparto privato); *B) Forme Sanitarie Complementari "professionali"* (ovvero riservate ai liberi professionisti, ai lavoratori autonomi ed alle c.d. "casalinghe"); *C) Forme Sanitarie Complementari "aperte"* rese disponibili a tutti i cittadini che decidano di aderirvi direttamente e/o alternativamente rispetto ad una delle Forme Sanitarie occupazionali/professionali alle quali abbiano diritto di aderire e *D) Forma Sanitaria Complementare*

“sociale” resa disponibile in via residuale a tutti i cittadini che non abbiano diritto ad aderire alle Forme Sanitarie Complementari occupazionali/professionali e non abbiano i requisiti economici, anagrafici o sanitari per aderire ad una Forma Sanitaria Complementare aperta. In ogni caso, tutte le Forme Sanitarie Complementari, dovrebbero prevedere – almeno su base volontaria – la possibilità di estensione dell’adesione ai componenti del nucleo familiare convivente dell’assicurato.

Le caratteristiche principali di ciascuna Forma potrebbero essere le seguenti:

### *A) Forme Sanitarie Complementari “occupazionali”*

---

L’adesione a tali Forme avverrebbe attraverso la Contrattazione Collettiva Nazionale, Aziendale o Territoriale su base obbligatoria in caso di finanziamento integralmente a carico del datore di lavoro (salvo recesso esplicito del lavoratore, con conseguente rinuncia alla contribuzione del datore di lavoro) o mediante un meccanismo di semi-obbligatorietà (analogo a quello già previsto per il conferimento del Trattamento di Fine Rapporto alla Previdenza Complementare, c.d. “silenzio-assenso”) in caso di finanziamento a carico sia del datore di lavoro che del lavoratore.

### *B) Forme Sanitarie Complementari “professionali”*

---

Per i liberi professionisti l’adesione a tali Forme avverrebbe su base obbligatoria attraverso il proprio Ente Previdenziale professionale di riferimento, dal momento che tale tutela rientra statutariamente nel oggetto dell’attività stessa dell’Ente.

Per i lavoratori autonomi, invece, l’adesione a tali Forme opererebbe su base obbligatoria in caso di finanziamento integralmente a carico della propria Gestione Previdenziale Obbligatoria (ad es. la Gestione Separata Commercianti attiva presso l’INPS) o della propria Associazione di Categoria di riferimento, in ragione del soggetto promotore di tale Forma Sanitaria Complementare. Sarebbe, invece, previsto un meccanismo di semi-obbligatorietà nel caso in cui la Forma Sanitaria Complementare sia finanziata con contribuzioni a carico sia della Gestione Previdenziale Obbligatoria o dell’Associazione di Categoria sia del lavoratore.

Da ultimo, con riferimento alle c.d. “casalinghe” si potrebbe valutare di attivare una Forma Sanitaria Complementare in sinergia con il Fondo di Previdenza, istituito dal 01.01.1997 presso l’Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) per le persone che svolgono lavori di cura non retribuiti derivanti da responsabilità familiari. Anche in questo caso si potrebbe prevedere un’adesione su base obbligatoria in caso di finanziamento integralmente a carico del Fondo di Previdenza o mediante un meccanismo di semi-obbligatorietà nel caso in cui la Forma Sanitaria Complementare sia finanziata con contribuzioni a carico sia del Fondo di Previdenza che della “casalinga”.

### C) *Forme Sanitarie Complementari "aperte"*

---

Per tutti i cittadini che decidano di aderirvi direttamente e/o alternativamente rispetto alla Forma Sanitaria occupazionale/professionale alla quale abbiano diritto di aderire sarebbero rese disponibili delle Forme Sanitarie Complementari "aperte" che consentirebbero previa adesione su base volontaria individuale di beneficiare delle tutele previste da uno o più Piani Sanitari.

### D) *Forma Sanitaria Complementare "sociale"*

---

Per tutti i cittadini che non abbiano diritto ad aderire alle Forme Sanitarie Complementari occupazionali/professionali e non abbiano i requisiti economici, anagrafici o sanitari per aderire ad una Forma Sanitaria Complementare aperta sarebbe attivato, così come già sperimentato nel modello francese, una Forma Sanitaria Complementare "residuale" a tariffa "sociale" negoziata su base periodica dal Ministero dello Sviluppo Economico, di concerto con il Ministero dell'Economia e il Ministero della Salute, con un *pool* proporzionalmente rappresentativo – ad esempio – dei primi 5 "*risk carrier*" del settore (ovvero Compagnie Assicuratrici, in quanto assicuratori delle Forme Sanitarie occupazionali/professionali e/o soggetti promotori di Forme Sanitarie Complementari aperte e Forme Sanitarie Autoassicurate) per raccolta premi/contributi. La disponibilità di partecipazione al *pool* sarebbe, naturalmente, condizione operativa necessaria per tutte le Forme Sanitarie Complementari.

L'adesione alla Forma Sanitaria Complementare "sociale" opererebbe su base semi-obbligatoria mediante un contributo "di scopo" prelevato, salvo dissenso espresso dal contribuente, sul reddito dichiarato annualmente con un meccanismo analogo a quello previsto per la destinazione dell'8 e del 5 per mille.

Per tutti i cittadini che non abbiano i requisiti economici (ad es. reddito annuo inferiore alla soglia per l'esenzione *ticket*), anagrafici (ad es. età avanzata in assenza di un periodo minimo di adesione ad una Forma Sanitaria Complementare) o sanitari (ad es. multicronicità, grave non autosufficienza, etc.) per aderire al Secondo Pilastro Sanitario l'adesione alla Forma Sanitaria Complementare "sociale" avverrebbe su base obbligatoria a fronte di una contribuzione di solidarietà prelevata in misura percentuale sull'ammontare annuo complessivo dei premi/contributi incassati da tutte le Forme Sanitarie Complementari.

Per garantire l'adeguatezza del contributo economico e sociale che verrebbe fornito dal Secondo Pilastro Complementare servirebbero, naturalmente, regole omogenee per tutte le Forme Sanitarie Complementari (Fondi Sanitari, Compagnie di Assicurazione, Casse di Assistenza e Società di Mutuo Soccorso) che prevedano l'obbligo per tutti gli Enti ammessi a far parte del sistema di garantire: l'assenza di selezione del rischio in ingresso, il divieto di recesso unilaterale da parte della Forma Sanitaria Complementare

per sopraggiunta onerosità della copertura, l'estensione dei Piani Sanitari Integrativi al nucleo familiare, la possibilità di prosecuzione della copertura sanitaria anche dopo il pensionamento e un'adeguata solvibilità finanziaria in linea con la recente normativa *Solvency 2* applicata in tutti i Paesi UE che potrà essere garantita mediante l'affidamento delle risorse delle Forme Sanitarie Complementari a Compagnie Assicuratrici autorizzate ad operare sul territorio nazionale o mediante la dotazione (per le Forme Sanitarie Complementari auto-assicurate) di mezzi finanziari e patrimoniali adeguati.

In questo contesto appare importante anche la costituzione di un'autorità di vigilanza unica e di settore in grado di garantire: l'applicazione delle regole appena illustrate, un'adeguata tutela degli aderenti, la piena comparabilità delle diverse opzioni proposte dalle Forme Sanitarie Complementari ed il monitoraggio dei costi di gestione.

È importante sottolineare, peraltro, che le misure proposte sarebbero sostanzialmente a costo zero per la Finanza Pubblica, in quanto si tratta prevalentemente di interventi di riorganizzazione ed informazione dei cittadini il cui finanziamento sarebbe possibile intervenendo su una razionalizzazione dell'impianto delle detrazioni fiscali per spese sanitarie, che – come abbiamo già sottolineato – risulta attualmente incoerente con gli obiettivi di redistribuzione ed appropriatezza delle cure perseguiti dal nostro Servizio Sanitario Nazionale. Nello specifico, per finanziare il Secondo Pilastro Sanitario Complementare si potrebbe procedere all'adozione delle seguenti misure:

- 1) eliminazione integrale per i beneficiari delle detrazioni fiscali per spese sanitarie, attualmente pari al 19% dell'entità delle cure pagate privatamente dai cittadini con un costo complessivo pari a circa 4 miliardi di EUR annui;
- 2) contenimento dei benefici fiscali previsti per la Sanità Integrativa, attualmente deducibili dal reddito in una misura pari all'aliquota marginale dell'aderente (si consideri che in base al reddito medio annuo degli aderenti attualmente tale aliquota è pari al 25%), mediante la loro sostituzione con una detrazione di entità analoga a quella attualmente prevista per le Spese Sanitarie Private (e, quindi, pari al 19%);
- 3) estensione dell'imposta del 2,5% (attualmente applicata solo sui premi versati dalle Forme Sanitarie Integrative che affidano le proprie risorse ad una Compagnia Assicuratrici) anche ai Fondi Sanitari auto-assicurati ed alle Società di Mutuo Soccorso.

## G.2.2. Fondo Sanitario Interregionale per il Mezzogiorno

Appare sempre più incolmabile il *gap* tra il Centro-Nord e il Sud, anche nell'ambito del *Welfare* e, in particolare, della Sanità. Nel Mezzogiorno, infatti, molte persone non hanno più la possibilità di curarsi adeguatamente a causa di un Sistema Sanitario Nazionale sempre più in difficoltà per la carenza di risorse, di investimenti e di personale medico e di una condizione socio-economica più disagiata.

Di fronte a questa situazione bisognerebbe investire sulla costruzione di un **Fondo Sanitario Interregionale per il Mezzogiorno** finalizzato a garantire nel medio periodo un riavvicinamento delle aspettative di vita, degli indici di salute e dei livelli di cronicità. Attraverso tale Fondo, inoltre, potrebbero essere aggregate risorse aggiuntive per finanziarie nelle Regioni del Sud maggiori investimenti nelle infrastrutture sanitarie, l'aggiornamento tecnologico ed il rinnovamento dei macchinari e il mantenimento/il rientro delle professionalità sanitarie di *standing* più elevato e la formazione di nuovo personale medico ed infermieristico. Un approccio, in altri termini, che punti a contrastare attivamente le migrazioni sanitarie rendendo disponibili ai cittadini all'interno della macroarea del Mezzogiorno delle risposte in linea con le performance dei Sistemi Sanitari delle Regioni del Nord.

In questa prospettiva la Sanità Integrativa accentuerebbe ancora di più la propria funzione complementare offrendo la possibilità di dare attuazione a politiche sanitarie pubblico – privato che possono garantire una funzionalizzazione delle risorse gestite dai Fondi Sanitari e dalla Compagnie Assicuratrici per favorire una maggiore accessibilità alle cure (ad esempio mediante una gestione integrata nel territorio delle c.d. "Liste di Attesa"), per riavvicinare i *gap* assistenziali tra i diversi Servizi Sanitari Regionali e per supportare campagne di prevenzione e di promozione degli Stili di Vita Attivi che possano arrestare le dinamiche divergenti sempre più marcate tra le diverse aree del nostro Paese.

### G.3. Conclusioni

Attualmente nel nostro Paese è in corso una vera e propria “emergenza sanitaria” che deve essere affrontata senza ulteriori indugi. Si tratta della sostenibilità economica e, ancora prima, sociale del nostro Sistema Sanitario che richiede l’adozione di misure strutturali in grado di sostenere un’evoluzione dell’impianto attuale in una prospettiva *multi-pilastro* in grado di avvantaggiarsi sinergicamente del valore aggiunto che può essere assicurato anche dal settore privato nel perseguimento di un interesse pubblico primario.

I bisogni di cura degli italiani sono cambiati ed il Servizio Sanitario Nazionale, strumento fondamentale per la tutela della Salute di tutti i cittadini, non risulta oggi organizzato per gestire queste nuove sfide essendo stato istituito in un contesto molto diverso da quello attuale. La Spesa Sanitaria Privata è ormai da un decennio una realtà organica del nostro Sistema Sanitario. L’utilizzo di questa componente attualmente è indispensabile per sostenere i maggiori bisogni di cura che caratterizzano alcuni stati patologici o situazioni specifiche di Salute, di fronte alle quali il cittadino ha necessità di “complementare” i livelli assistenziali garantiti dalla Sanità Pubblica.

Tuttavia, un sistema sanitario universalistico come il nostro è incompatibile con una necessità strutturale di integrazione «individuale» pagata direttamente dai cittadini malati o più deboli. Per questo motivo è assolutamente necessario identificare strumenti di tutela sanitaria aggiuntivi che possano assicurare un contenimento di questa disuguaglianza latente del Sistema Sanitario favorendo il ripristino di un più elevato grado di tutela in relazione a situazioni sanitarie ed economiche più disagiate.

In quest’ottica l’avvio di un Secondo Pilastro Complementare al quale affidare la gestione delle cure non erogate e non erogabili all’interno del Servizio Sanitario Nazionale, mediante l’impiego di strumenti privati (Fondi e Polizze Sanitari) operanti nell’ambito di un sistema a vigilanza pubblica, che ne assicuri l’armonizzazione con i principi fondamentali del S.S.N., è un’opportunità che non può continuare ad essere mancata. In quest’ottica è fondamentale consentire a Polizze e Fondi Sanitari di assicurare tutta la Spesa Sanitaria Privata superando l’attuale impianto normativo fortemente condizionato da un’impostazione pregiudiziale nei confronti del privato ormai non più attuale.

Siamo profondamente convinti che sia possibile, senza costi aggiuntivi a carico della Finanza Pubblica, raddoppiare il Diritto alla Salute di tutti i cittadini italiani grazie ad una Sanità Integrativa diffusa, equa e sostenibile.

## Bibliografia

- AHIP (America's Health Insurance Plans), *The value of providers network and the role of out of network charges in rising healthcare cost: a survey of charges billed by out of network physicians*
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), *National Healthcare Quality & Disparities Reports*, <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/index.html>
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, *Ospedali & Salute - Rapporto annuale*, 2009
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, *Ospedali & Salute - Rapporto annuale*, 2015
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, *Ospedali & Salute - Rapporto annuale*, 2016
- AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata)/Ermeneia, *Ospedali & Salute - Rapporto annuale*, 2017
- AIOP Giovani (Associazione Italiana Ospedalità Privata), *Ricerca LUISS, L'evoluzione dei Sistemi Sanitari Nazionali a confronto*, 2016
- Altman S., Shactman D., *Power, Politics, and Universal Health Care: The Inside Story of a Century-Long Battle*, 2011
- Anell A., Glenngård A. H., Merkur S., *Sweden: Health system review. Health Systems in Transition*, 14(5):1–159, 2012
- ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici), *Le proposte del settore assicurativo per un sistema sanitario più efficiente*, Position Paper, 2014
- Anticipazione VI° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Servizio Sanitario Nazionale, Sanità Privata e Forme Sanitarie Integrative* (ISBN: 978-88-941528-0-7), 2016
- Anticipazione VIII° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - La salute è un diritto. Di tutti.* (ISBN: 978-88-941528-6-9), 2018
- Banca d'Italia, *Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*, 2018
- Begg D., Fischer S., Dornbusch R., *Economia*, 2001
- Biles B., Arnold G., Guterman S., *Health Policy*, 50:219–240, 2011
- Biles B., Arnold G., Guterman S., *Medicare Advantage in the era of health reform: progress in leveling the playing field*, Issue brief, 2011
- Brambilla A., Novati P., *Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali, Un'analisi delle dichiarazioni Irpef e Irap per totali, tipologia di contribute e territoriale*, 2016
- Briggs A., *The Welfare State in Historical Perspective*, 1961
- Busse R., Blümel M., DOI: 10.1787/data-00285-en, accessed Oct. 6, 2014
- Busse R., Blümel M., *Germany: Health System Review. Health Systems in Transition*, 16(2):1–296 NHS Choices, 2013
- C.R.E.A. SANITÀ, *Osservatorio sui tempi di attesa e sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali*, 2018
- CEIS-C.R.E.A. SANITÀ (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), *IX Rapporto*, 2009
- CEIS-C.R.E.A. SANITÀ (Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), *XIII Rapporto*, 2017
- CERGAS Bocconi, *I consumi privati in sanità - Rapporto OASI 2014*, 2014
- CERGAS Bocconi, *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano - Rapporto OASI 2013*, 2013
- CERGAS Bocconi, *SSN & CERGAS 40 anni insieme - Rapporto OASI 2018*, 2018
- Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C., *France: Health system review. Health Systems in Transition* 17(3): 1–218, 2015
- Chevreul K. et al., *Canadian Public Policy*, 34(1):65–87, 2010

- Collicelli C., Fondazione Censis, *Il nuovo welfare in transizione: dalla protezione pubblica al mercato sociale*, 2011
- Corte dei Conti, *La tutela della salute e il ruolo della Corte dei conti: le spese pubbliche in materia sanitaria*, 2011
- Cox T., *Legal and ethical implications of health care provider insurance risk assumption*, 2010
- Curtis L. J., MacMinn W. J., *Health care utilization in Canada: twenty-five years of evidence*, 2008
- D'Ambrosio Lettieri Sen. L. e Dirindin Sen. N., *Documento Conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla Sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla Garanzia dei Principi di Universalità, Solidarietà ed Equità approvato dalla Commissione* (Doc. XVII, N. 13), Gennaio 2018
- Department of Health, France, *France: health system review. Health Systems in Transition*, 12(6):1–291, 2000
- Department of Health, UK NHS England, *NHS Five Year Forward View*, <https://www.england.nhs.uk/ourwork/>, 2014
- Department of Health, UK, *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services*, 2000
- Dirindin N., Vineis P., *Economia Sanitaria. Bologna*, Il Mulino, 2004
- Edwards N., Hensher M., Werneke U., *Changing hospital systems* in Saltman RB., 1998
- Enthoven A., *Introducing forces into health care: a tale of two countries* (Paper presentato alla Fourth Conference on Health Economics), 2002
- EUROSTAT (Ufficio Statistico dell'Unione Europea), *Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile (POSAS)*, 2015
- EY, *L'assicurazione Salute in Italia*, 2017
- Fattore G., *Clarifying the scope of Italian NHS coverage. Is it feasible?*, 1999
- Fattore G., *Introducing forces into health care: a tale of two countries*, Paper presentato alla "Fourth Conference on Health Economics", Paris, 2002
- Fattore G., *Sistemi di competizione amministrata in sanità*, MECOSAN, 1996
- Figueras J., Sakellarides C., *Critical challenges for health care reform in Europe*, Buckingham: Open University Press
- Enthoven A.C., 1998
- Figueras J., Saltman R.A., Sakellarides C., *Contracting models and provider competition*, 1998
- Fondazione CENSIS, *45° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, 2011
- Fondazione CENSIS, Carla Collicelli, *Il nuovo welfare in transizione: dalla protezione pubblica al mercato sociale*, 2011
- Fondazione CENSIS, *Il ruolo della sanità integrativa nel Servizio Sanitario nazionale*, 2011
- Fondazione CENSIS, ISPE Sanità (Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità), RISSC (Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità), *Rapporto Curiamo la corruzione - Transparency International Italia in partnership con Fondazione Censis, Ispe-Sanità e Rissc*, 2016
- Fondazione CENSIS, *Quale futuro per le risorse in sanità? Quale sanità dopo i tagli?*, 2012
- Governance Unit, *DH Corporate Plan 2014-2015*, 2014
- Harrison MI, Calltorp J., Canadian Medical Association Journal, *The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care*, 2000
- Health at a Glance - Panorama della Salute*, 2018
- Health at a Glance 2016* Available at <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>
- Health at a Glance 2017* Available at <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>



Health Insurance Association of America - *Health Insurance Terminology*

Health Insurance Association of America, *Managed Care: Integrating the Delivery and Financing of Health Care*, Part A, 1995

*I° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Territoriale - Secondo Pilastro Sanitario e Bilateralità Territoriale nella Prospettiva della Riforma del Titolo V della Costituzione* (ISBN: 978-88-941528-1-4), 2016

*II° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - I Fondi Sanitari tra Integrazione, Sostituzione e Complementarietà* (ISBN: 978-88-941528-2-1), 2013

*III° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Sanità, Previdenza e Assistenza. Prospettive Evolutive per il Welfare Integrativo* (ISBN: 978-88-941528-5-2), 2014

Istat, *Annuario statistico italiano*, 2009

Istat, *Annuario statistico italiano*, 2010

Istat, *Annuario statistico italiano*, 2011

Istat, *Annuario statistico italiano*, 2016

Istat, *Annuario statistico italiano*, 2017

Istat, *Annuario statistico italiano*, 2018

Istat, *Condizioni di vita, reddito e carico fiscale delle famiglie*, 2016

Istat, *Conti economici nazionali*

Istat, *Conti economici regionali*

Istat, *Conti economici regionali, Comunicato stampa*, 28 settembre 2010

Istat, *Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà*, 2016

Istat, *I conti nazionali secondo la nuova classificazione delle attività economiche, Comunicato stampa*, 19 ottobre, 2011

Istat, *Il futuro demografico del Paese*, 2017

Istat, *Il sistema dei conti della sanità per l'Italia*, 2016

Istat, *Il sistema dei conti della Sanità per l'Italia*, 2017

Istat, *Indagine Multiscopo, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 2016

Istat, *Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile (Posas)*, Eurostat, Demography, 2012

Istat, *Spese per consumi delle famiglie*, 2016

Istat, *Tutela della salute e accesso alle cure*, Anno 2013, 2014

*IV° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Costruire la Nuova Sanità Integrativa* (ISBN: 978-88-941528-8-3), 2015

Joseph Rowntree Foundation, *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services*. London, 2000

Keehan S. P., Kuchler G., Sisko A. M., *National Health Expenditure Projections: Modest Annual Growth Until Coverage Expands and Economic Growth Accelerates*, (7):1600–1612, *National Healthcare Quality Report and National Healthcare Disparities Report*, 2012

King's fund, *Think differently, Managing the transition to the reformed health system*, Future Trends, <https://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/trends>

Kongstvedt P. R., *The Managed Health Care Handbook*, 2001

- La voce dell'Istituto Superiore di Sanità. 1978-2018: quaranta anni di scienza e sanità pubblica*, 2018
- Labate G., *Le esperienze Europee e i processi di modificazione degli schemi di protezione: i fondi sanitari integrativi verso dove?*, 2011
- Le Grand J., Bartlett W., *Quasi-markets and Social Policy*, 1993
- Lega F., Longo F., *Programmazione e governo dei sistemi sanitari locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto*, MECOSAN, (41) 9-21, 2002
- Lynch M. E., *Health Insurance Terminology*, Health Insurance Association of America, 1992
- Managing the transition to the reformed health system King's fund, *Think differently - Future Trends*, <https://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/trends>
- Mapelli V., *Lo Stato non conosce i modelli regionali*, Il sole 24 ore, 4 febbraio, 2002
- Mastrobuono I., *Federalismo e fondi sanitari integrativi: un modello italiano di "big society"*, 2011
- Mastrobuono I., *La grande sfida della cronicità*, 2018
- Mastrobuono I., *Uno sguardo al futuro del Servizio sanitario nazionale; alcune proposte di intervento*, 2018
- McKee M., Bojan. F., Reforming public health services. Figueras.J. Saltman R.A., Sakellarides C. (ed.), *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*. Buckingham: Open University Press, 1998
- Mecosan, *Sistemi di competizione amministrata in sanità*, 1996
- MEF (Ministero dell'Economia e delle Finanze), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e del sistema socio-sanitario*, 2015
- MEF Dipartimento delle Finanze, *Statistiche sulle dichiarazioni fiscali - Analisi dei dati Irpef*, anno d'imposta 2015, 2017
- MEF Dipartimento delle Finanze, *Statistiche sulle dichiarazioni fiscali - Analisi dei dati Irpef*, anno d'imposta 2016, 2018
- Mellet H., Williams J., *Accountability an the accounting regime in the public sector. Some messages from NHS. International Journal of Public Sector Management*. 9, (1), pp. 61-70, 1996
- MEV(i), *Rapporto MEV(i) Mortalità Evitabile (con intelligenza)*, 2017
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Istat, Inps, Inail e Anpal, *Il mercato del lavoro. Verso una lettura integrate*, 2017
- Ministero della Salute, *Rapporto annual sull'attività di ricovero ospedaliero*, Dati SDO 2016
- Mittone L., *Razionalità limitata e servizio del medico di base: un'analisi della riforma dei quasi-mercati*, Mecosan (19): 12-22, 1996
- Mougeot M., *Régulation du système de santé*, Paris: La documentation français, 1999
- National Audit Office, *Annual Report 2012/13*, 2013
- National Library of Medicine, *Managed Care Programs*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=managed%20care>
- Nebo Ricerche PA, *Rapporto MEV(i) Mortalità Evitabile (con intelligenza)*, 2017
- Nebo Ricerche PA, *Rapporto MEV(i) Mortalità Evitabile (con intelligenza)*, 2018
- Newsletter Ufficio Studi ANIA, *Anno XIV*, n. 4, 2018
- NNA Network Non Autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, VI° Rapporto 2017/2018, Il tempo delle risposte*, 2017
- Nuffield Provincial Hospitals Trusts, *Reflections on the Management of the National Health Service*, 1985

- OCPS (Osservatorio Consumi Privati in Sanità), SDA Bocconi, *Consumi pubblici e consumi privati nel futuro della sanità, Sintesi del rapporto annuale OCPS 2013*, 2013
- OCPS (Osservatorio Consumi Privati in Sanità), SDA Bocconi, *L'innovazione nell'assicurazione salute*, 2016
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), *Health at a Glance*, <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>, 2015
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), *OECD Health Data*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>, 2015
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems*, 2009
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), *Sweden: Health System Review, Health Systems in Transition*, 2014
- ONS (Osservatorio Nazionale Screening), *Rapporto Osservatorio Nazionale Screening*, 2016
- Pammolli F., Salerno N. C., *Il pilastro complementare a capitalizzazione in sanità: 13 buone ragioni per i fondi aperti del welfare*, 2008
- Pammolli F., Salerno N. C., *Le proiezioni della Spesa Sanitaria SSN, SaniMod 2011-2030*, Working paper 3, 2011
- Policy Research Working Paper 4821*, 2009
- Previmedical S.p.A., *Relazione degli Amministratori al Bilancio 2009*, 2009
- Previmedical S.p.A., *Relazione degli Amministratori al Bilancio 2010*, 2010
- Previmedical S.p.A., *Relazione degli Amministratori al Bilancio 2011*, 2011
- Previmedical S.p.A., *Relazione degli Amministratori al Bilancio 2012*, 2012
- Previmedical S.p.A., *Relazione degli Amministratori al Bilancio 2013*, 2013
- Price Waterhouse Coopers for America's Health Insurance Plans, *The Factors Fueling Rising Healthcare Costs*, 2006
- Rapporto Osservasalute 2017, *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, 2018
- Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Integrativa 2017/2018* (ISBN 978-88-944209-1-3), 2019
- RBM Assicurazione Salute S.p.A., *TUTTASALUTE! La soluzione globale per l'assistenza sanitaria*, 2014
- Reviglio F., *Sanità. Senza vincoli di spesa?*, 1999
- Rice T., Rosenau P., Unruh L. Y. et al., *The World Bank Development Research Group Human Development and Public Services Team Rice*, 2013
- Rice, T., Rosenau P., Unruh L. Y., Barnes A. J., *United States of America: Health System Review, Health Systems in Transition*, 15(3):1-431, 2013
- Rizzi F., Dipartimento Welfare e Salute Lega Nord, *Informazioni generali sui servizi sanitaria di alcuni Paesi europei, con particolare riferimento ai ticket*, 7 agosto, 2013
- Ruggeri A., *L'evoluzione di sistemi sanitari in Italia*, Supplemento, n. 18, 15-32, Mecosan, 1996
- Rummel B., *Munich Health: Pioneering Global Health Care*, 2011
- Russo S., *Dispensa di Economia delle Aziende Sanitarie*, 2004
- Saltman R. B., Edwards N., Hensher M., Werneke U., *Changing hospital systems*, 1998
- Saltman R. B., Figueras J., Sakellarides C., *Critical Challenges for Health Care Reform in Europe*, 1998

- Savas S., Sheiman I., Tragakes E., *Contracting models and provider competition*. In Figueras.J., Saltman R.A., Sakellarides C. (a cura di) (ed.), Critical; 1998
- Spandonaro F., Morelli G., *Servizi alla persona in sanità: il trade-off efficienza-equità*, 2010
- UNISON, *The public service union*, <https://www.unison.org.uk>, 2012
- V° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Oltre l'attuale Welfare Integrativo. Rinnovare la Previdenza Complementare e la Sanità Integrativa (ISBN: 978-88-941528-4-5), 2016
- Van Doorslaer E. et al., *Unequal access to medical care in the OECD countries*, 2006
- Vecchiotti M., *Analisi delle Soluzioni Assicurative per l'Assistenza Sanitaria Integrativa*, 2012
- Vecchiotti M., *Corporate Welfare Luiss Business School (Atti): Soluzione Gestionali per il Welfare Contrattuale*, 2012
- Vecchiotti M., *La Salute è un Diritto. Di Tutti*. (ISBN: 978-88-238516-0-3), 2019
- Vecchiotti M., *Sanità, Previdenza ed Assistenza: nuovi modelli per assicurare e gestire le forme di Welfare Integrativo* (ISBN: 978-88-94152-85-2), 2014
- Vecchiotti M., *Scenari evolutivi per la Sanità Integrativa* (ISBN: 978-88-94152-82-1), 2012
- VI° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Il Servizio Sanitario Nazionale e le Forme Sanitarie Integrative, nella prospettiva di un Secondo Pilastro in Sanità (ISBN: 978-88-941528-7-6), 2017
- VII° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata - Il Sistema Sanitario in Italia: come coniugare Sostenibilità, Equità e Promozione della Salute (ISBN 978-88-941528-3-8), 2017
- VIII° Rapporto RBM-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata ed Intermediata (ISBN 978-88-944209-2-0), 2018
- Wagstaff A., *The Commonwealth Fund*, 2009
- World Health Organization, *European Health for All database (HFA-DB)*, <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-forall-database-hfa-db>, 2016
- World Health Organization, *Global Health Observatory data repository*, <http://www.who.int/gho/en/>, 2016

## Indice dei grafici

Grafico 1 – La Spesa Sanitaria: i <i>trend</i> delle fonti di finanziamento (2019*)	pag. 99
Grafico 2 – La Spesa Sanitaria: i <i>trend</i> delle fonti di finanziamento (2019*). Cura e riabilitazione	pag. 100
Grafico 3 – La Spesa Sanitaria: i <i>trend</i> delle fonti di finanziamento (2019*). Assistenza di lungo termine	pag. 101
Grafico 4 – La Spesa Sanitaria: i <i>trend</i> delle fonti di finanziamento (2019*). Ambulatoriale	pag. 101
Grafico 5 – La Spesa Sanitaria: i <i>trend</i> delle fonti di finanziamento (2019*). Domiciliare	pag. 102
Grafico 6 – Livelli Essenziali di Assistenza “negati”	pag. 103
Grafico 7 – Speranza di vita e speranza di vita in buona salute alla nascita per Regione (valori assoluti in anni)	pag. 105
Grafico 8 – Incidenza % della Spesa Sanitaria Privata sul reddito pro capite (2019*)	pag. 106
Grafico 9 – Come pagano le cure private gli Italiani (2019*)	pag. 107
Grafico 10 – Rinuncia alle cure (2019*)	pag. 108
Grafico 11 – Rinuncia alle cure per prestazioni sanitarie (2019*)	pag. 109
Grafico 12 – Mobilità sanitaria: i migranti della salute (2018)	pag. 110
Grafico 13 – Mobilità ospedaliera nei ricoveri ordinari per acuti per Regione: indice di attrazione (valori %)	pag. 111
Grafico 14 – Frequenza del ricorso alla prevenzione (2018)	pag. 113
Grafico 15 – La Spesa Sanitaria Privata Totale: analisi per funzione	pag. 115
Grafico 16 – La Spesa Sanitaria Privata Totale: analisi per tipologia - Spesa Sanitaria Privata per macroprestazione (2019*)	pag. 116
Grafico 17 – La Spesa Sanitaria Privata Totale: analisi per tipologia - Numero di prestazioni private (in migliaia)	pag. 117
Grafico 18 – La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: analisi per fase della vita (2019*)	pag. 118
Grafico 19 – La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: analisi per territorio (2019*)	pag. 119
Grafico 20 – La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: analisi per stato di salute (2019*)	pag. 120
Grafico 21 – La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: analisi per fascia di reddito (2019*)	pag. 120
Grafico 22 – La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: appropriatezza (2019*)	pag. 121
Grafico 23 – La Spesa Sanitaria Privata Totale per funzione: ibridazione (2019*)	pag. 122
Grafico 24 – La Spesa Sanitaria Privata <i>pro capite</i> : analisi per fase della vita (2019*)	pag. 124
Grafico 25 – La Spesa Sanitaria Privata <i>pro capite</i> : analisi per territorio (2019*)	pag. 125
Grafico 26 – La Spesa Sanitaria Privata <i>pro capite</i> : analisi per stato di salute (2019*)	pag. 126
Grafico 27 – La Spesa Sanitaria Privata <i>pro capite</i> : analisi per fascia di reddito (2019*)	pag. 127
Grafico 28 – La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: analisi per tipologia di cura (2019*)	pag. 128
Grafico 29 – La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: ammontare della Spesa Sanitaria Pubblica e Privata <i>pro capite</i> per fase della vita (2019*)	pag. 129

Grafico 30 – La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: ammontare della Spesa Sanitaria Pubblica e Privata <i>pro capite</i> per territorio (2019*)	pag. 130
Grafico 31 – La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: ammontare della Spesa Sanitaria Pubblica e Privata <i>pro capite</i> per stato di salute (2019*)	pag. 131
Grafico 32 – La tutela della salute tra S.S.N. e sanità privata: ammontare della Spesa Sanitaria Pubblica e Privata <i>pro capite</i> per fascia di reddito (2019*)	pag. 132
Grafico 33 – Il paniere della Spesa Privata <i>pro capite</i> : frequenza e importo delle cure private (2019*)	pag. 133
Grafico 34 – Il paniere della Spesa Privata <i>pro capite</i> . Distribuzione delle prestazioni: diagnostica (2019*)	pag. 134
Grafico 35 – Il paniere della Spesa Privata <i>pro capite</i> . Distribuzione delle prestazioni: specialistica (2019*)	pag. 135
Grafico 36 – Il paniere della Spesa Privata <i>pro capite</i> . Distribuzione delle prestazioni: odontoiatria (2019*)	pag. 135
Grafico 37 – Il paniere della Spesa Privata <i>pro capite</i> . Distribuzione delle prestazioni: farmaci (2019*)	pag. 136
Grafico 38 – La Sanità Integrativa: diffusione e livelli di adesione. Assicurati ogni 100 cittadini per territorio (2019*)	pag. 140
Grafico 39 – La Sanità Integrativa: diffusione e livelli di adesione (2019*)	pag. 141
Grafico 40 – La Sanità Integrativa: capacità di intermediazione della Spesa Sanitaria Privata (2019*)	pag. 142
Grafico 41 – Fondi Sanitari: i vantaggi per tipologia di cura (1/2)	pag. 143
Grafico 42 – Fondi Sanitari: i vantaggi per tipologia di cura (2/2)	pag. 144
Grafico 43 – La Sanità Integrativa: i livelli assistenziali. Numero di prestazioni rimborsate ogni 100 assicurati per tipologia di cura (2017-2019*)	pag. 145
Grafico 44 – La Sanità Integrativa: i livelli assistenziali. Ammontare rimborsato per tipologia di cura (2019*)	pag. 146
Grafico 45 – La Sanità Integrativa: i livelli assistenziali. Ammontare rimborsato per tipologia di cura (2016-2019*)	pag. 147
Grafico 46 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: quota pubblica e privata della Spesa Sanitaria portata in detrazione	pag. 148
Grafico 47 – Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: cittadini e Spesa Sanitaria	pag. 150
Grafico 48 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per fascia di reddito	pag. 151
Grafico 49 – Distribuzione delle detrazioni sanitarie per macroaree geografiche	pag. 152
Grafico 50 – Detrazioni Spese Sanitarie Private vs Deduzioni Sanità Integrativa	pag. 153



# TERZA PARTE





## INTRODUZIONE

# MESSAGGI ISTITUZIONALI

---

### **On. Claudio Durigon**

*Sottosegretario Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*

### **On. Marialucia Lorefice**

*Presidente XII Commissione Affari Sociali*

### **On. Claudio Durigon**

*Sottosegretario Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali*

Carissimi,

innanzitutto ringrazio gli organizzatori per l'invito all'importante incontro di oggi, cui non posso partecipare per improcrastinabili impegni istituzionali.

Desidero tuttavia condividere alcune riflessioni su tematiche d'interesse comune e di grande attualità, soprattutto in una visione di prospettiva a lungo termine per ciò che riguarda il futuro dei cittadini e del Sistema Paese.

Ritengo che le tematiche connesse al nostro sistema sanitario, al *Welfare* e alla questione dell'integrazione pubblico-privato siano da considerarsi prioritarie, sia per quanto riguarda il benessere dei singoli cittadini sia per la realizzazione di condizioni sociali dignitose.

La presentazione del IX Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, consente un approfondimento sul funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale e sul ruolo esercitato dalle strutture private come parte integrante e sussidiaria.

Tutti i recenti report del settore sanitario fotografano una situazione in cui il SSN fatica a conciliare le esigenze di controllo della spesa con quelle di mantenimento degli standard di salute raggiunti nel nostro Paese, considerati comunque tra i più elevati a livello mondiale.

La sfida più impegnativa consiste nella necessità di coniugare la scarsità delle risorse disponibili, derivante dalla crisi finanziaria, con la crescente domanda di assistenza sanitaria causata dall'invecchiamento della popolazione. Infatti, il miglioramento dell'aspettativa di vita e quindi l'aumento della longevità dovuto, tra le altre cose, all'evoluzione tecnologica ed a cure farmacologiche più efficienti, seppur fattori importanti ed auspicabili, mettono oggettivamente a rischio la sostenibilità del Sistema Sanitario del nostro Paese, sia dal punto di vista finanziario che da quello del mantenimento di un'adeguata capacità assistenziale.

Oggi siamo di fronte a un Sistema Sanitario che purtroppo non riesce a gestire il flusso di persone che richiedono l'assistenza. Il costo è diventato esorbitante. Ogni Regione spende circa l'80% del suo bilancio in spese sanitarie, ciò significa che non vi sono risorse sufficienti per dare supporto ai servizi per il cittadino ed è quindi necessario trovare soluzioni adeguate. Credo che il sistema di assistenza sanitario privato debba essere un pilastro, insieme a quello pubblico, per gestire le esigenze dei cittadini soprattutto perché il Servizio Sanitario Nazionale, necessario per la tutela della salute di tutti i cittadini italiani, ha visto la sua genesi in un contesto storico totalmente differente, risultando non più allineato alle esigenze di cui attualmente si necessita.

La dimostrazione di ciò è data dall'analisi della spesa sanitaria privata in costante crescita, a compensazione di nuove richieste inevase da parte del Servizio Sanitario Nazionale, specie sotto il profilo della tempistica.

Ciò potrebbe determinare una forma di diseguaglianza, poiché mette le persone nella condizione di poter accedere alle cure solo in ragione della propria capacità reddituale. Tale fenomeno, oramai strutturale nel sistema sanitario del nostro Paese, può essere normalizzato garantendo "una dimensione sociale" alla spesa sanitaria privata, anche attraverso la disponibilità per tutti i cittadini di una Polizza Sanitaria o di un Fondo Sanitario Integrativo.

Il futuro del Sistema Sanitario Nazionale e del diritto di tutti alla salute è senz'altro un tema da tenere in considerazione e su cui confrontarsi ed adoperarsi, prendendo ovviamente in dovuta considerazione le dinamiche ed i contesti in cui si opera. Lo Stato deve quindi garantire, creare ed incentivare le condizioni per favorire la "costruzione" di sistemi territoriali, dove i cittadini possano trovare le risposte di salute, con l'adeguamento dell'offerta agli standard nazionali, rimodulata - tenendo conto di parametri reali - sui cittadini residenti e sui bisogni della popolazione.

È dunque fondamentale che cresca l'attenzione verso il *Welfare* integrato da parte degli operatori del settore e da parte della politica.

A tal proposito vorrei richiamare l'attenzione anche sull'importanza del *Welfare* aziendale che rappresenta una notevole fonte aggiuntiva e sussidiaria di finanziamento per il sistema di *Welfare* del nostro Paese, anch'esso particolarmente importante ai fini del contenimento della spesa pubblica, nel momento in cui la crescente fragilità sociale fa

emergere nuovi bisogni che rischiano di restare insoddisfatti. Costituendo una leva per il miglioramento della produttività e per il conseguimento degli obiettivi strategici delle imprese, è anche in grado di generare un flusso consistente di investimenti.

Il presupposto necessario per la costruzione di un sistema di *Welfare* aziendale risiede in un sistema di relazioni industriali in grado di far fronte al mutato scenario economico, caratterizzato da forte innovazione e competitività, che determina la necessità di rimodulare efficacemente le dinamiche delle relazioni industriali.

Resta ovviamente affidata alle Parti sociali, in piena autonomia, la responsabilità di sviluppare - in maniera sempre più ambiziosa e costruttiva - relazioni sindacali in grado di interpretare adeguatamente l'evoluzione e i cambiamenti delle condizioni di lavoro e dei modelli produttivi e organizzativi delle imprese.

Ed è proprio su questo che la politica si rende disponibile ad essere interlocutore fondamentale, rispondendo favorevolmente a ricoprire il ruolo che le spetta. Nell'agenda politica dei prossimi anni si impongono scelte importanti sul fronte dell'adeguamento delle strutture per rendere compatibili con la stabilità del sistema sanitario le soluzioni per i crescenti bisogni dei cittadini.

Alla luce di queste considerazioni esprimo un particolare apprezzamento per l'iniziativa di oggi e sono certo che la strada intrapresa possa condurre ad uno sviluppo e ad un consolidamento del settore sanitario e delle politiche di *Welfare*, quanto mai necessari per tutti.

Un caro saluto a tutti!

**On. Marialucia Lorefice***Presidente XII Commissione Affari Sociali*

Buongiorno a tutti,

ringrazio il dottor Vecchietti per l'invito al Welfare Day 2019, che offre quest'anno un'importante occasione di confronto su un tema complesso e di grande attualità come la Sanità Integrativa.

Purtroppo gli impegni parlamentari non mi consentono di intervenire personalmente come avevo sperato sino all'ultimo momento: colgo però l'occasione per esprimere il mio apprezzamento per l'iniziativa e la disponibilità ad ascoltare le proposte e gli spunti che vorrete sottopormi.

Condivido la necessità di avviare una riflessione seria e approfondita sulla Sanità Integrativa, partendo dal presupposto che quest'ultima non deve sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di salute, che è il Servizio Sanitario Nazionale, basato sui principi di universalità, equità e solidarietà, come diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione.

I fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale sono stati istituiti dal d.lgs. 502 del 1992 con una ratio ben precisa e condivisibile, integrare i servizi non compresi nei LEA, quali ad esempio le cure odontoiatriche o l'assistenza a soggetti non autosufficienti; tuttavia, sempre più spesso, come certificato dall'Anagrafe dei fondi, superando questa previsione iniziale, finiscono per sovrapporsi alle prestazioni già garantite dal SSN.

La mancanza di trasparenza e la disomogeneità del quadro normativo di riferimento hanno indotto la Commissione Affari Sociali, che mi onoro di presiedere, ad avviare nei mesi scorsi un'indagine conoscitiva sulla Sanità Integrativa.

In questo ambito, come ben sapete, abbiamo deliberato un ampio ciclo di audizioni così da effettuare una ricognizione complessiva dei Fondi Sanitari Integrativi, per comprendere se sia necessario rivederne la missione, al fine di garantire la sostenibilità del SSN, nell'interesse dei cittadini.

Tanti sono gli interrogativi e le questioni aperte: dai sistemi di defiscalizzazione previsti, alla necessità di una maggiore trasparenza sui fondi sanitari, alla tipologia di prestazioni che devono essere garantite, alle possibili discriminazioni tra i cittadini.

Vi rappresento che tutte queste tematiche sono oggetto delle audizioni che stiamo svolgendo in Commissione Affari Sociali, a conclusione delle quali arriveremo ad una risoluzione che impegnerà il Governo a meglio definire il ruolo della Sanità Integrativa anche alla luce dei nuovi bisogni che stanno emergendo nella società.

Siamo, infatti, consapevoli che l'invecchiamento demografico della popolazione e il cronicizzarsi di alcune malattie determinano il bisogno di nuove prestazioni sanitarie e assistenziali, ambiti nei quali in futuro potrebbero trovare sempre maggiore utilità i Fondi Sanitari Integrativi, in supporto del *Welfare* e della sanità pubblica.

Concludo il mio saluto rinnovando la mia disponibilità ad accogliere le vostre istanze.

A tutti voi i più cari auguri di buon lavoro!



## SEZIONE 1

# DAL WELFARE OCCUPAZIONALE AL WELFARE DI CITTADINANZA

---

### **On. Marcello Gemmato**

*XII Commissione Affari Sociali*

### **On. Stefano Mugnai**

*XII Commissione Affari Sociali*

### **Sen. Lucio Malan**

*3<sup>a</sup> Commissione permanente Affari esteri, emigrazione*

### **Sen. Francesco Zaffini**

*2<sup>a</sup> Commissione permanente Igiene e sanità*

### **Dott. Andrea Pancani**

Vuole già dare una riflessione in merito? Perché quello che mi pare sia straordinariamente lampante ed evidente è che la Sanità Integrativa già affianca da tempo ed è strutturale dal punto di vista del garantire le prestazioni sanitarie, no? Quindi come dicevamo all'inizio ci dobbiamo tenere molto caro il servizio pubblico. Coerentemente con quanto detto dal Professor De Rita, però, mi pare di capire che ormai non c'è più la polarizzazione pubblico-privato, c'è un ecosistema complessivo. Il cittadino, o per scelte individuali o per situazioni (penso alle liste di attesa), è costretto a scegliere, e spesso deve scegliere di pagare di tasca propria o rivolgendosi al privato nell'intramoenia. Considerando che la sanità è sempre un argomento molto delicato da maneggiare, c'è da un punto di vista della politica questa consapevolezza?

### **On. Marcello Gemmato**

*Deputato - XII Commissione Affari Sociali*

Ringrazio innanzitutto il dr. Marco Vecchietti per l'invito e per aver immaginato un momento di riflessione ed approfondimento su un tema fondamentale che impatta sulla vita dei cittadini: la sanità ed i nuovi orizzonti offerti dalle nuove declinazioni integrative. Rispondo alla sua domanda con un Sì.

Il terzo millennio ci racconta che la polarizzazione pubblico-privato è superata ed oggi siamo di fronte ad un vero e proprio ecosistema complessivo, che si orienta sulle esigenze del cittadino che sceglie liberamente, partendo dai propri bisogni.



Da evitare è l'approccio ideologico alla questione: la politica deve avere come unico punto di interesse e di sintesi la richiesta di salute del cittadino.

Oltre all'approccio ideologico è da evitare la divisione o, peggio, la contrapposizione tra pubblico e privato. Lo dico in forza del dato record dei 40 miliardi di EUR spesi di tasca propria dai privati per curarsi, e questo fa il paio con i dati impressionanti degli italiani che rinunciano a curarsi per ragioni di carattere economico o per lungaggini legate alle liste di attesa. Rappresentandoci così una fotografia impietosa dell'Italia a due velocità anche per quanto riguarda la sanità e la cura, con un'evidente sperequazione tra nord e sud in barba ai dettami dell'articolo 32 della nostra Costituzione.

Un dato da tenere presente è l'aumento dell'età media del cittadino: fortunatamente si vive di più ma, purtroppo, non si fanno figli e si dota il Sistema Sanitario della solita cifra, corrispondente a 114 miliardi di EUR. Contemporaneamente - e con il collega ne siamo testimoni - noi usiamo anche l'esercizio dell'allargamento della platea dei LEA. Abbiamo approvato l'encefalopatia cronica come malattia invalidante. Io credo si debba ampliare al massimo la copertura da parte dello Stato, dotando il bilancio di ulteriori e maggiori risorse economiche.

#### **Dott. Andrea Pancani**

Considerando che le risorse aggiuntive 2020-2021 del Fondo Sanitario Nazionale potrebbero essere a rischio.

#### **On. Marcello Gemmato**

*Deputato - XII Commissione Affari Sociali*

Sì, addirittura si parla di una riduzione di 2 miliardi di EUR che ha portato il Ministro Grillo ad ipotizzare una sua dimissione, ma anche se ci fosse un aumento - e non una diminuzione - di 2 miliardi di EUR, comunque non riusciremmo a coprire l'aspettativa sociale dei nostri cittadini rispetto a un Sistema Sanitario Nazionale che, lo voglio ricordare, è il quarto al mondo (fonte Bloomberg).

Ma come per i famosi "polli di Trilussa"; questa è una media. Io sono meridionale, nel Meridione purtroppo non ci si cura, e ancor oggi si assiste ai cosiddetti viaggi della speranza dove dalla Puglia, dalla Sicilia, dalla Sardegna si parte per il Nord per curarsi. Si va a validare il motivo per cui, come ci raccontano i dati impietosi del CENSIS, addirittura il 50%, il 48% dei cittadini del Sud, rinunciano a curarsi. Tutto questo si declina in un altro dato, relativo al fatto che l'aspettativa di vita al Sud è di 5 anni inferiore rispetto a quella di un cittadino del Nord. Ricordo a me stesso prima che a voi che l'articolo 32 della nostra Costituzione recita che tutti i cittadini italiani hanno pari diritto di livello di assistenza sanitaria.

Oggi se si ha la fortuna di nascere a Milano nonchè a Torino, si ha un'aspettativa di vita maggiore rispetto ad un pugliese o a un campano.

Ritengo che per chi fa politica ciò sia un'ignominia e credo che il secondo pilastro possa dare una risposta anche a questo.

**Dott. Andrea Pancani**

Al riguardo, volevo solo ricordare che questa è più o meno la fotografia del nostro Paese, e che anche al Sud fortunatamente ci sono poi alcune realtà che funzionano no? Questo a fronte di una situazione più generalizzata, che potremmo definire più critica rispetto ad altre regioni, e bisogna considerare anche il fenomeno della migrazione sanitaria che è stato ben spiegato dal dottor Vecchiotti. Spesso può anche succedere che ci si sposti dalle regioni del Sud alle regioni del Nord a curarsi e si trovano medici meridionali molto bravi, ma questo è un altro discorso.

Volevo sentire l'opinione dell'onorevole Mugnai, al quale volevo chiedere se esiste realmente la consapevolezza che ormai si va oltre la solita trita e ritrita contrapposizione pubblico-privato, perché io non ne sono così certo. Bisogna anche considerare che voi rappresentate Fratelli d'Italia e Forza Italia...

**On. Stefano Mugnai**

*Deputato - XII Commissione Affari Sociali*

Da parte nostra sì. Ho il vago dubbio che non sia così unanime, però credo che ci debba essere una consapevolezza, che è quella fotografata dalla realtà e anche dalle interviste che sono state mandate in onda subito prima del nostro intervento. Chi fa politica si deve porre prima di tutto una domanda: se attraverso la propria azione si riesce a mantenere vivo il patto fra cittadino ed istituzioni. Alla fine non sono tante le cose che i cittadini chiedono allo Stato in senso lato. Una volta la sicurezza soprattutto dai confini esterni, oggi la sicurezza all'interno dei nostri territori, una pensione per quando si raggiunge l'età per ottenerla...

**Dott. Andrea Pancani**

Lì ci sta lavorando abbondantemente Salvini quindi...

**On. Stefano Mugnai**

*Deputato - XII Commissione Affari Sociali*

Ma certamente anche un Sistema Sanitario che sia in grado di dare delle risposte. L'anno scorso abbiamo festeggiato i 40 anni del Sistema Sanitario Nazionale, una riforma importantissima, e il fatto che funzioni da 40 anni lo dimostra, ma che chiaramente ha necessità di avere delle revisioni. Il patto fra cittadini ed istituzioni in materia sanitaria si basa su elementi banali. Espongo il mio esempio personale: io purtroppo sto correndo verso i 50 anni, sono fortunato in quanto non ho mai avuto malattie particolari, gioco a calcio e ho avuto solo qualche frattura, quindi problemi semplicissimi. È da 30 anni che pago le tasse nella consapevolezza che parte di esse servono anche per curare i cittadini che affianco a me sono meno fortunati e versano in una situazione di malattia, e che quindi si curano anche con quelle risorse...

Però c'è anche un ragionamento vagamente egoistico: io sono ben contento di pagare le tasse per sostenere un Sistema Sanitario che curi i cittadini che, a differenza mia, in questo momento ne hanno bisogno, ma anche per la consapevolezza che quando avrò necessità di una prestazione sanitaria il sistema è pronto a fornirmela. Questo è il patto.

Ci hanno fatto convincere e ci siamo convinti tutti che non è più sufficiente, perché nel momento in cui io ho pagato le tasse e purtroppo ho necessità di una risposta al mio bisogno sanitario provo a prenotare al CUP e mi viene detto: "Si va bene, va tutto a posto. Per la tua prenotazione c'è da pagare un ticket." I ticket in molti casi ormai coprono ampiamente il costo della prestazione, ma nascono con un'altra filosofia, che è la stessa della macchinetta che si trova sul carrello del supermercato. Quando non c'era l'apposito spazio in cui inserire un euro o due euro che si possono riavere indietro riportando a posto il carrello, i carrelli di tutte le grandi reti di distribuzione erano sparsi in tutti i quartieri della città.

Con un'invenzione banalissima e allo scopo di recuperare un euro, ora tutti lo riportano a posto. Il ticket nasce con questa filosofia: onde evitare che uno si faccia prescrivere un elevato numero di prestazioni senza che ve ne sia la necessità che rappresenta un costo ed è uno spreco, si impone una spesa simbolica, che oggi potrebbe essere di 5 o 10 euro. In questo modo le persone si fanno prescrivere effettivamente ciò che serve, al fine di non sprecare quei 5 o 10 euro. Ma anche questa è passata in cavalleria. Ci siamo convinti che si pagano le tasse, si paga anche il ticket, ma se poi oggi si ha bisogno di una prestazione, che è stata prescritta da un professionista, e si chiede alla struttura quando ci si può recare, ci si sente rispondere "fra 12 mesi, 18 mesi ..." e viene meno il patto. Questa risposta può poi essere integrata anche da un altro ragionamento: "Però se va in intramoenia domani qui la prestazione arriva."

Al riguardo, bisogna considerare che dei 100 euro che si spendono in intramoenia una parte viene destinata al professionista ma una parte significativa viene assorbita dal Sistema Sanitario Regionale, e quindi creare le liste d'attesa serve in qualche modo anche a creare la domanda per intramoenia. Se la situazione è questa, e chiunque vive il territorio sa benissimo che è così ed è stata perfettamente fotografata anche dalle interviste, credo che la politica si debba porre delle domande e trovare anche il coraggio di dare delle risposte. E lo deve fare in maniera molto pragmatica e cercare finalmente di vincere anche tutta una serie di pregiudizi ideologici.

Il nostro Servizio Sanitario è stata una riforma eccezionale e magnifica di un Paese che in quegli anni riusciva a guardare al proprio futuro avendo una visione e dando delle risposte vincenti, che permettevano di fare un salto di qualità a tutta la comunità, ma oggi vi è questa necessità. Se il problema si declina dal punto di vista del cittadino, è evidente che vengono meno gli steccati ideologici. È chiaro che una risposta di buon senso come quella rappresentata da una Sanità Integrativa che non va a sostituirsi al servizio sanitario pubblico ma che lo affianca, permette al cittadino che ha pagato le tasse e che è disponibile anche a pagare il ticket, nel momento in cui ha bisogno di sapere se un problema di salute è una sciocchezza piuttosto che qualcosa di serio, di poterlo sapere in tempi ragionevoli.

**Dott. Marco Vecchiatti***Amministratore Delegato e Direttore Generale - Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.*

Considerando anche i lavori della Commissione Affari Sociali in corso, avrei una domanda molto mirata, in quanto credo che da questi primi interventi emerga una consapevolezza da parte di tutti del bisogno di intervenire sulla gestione della Spesa Sanitaria Privata. Ci sono molte motivazioni sociali ed economiche condivise, con declinazioni ovviamente differenziate tra le diverse forze politiche. In questi anni al tempo stesso è emersa una difficoltà oggettiva a proseguire il percorso della Sanità Integrativa verso una sua strutturazione, verso la costruzione di un Secondo Pilastro Sanitario come fatto invece in ambito previdenziale, pure se in presenza di un presidio forte dello Stato, perché quella pensione è tipicamente pubblica, erogata con finanziamento a carico della collettività e con meccanismi solidaristici simili a quelli che alimentano il Servizio Sanitario Nazionale. Eppure questo passo, che potremmo definire evolutivo, nel campo della sanità ancora non si è riuscito a portarlo a termine. La mia domanda mira a capire da parte vostra quali sono le prospettive e quelli che sono gli elementi che ritenete sia importante rimuovere anche da parte del settore per favorire una maggiore conoscenza delle opportunità che mette a disposizione, e per aprire a tutti i cittadini queste soluzioni.

**Dott. Andrea Pancani**

Vediamo chi vuole rispondere, perché tu ti riferivi anche alle audizioni in Commissione Affari Sociali, non so se prima di Malan vuole rispondere...

**On. Marcello Gemmato***Deputato - XII Commissione Affari Sociali*

Durante le audizioni abbiamo percepito che prima della riforma politica ci deve essere un cambio di marcia dal punto di vista culturale. Dobbiamo innanzitutto confrontarci sul tema culturale dell'assistenza integrativa, far venire meno quei pregiudizi che io e il collega evidenziavamo e che sono di carattere ideologico, perché a mio avviso se non sgomberiamo il campo dai pregiudizi ideologici difficilmente si riuscirà poi ad attuare nella pratica politica ciò che si pensa.

Oggi il tema è questo: capire che l'assistenza integrativa corrobora il Sistema Sanitario Nazionale, non lo vuole fagocitare, e che può portare addirittura a dei livelli di assistenza sanitaria elevati anche al Meridione. Mi perdonerete se il mio eloquio è più legato a caratteristiche locali, ma ritengo che l'Italia unita parta dai LEA realmente applicati ed equamente garantiti a tutti i cittadini italiani, e che oggi in alcune realtà del Meridione il pari livello di assistenza sanitaria venga garantito dal sistema integrativo.

Il vero problema secondo me è questo, ed è di carattere culturale prima ancora che politico. Bisogna far capire che oggi esiste un'opportunità rappresentata dal vostro settore, e che può essere opportunamente cavalcata, integrata, strutturata nel Sistema Sanitario Nazionale, così come peraltro avviene in altri Paesi; ricordavo che noi siamo al quarto posto, e prima di noi c'è la Francia che ha dei livelli del 50% di ricorso all'assistenza integrativa. Quelli rappresentano i modelli, il benchmark verso il quale noi dovremmo tendere, e quindi immagino che troverai forze politiche come le nostre (mi

sento di parlare anche a nome dei colleghi), sempre puntualmente presenti a difendere non l'interesse del privato, ma l'interesse del popolo italiano che in questo momento si declina anche attraverso la strutturazione di un Sistema Sanitario integrato con la previdenza integrativa, con l'assistenza integrativa.

### **On. Stefano Mugnai**

*Deputato - XII Commissione Affari Sociali*

Il lavoro fatto in queste settimane e in questi mesi in Commissione alla Camera (ma immagino anche al Senato) con la presenza di Marco Vecchiotti ma anche di tanti altri auditi su questo tema, è stato un lavoro importante, perché ha alzato il livello di consapevolezza quantomeno dei commissari di questa legislatura; poi bisogna vedere quanto durerà ma perlomeno coloro che sono in Commissione ora hanno avuto un quadro abbastanza esaustivo.

Però è evidente che prima che ci siano delle riforme anche normative bisogna vincere una battaglia culturale nel Paese, o perlomeno in una sua parte e in una parte dei rappresentanti dei suoi cittadini. Quando si parla di privato e di profit in sanità viene in mente Alberto Sordi e Villa Celeste, il medico della mutua: grandissimo film però è un'idea vagamente grottesca di un sistema che in realtà non è così. Come in tutti i consessi umani ci sono cose positive e cose negative, però la risposta deve essere una risposta strategica.

Bisogna far capire che anche in sanità l'elemento del profit non è il demone, l'importante è inserirlo all'interno di una griglia di regole e di norme che non faccia perdere di vista qual è l'obiettivo. Si può fare profitto facendo anche qualcosa di utile per i cittadini, e anzi qualcosa che magari oggi il sistema pubblico non riesce a fare, perché poi comunque, fuor di ipocrisia, anche nel Sistema Sanitario pubblico tanti fanno profitto. Una delle reticenze non solo culturali ma anche gestionali è perché in tante Regioni, io vengo da una Regione dove la sanità è a un buon livello (la Regione Toscana) e dove sostanzialmente si è sposato in maniera ideologica il modello di tutto pubblico.

Però è inutile nasconderselo, si è fatto anche per esigenze politiche, perché attraverso il controllo della sanità tutta pubblica si dava anche buona sanità, soprattutto nel periodo in cui tutti gli anni c'era il 3% di trasferimenti in pura sanità e quindi le risorse erano sostanzialmente tendenti all'infinito ed era anche facile fare buona sanità, ma si costruiva anche consenso clientelare attraverso la sanità pubblica. Non è che da una parte è tutto sbagliato e da una parte è tutto giusto, ci vuole un approccio pragmatico, si devono vincere anche delle reticenze culturali che ancora ci sono, e sono presenti certamente in una parte del Paese e in una parte delle forze politiche che sono anche al governo di questo Paese.

### **Dott. Andrea Pancani**

Da chi vengono le resistenze maggiori?

### **Sen. Lucio Malan**

*Senatore - 3ª Commissione permanente Affari esteri, emigrazione*

C'è il rischio che l'assistenza integrativa, quella privata, venga vista come una privatizzazione del servizio pubblico. Noi abbiamo nella Costituzione addirittura il diritto

alla salute, ma il fatto di avercelo nella Costituzione però non produce il denaro necessario a coprire qualunque cura. Specialmente quando le malattie sono gravi, tutti vogliono l'ultima cura, la più efficace, la migliore, la più rapida, e non quella di serie B o serie C. Ma è evidente che i costi sono elevati e tutto ha un limite, persino le risorse per la sanità sono scarse e non basta che siano nella Costituzione. Dobbiamo ricordare che il nostro Servizio Sanitario Nazionale è una risorsa straordinaria, se ne parla quasi solo per i casi di malasanità, per le code, per le liste d'attesa ma abbiamo una risorsa straordinaria, basta fare paragoni con altri Paesi, e parlo di Paesi evolutissimi non di Paesi del terzo mondo o comunque più poveri del nostro. Se facciamo un paragone con Paesi che sono al nostro livello o anche maggiore, notiamo che l'assistenza sanitaria italiana è competitiva con tutti e spesso superiore.

I costi però non possono essere coperti illimitatamente, in presenza di un continuo rinnovamento delle cure a cui conseguono spesso maggiori costi, e di una popolazione che è invecchiata di più rispetto agli altri Paesi, con i relativi riflessi che questo ha sulla spesa. Per quanto a volte nelle campagne elettorali possa essere conveniente, credo che bisogna avere il pragmatismo ed il senso della realtà che non si può dire che tutti avranno l'ultimissima cura senza aspettare e che i trasgressori saranno severamente puniti, come c'è scritto sugli autobus per chi non paga il biglietto, perché non è una cosa possibile. Così come non sono razionali alcuni approcci che sono stati creati con le aziende sanitarie che hanno sicuramente tantissimi pregi, ma il fatto di avere messo il famoso DRG (che per altro ha un'origine tutt'altro che di questo genere, visto che era per classificare le malattie, le patologie, le cure in un modo che non aveva nulla a che fare con la remunerazione), e poi magari andare a valutare l'efficienza di una struttura sulla lunghezza delle liste d'attesa.

La domanda è questa: uscendo dal campo della sanità, tra il ristorante dove quando arrivi ti viene detto che il tavolo non è disponibile per almeno un'ora e che c'è la coda e quindi se si vuole aspettare bisogna farlo per un'ora e mezza, e quello dove appena entri trovi subito il posto, siamo sicuri che quello migliore sia quello dove appena entri c'è subito il posto, o in realtà quello migliore è quello dove c'è la coda? A volte è semplicemente un ristorante alla moda, ma a volte è il ristorante migliore. E la cosa è la stessa nella sanità, dove non si pensa di avere buone cure è difficile che ci sia la lista d'attesa lunga. La lista d'attesa lunga in alcuni casi è sintomo di inefficienza, ma in alcuni casi è sintomo di efficienza e di affidabilità e la gente vuole andare lì. Ma perché non si va in un altro posto?

### **Dott. Andrea Pancani**

Quindi lei giustamente vede il bicchiere mezzo pieno da questo punto di vista?

### **Sen. Lucio Malan**

*Senatore - 3ª Commissione permanente Affari esteri, emigrazione*

Io penso che bisogna lasciare lo spazio, deve essere creato con le apposite regole, prendendo atto dei limiti, ontologici che ha il Sistema Sanitario Nazionale, bisogna prendere atto del fatto che ci possono essere delle persone (ed è normale che ci siano) che decidono di assicurarsi per saltare le liste d'attesa dove ci sono, per avere

un'assistenza maggiormente di propria scelta, e non c'è nulla di strano che qualcuno ci metta dei soldi e che qualcuno offra questo servizio. Bisogna andare al di là della demagogia di dire che visto che tutti hanno diritto a tutto subito questo tutto può essere prontamente garantito.

**Dott. Andrea Pancani**

Ma in chi intravede questa demagogia?

**Sen. Lucio Malan**

*Senatore - 3ª Commissione permanente Affari esteri, emigrazione*

È facile, può essere da tutti, basta considerare un candidato alla presidenza di una Regione dato che le Regioni hanno gran parte del loro bilancio sulla sanità e parlano soprattutto di quello perché tocca la gente. Poi nel momento in cui si tratta di concretizzare, i problemi emergono e allora è meglio avere un approccio realistico e rendersi conto che l'integrazione è giusto che ci sia, gli italiani spendono tantissimi soldi a parte del Sistema Sanitario Nazionale per la sanità, ed è giusto che la cosa sia strutturata in modo da proteggere le persone contro gli eventi per i quali non avrebbero i soldi da spendere, ma che la formula assicurativa, che alla fine ha un aspetto di mutualità, rende possibile raggiungere questi obiettivi senza chiedere l'impossibile. Questo non vuol dire assolutamente sminuire il Servizio Sanitario pubblico, ma vuol dire fargli fare quello che serve e tante volte quello che serve è ciò che i famosi DRG non premiano, in quanto se gli ospedali applicassero alla lettera i DRG e le direttive che gli arrivano da coloro che dovrebbero razionalizzare la sanità, si avrebbe una serie di malattie che non verrebbero per nulla trattate perché non sufficientemente premiate dai famosi parametri. Per fortuna c'è un'etica professionale che fa sì che comunque sia si operi dove è necessario e dando le priorità necessarie, anche se ciò non fa aumentare, non migliora le cifre dell'azienda sanitaria. È indubbio che ci sono degli squilibri che sono creati proprio nel tentativo di razionalizzare una cosa che va razionalizzata, ma con senso della realtà, e non con il senso dell'ideale del tutto a tutti comunque e subito.

**Dott. Andrea Pancani**

Ora sentiamo il Senatore Zaffini sulle questioni che peraltro ben conosce, perché ci sono state altre occasioni per confrontarci su questo. Qualcuno dei suoi colleghi parlamentari diceva: "Secondo me ormai c'è la consapevolezza che lo scontro non è più tra pubblico e privato". Qualcun altro dice: "chissà, le resistenze ci sono". Considerando anche le parole finali del senatore Malan, qual è il suo pensiero al riguardo?

**Sen. Francesco Zaffini**

*Senatore - 12ª Commissione permanente Igiene e Sanità*

Io sono fiducioso rispetto a quello che ha detto Lucio Malan, perché riconosco la sua formazione e le sue convinzioni, anche rispetto ad altri colleghi. La vicenda è assolutamente una di quelle chiare, lo scontro tra pubblico e privato in sanità mi ricorda vagamente lo scontro tra datore di lavoro e lavoratori che animava gli anni '70 e '80. Alla fine si è capito

che in realtà la barca era la stessa e che se affondava per tutti, e qualcuno ha smesso di vedere questa contrapposizione mentre qualcun altro continua, ma ad ogni modo immagino che tutti abbiamo capito che invece serve un rapporto sinergico collaborativo e costruttivo, e questo evidentemente vale anche per il rapporto pubblico-privato in sanità. Il Sistema Sanitario Nazionale ha compiuto 40 anni e mostra tutti i suoi difetti, che possiamo citare brevemente: allungamento e cronicizzazione di tantissime patologie, conseguente allungamento della vita media con forte appesantimento sui servizi del *Welfare* e del Sistema Sanitario in particolare, l'enorme problema rappresentato dalle professioni medico sanitarie. Al riguardo volevo fare una considerazione su un argomento attuale e riguardante questo Governo ed in particolare questo Ministro, che io non difendo affatto.

In un decreto intitolato Calabria con 6 articoli sono state inserite una riforma del Sistema Sanitario riguardante le professioni mediche, una riforma dell'università (almeno per quanto riguarda le facoltà di medicina) e anche una riforma della giustizia, perché ci sono tematiche attinenti la Corte dei Conti, ecc... quindi con una leggiadria veramente invidiabile che ricorda molto l'inconsapevolezza. Con 6 articololetti di un decreto urgente che riguarda la sanità calabrese, sono stati inseriti temi che impegnano complessivamente l'intero Sistema Sanitario Nazionale che andrebbero ragionevolmente trattati in una riforma organica ben diversamente elaborata, e soprattutto ben diversamente condivisa.

Continuo ora a enumerare i limiti del nostro Sistema Sanitario: 5 anni abbondanti di differenza di vita media tra Regioni del Nord e del Sud Italia, una Regione come la Calabria, (della quale in questi giorni, ripeto, stiamo trattando questo testo di Decreto Legge) che è commissariata da 10 anni...

È evidente che serve qualcosa, bisogna ripensare complessivamente l'intero impianto e non lo si può certo fare pensando che il Sistema Sanitario così com'è previsto possa coprire tutti i fabbisogni di salute, visto che addirittura non riesce a coprire neanche i Livelli Essenziali di Assistenza, specialmente nelle Regioni commissariate e in quelle del Sud. Questa mattina in Commissione con alcuni colleghi, e in particolare col Senatore Siclari che è calabrese, parlavamo del fatto che all'ospedale metropolitano di Reggio Calabria ci sono 6 ascensori che sono tutti e 6 guasti da almeno 20 giorni. Non parliamo di Nord Africa, e neanche di Africa centrale, parliamo di Italia.

Questo è un esempio evidentemente banale, ma credo che sia significativo. Ci sono solo due ecografisti in un ospedale che serve quasi 100 comuni, e potrei aggiungere molto altro ancora. È del tutto evidente che questi sono segnali di un sistema che mostra crepe pesanti, e queste crepe non sono solo di natura finanziaria o tecnica o giuridica, ma attengono alla vita quotidiana di cittadini, alla salute pubblica, a bisogni e diritti primari. Per quanto riguarda chi continua a dire che l'attuale sistema non deve essere toccato perché la sanità deve essere pubblica e solo pubblica e con tutto ciò di cui si è a conoscenza, evidentemente le alternative sono due: o è in malafede (e io, se mi permettete, temo che così sia per la maggior parte di coloro che fanno tale affermazione), oppure è ignorante, nel senso che ignora lo stato delle cose.

Come risultato credo che il legislatore si debba interrogare su che cosa fare per riformare il sistema, e questo noi e io ce l'abbiamo ben chiaro. Serve evidentemente un diverso rapporto tra pubblico e privato, serve coinvolgere il sistema della Sanità Integrativa e delle assicurazioni, e questo anche a copertura delle fasce più deboli della popolazione e di



quelle attualmente scoperte che sono tante. Questo perché il sistema delle assicurazioni copre solo alcune particolari categorie produttive che dispongono di certi contratti, e quindi ne rimane esclusa una quota così elevata da rendere necessaria un'integrazione.

Questo non è in concorrenza, ma è a completamento dell'offerta sanitaria complessiva, ne è ancillare, e vorrei dire che serve per sopravvivere e per far sopravvivere. La sanità italiana è una sanità d'eccellenza grazie ad operatori ben formati e che operano in modo eccellente e grazie a una capillarità di strutture che però oggi segna il passo, nel senso che è un gigante che deve essere razionalizzato ed efficientato per poter veramente andare a coprire i bisogni reali dei cittadini.

Io credo che tutto questo noi lo dovremo fare rapidamente nei prossimi mesi, compatibilmente con la vita di questo Governo. Bisogna cominciare dal riorganizzare il sistema dei paletti di questo comparto che dovrebbe agire in veste di secondo pilastro (come viene giornalmente definito), e poi capire i principi di base di una riforma complessiva che noi abbiamo ben chiara, ma che dovrà necessariamente essere condivisa, col medesimo spirito di condivisione con cui 40 anni orsono è stata pensata la grandissima riforma del Servizio Sanitario Nazionale.

Con riferimento al ruolo delle Regioni, io non sono pregiudizialmente contrario a un sistema intelligente di regionalismo differenziato, e al fatto che la sanità rimanga materia regionale. Reputo che sia importante mantenere i livelli di controllo e di indirizzo nazionali più rilevanti. Anche su questa tematica, per esempio, il nostro gruppo Fratelli d'Italia ha depositato una richiesta di commissione di inchiesta sulla Regioni commissariate, perché le Regioni commissariate costituiscono mezza Italia, e ho paura che la mezza Italia commissariata piano piano agirà sulla mezza che ad oggi non lo è. Questo non tanto e non solo con lo spirito e lo scopo di individuare a chi appartiene la colpa, ma (perlomeno nella mia intenzione) con quello di indagare e capire ciò che non funziona, e di aprire una discussione generale partendo dal non irrilevante particolare, di mezza Italia che non tiene e che non sta dentro il sistema, pur essendo a tutti gli effetti Italia. Nei prossimi giorni noi condivideremo questa proposta, e so che ce n'è già un'altra a firma del Presidente della Commissione Sanità e dei 5 Stelle che nonostante sia un po' diversa mantiene la stessa sostanza, quindi spero che troveremo condivisione nei colleghi in Senato per varare questa commissione, che potrebbe essere un buon luogo di discussione per affrontare seriamente questo argomento, che non è più un dettaglio.

L'Italia ha tanti problemi, però io che ho fatto per 15 anni il Consigliere Regionale in Umbria e mi sono occupato di politica della Sanità da sempre, sinceramente non capisco questa disattenzione della politica nei confronti della sanità. Perché? Da un lato perché impegna circa l'80% del bilancio delle Regioni e quindi risorse importantissime, ma dall'altro perché impegna un diritto e un bisogno primario che è quello di salute. Come fa la politica a non occuparsi di questo? Personalmente credo che ci dobbiamo riappropriare di questi temi e di questi problemi portandoli all'attenzione del Parlamento, che è l'unico luogo dove certe soluzioni possono trovare spazio. I problemi enormi non possono certo trovare spazio e soluzione in articoletti infilati a tradimento in un testo di legge che riguarda altro e che stravolge complessivamente il sistema con una leggiadria invidiabile, perché per certi versi è un'inconsapevolezza e una leggiadria che vorrei avere io in tante altre situazioni.

**Dott. Marco Vecchietti**

*Amministratore Delegato e Direttore Generale - Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.*

Volevo chiudere con una conclusione che deriva dagli interventi ascoltati finora, in quanto mi sembra che esista una convergenza sul bisogno di integrazione e di gestione dei bisogni dei cittadini, e con diversi livelli viene identificata una potenzialità da questo punto di vista del settore assicurativo e del Secondo Pilastro Sanitario della Sanità Integrativa di fornire questo tipo di risposte. Io credo che sia importante partire da una prima considerazione: quello che fino ad oggi ha impedito questo meccanismo di scelta ai cittadini è che la normativa non consente a tutti i cittadini italiani di aderire a Forme di Sanità Integrativa, perché la normativa dedicata ai Fondi Sanitari Integrativi (che è attualmente oggetto dell'indagine della Commissione Affari Sociali) riserva la possibilità per i fondi di assicurare tutta la Spesa Sanitaria Privata solamente a quelli che operano nell'ambito dell'Articolo 51 del TUIR, ovvero quella norma che riguarda i redditi da lavoro dipendente. Il problema è che la necessità di integrazione riguarda tutti i cittadini per i quali questa norma non è applicabile, e che non potendo contare sul presidio della contrattazione hanno minori tutele sociali e presentano quindi un più evidente bisogno non solo di integrazione sanitaria, ma in generale di sostegno al reddito.

Una prima riflessione, una prima domanda riguarda questo. Un secondo tema è quello del rapporto tra sanità e territorio. Il modello di Sanità Integrativa attuale è un modello che vede i Fondi Sanitari istituiti dalla contrattazione collettiva nazionale, che sono quindi dei fondi nazionali, che però dovrebbero confrontarsi con delle Regioni che invece gestiscono in autonomia il proprio Sistema Sanitario. Io credo che perché questa integrazione sia realmente efficace e sistemica sia fondamentale creare anche un rapporto istituzionale tra fondi e Regioni, analogamente a quanto avviene su scale totalmente diverse nel rapporto Stato-Regioni nella Commissione dedicata a queste tematiche. Diversamente il rischio è che la Sanità Integrativa integri sempre dei Livelli Essenziali di Assistenza che non sono conosciuti direttamente, e quindi che non possa garantire delle politiche realmente sinergiche ma che si trovi sempre ad inseguire dei bisogni estemporanei, non potendo né pianificare né investire risorse nel medio-lungo periodo, anche per favorire l'allineamento tra Regioni del Mezzogiorno e Regioni del Nord.

**On. Stefano Mugnai**

*Deputato - XII Commissione Affari Sociali*

In politica la variabile tempo è importante, e si tratta di capire che orizzonte temporale ha di fronte questo Parlamento, però nell'intento della folta serie di audizioni che sono state fatte in Commissione credo che il punto di caduta debba essere l'assunzione da parte dei legislatori (quindi noi), di provvedimenti che vadano nella direzione di sdoganare completamente il concetto che ci debba essere una seconda gamba, una seconda colonna o secondo pilastro nel Sistema Sanitario, e di farlo in maniera puntuale per cercare di dare risposte a tutta la platea dei cittadini, e non solamente ad un settore. Non è banale e scontato che si arrivi a questa conclusione, perché nel momento in cui si passerà dalla fase delle audizioni alla fase della discussione di proposte normative, è evidente che arriverà il richiamo della foresta, e quindi ho la convinzione che chi subisce

ancora il fascino di alcuni *diktat* ideologici andrà a sbandierare al grido "nessuno tocchi la sanità pubblica".

Andrà a finire così, però credo che anche attraverso le audizioni, le iniziative come il *Welfare Day*, e il dibattito e l'esperienza soprattutto diretta dei cittadini, ha ragione il collega Zaffini. Io sono stato molto meno nel Consiglio Regionale della Toscana, 8 anni, però anche io ho lavorato in sanità e francamente non riesco a capire bene perché il tema sanità non sia uno dei temi principali nell'agenda della politica, perché per tutti i tantissimi cittadini che hanno necessità di avere prestazioni sanitarie è evidente che nel loro quotidiano quello è un problema prioritario, perché se hanno un problema di salute è chiaro che quella diventa una priorità.

Anche in termini egoistici per chi fa politica occuparsi di sanità dovrebbe essere una questione da usare a fini elettorali, però francamente questo sfugge un po'. Ciò nonostante, il lavoro fatto in questi mesi è un lavoro che porta comunque a una maggiore consapevolezza, in quanto i cittadini che sentono parlare di questi temi se possono sono poi i primi a testare sulla loro pelle la bontà della possibilità di avere una scelta alternativa e ne sono i testimonial, quindi credo ci sia una maturazione complessiva, si tratta di capire in che tempi arriverà a compimento e poi quali saranno i rapporti di forza all'interno del palazzo, e i momenti in cui si dovrà votare in un modo piuttosto che in un altro.

### Senatore Lucio Malan

*Senatore - 3ª Commissione permanente Affari esteri, emigrazione*

Io colgo quello che ci è stato detto riguardo alla necessità della Sanità Integrativa di potersi programmare e di avere un quadro certo e possibilmente stabile, perché altrimenti non si può programmare. Questo vale naturalmente per il pubblico, ma a maggior ragione vale per il privato. Provvedimenti infilati magari di straforo con riforme che pretendono di essere epocali e che in realtà fanno spesso solo confusione o addirittura danneggiano direttamente sono decisamente negative in questo senso, bisogna avere un profilo lungo e comprendere che non c'è solo la risposta dei sondaggi del giorno dopo, ma c'è la possibilità di avere a lungo termine una sanità efficiente.





## SEZIONE 2

# INTERVENTO

# MINISTERO DELLA SALUTE

---

**Dott. Andrea Urbani**

*Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - Ministero della Salute*

Vorrei provare a fare un ragionamento sistemico, che è quello che è richiesto da più parti ed è auspicato da tutti ma che difficilmente riusciamo poi a mettere a terra nei nostri comportamenti e molto spesso nella normazione che si sussegue e si stratifica in maniera disarmonica.

Stiamo lavorando, in questi giorni, al nuovo Patto per la Salute e lo stiamo facendo partendo da alcune certezze che sono figlie di dati e di confronti su scenari nazionali e internazionali. Il Servizio Sanitario Nazionale è un patrimonio di tutti, che oggi ci viene consegnato come sobrio, resiliente e in equilibrio e attualmente è l'ultimo sistema universalistico al mondo a garantire una copertura universale ai nostri cittadini e a non dover presentare libri in tribunale.

A meno che non ci vogliamo confrontare con piccoli sistemi come Svezia e Finlandia (che sono poco meno che piccole Regioni italiane), l'unico sistema simile al nostro, quello inglese, dall'anno scorso ha bisogno di 4 punti di PIL per mantenere le stesse garanzie, punti che non riesce a destinare al servizio sanitario e quindi da oltre un anno ha bloccato i ricoveri in elezione. Il sistema spagnolo nel 2012 ha restituito la sanità alle municipalità ed è passato ad un sistema mutualistico-assicurativo, quindi diciamo che possiamo ritenerci fortunati. Questo è un sistema che nel 2007 perdeva 5 miliardi di EUR ogni anno e aveva accumulato 10 miliardi di EUR di debiti e attraverso una serie di manovre e di misure, che mi permettono di qualificare anche semplicistiche ma necessarie soprattutto alla luce delle informazioni e dei flussi di cui disponevamo all'epoca, ha rimesso in sesto la gestione di quella che nel 1978 fu una delle più grandi scommesse di civiltà di questo Paese.

Abbiamo chiuso i conti del 2018 con un bilancio del Servizio Sanitario Nazionale sostanzialmente in equilibrio, sicuramente in equilibrio finanziario e quasi in equilibrio economico, quindi con tutti i nostri limiti possiamo dire che non abbiamo un problema immediato di tenuta del Servizio Sanitario Nazionale. Ci viene raccontato che il Servizio Sanitario Nazionale spende poco e non garantisce servizi, e questo viene detto da chi valuta la nostra spesa sanitaria rispetto al PIL, a motivo del fatto che noi abbiamo un'incidenza molto bassa rispetto ai nostri partner europei: ci attestiamo intorno al 6,5% rispetto a una media del 9%. Io in realtà sono abituato a confrontare la bontà di un'azienda e di un'organizzazione in relazione ai risultati che produce e non semplicemente in base a quanto spende; questa è figlia di una concezione vecchia di amministrazione che era quella della spesa storica, secondo cui più spendo e più sono bravo.

In realtà noi abbiamo un Sistema Sanitario in cui la popolazione italiana ha la seconda aspettativa di vita nel mondo occidentale, quasi due anni in più della media europea, e questo è un *proxy* di qualità dell'assistenza.

Abbiamo la migliore capacità di curare le patologie potenzialmente letali in campo oncologico e cardiovascolare e questo è un dato di buona qualità dell'assistenza. Semplicemente quando si confrontano i rapporti delle spese sanitarie sul PIL si confrontano sistemi completamente diversi perché il sistema francese, tedesco, oggi spagnolo, e ancora di più il sistema americano, sono sistemi fondamentalmente mutualistico-assicurativi, ossia sistemi differenti da un sistema pubblico interamente pubblico e a gestione pubblica. Noi abbiamo ospedali pubblici, dipendenti pubblici e il privato accreditato è un pubblico a gestione indiretta perché è sottoposto alle medesime regole e controlli del pubblico, quindi siamo un buon modello.

Ora però ci rendiamo conto che quel che sta arrivando e in parte è già arrivato negli ultimi mesi ci offre una finestra di tranquillità secondo me dell'ordine di 4-5 anni, che è il tempo che abbiamo per ammodernare il Servizio Sanitario Nazionale e mettere a sistema tutte le forze, tutte le energie e tutte le spese che comunque a vario titolo vengono utilizzate per rendere migliore la vita dei nostri cittadini in ambito sanitario. Una popolazione che invecchia, dato che noi oggi abbiamo circa il 22% di over 65enni e tra 20 anni il dato dei cittadini che hanno più di 65 anni passerà a essere di 1 su 3, e sappiamo quanto questo sia una misura del consumo di risorse sanitarie. Abbiamo delle innovazioni importanti che in parte sono già arrivate ma che ci travolgeranno nei prossimi mesi, pensate solo ai farmaci per l'Epatite C: ad oggi abbiamo curato 185.000 nostri concittadini per i quali abbiamo eradicato completamente quella che era una malattia cronica nella migliore delle ipotesi con una spesa di oltre 2 miliardi di EUR, alla quale abbiamo dovuto trovare spazio all'interno di regole del sistema che sono quantomeno da ammodernare.

Abbiamo terapie geniche che stanno trasformando in guaribili malattie che erano incurabili; il bambino che è stato curato al Bambino Gesù un anno fa aveva una prognosi infausta a tre mesi ed è uscito dopo 30 giorni come se non avesse mai avuto un tumore. Al momento abbiamo 700 pazienti che da adesso a 6 mesi potranno beneficiare dei

medesimi interventi. Perché vi dico questo? Vi dico questo perché io non sono convinto che il nostro Sistema Sanitario Nazionale sia così scombinato come ci viene raccontato. Chi ha i numeri e chi lo sa valutare e soprattutto confrontare con i sistemi di altri Paesi ne riconosce la qualità.

Noi all'estero siamo considerati un modello, siamo un esempio, veniamo chiamati per raccontare il nostro modello organizzativo e veniamo presi ad esempio non soltanto da sistemi sanitari occidentali, ma anche da sistemi sanitari dei Paesi in via di sviluppo. Il nostro, non quello di altri Paesi. Ciò premesso non ho la pretesa di ritenere che nel medio periodo possiamo essere autosufficienti e quindi è importante in una logica sistemica, e questa è probabilmente la novità sulla quale chiedo a tutti gli *stakeholder* che a qualunque titolo partecipano e contribuiscono a mantenere in salute una popolazione, di partecipare ad una grande sfida per provare per la prima volta a ragionare in maniera complementare e sistemica.

Attualmente abbiamo una normativa sui Fondi Sanitari Integrativi che si è stratificata e che probabilmente oggi ci è poco utile o perlomeno potrebbe rappresentare per noi un'opportunità molto più importante. A carico dei Livelli Essenziali di Assistenza eroghiamo prestazioni che spaziano dalla prevenzione alla cura delle patologie, ma ci sono molte prestazioni che nell'ambito di un complesso di tutela importante che garantiamo non sono presenti e comunque sono e saranno sempre più necessarie per mantenere in salute una popolazione. Alla luce di queste considerazioni la riflessione che stiamo facendo, che stiamo portando avanti in queste settimane e che è figlia anche delle audizioni della Commissione Parlamentare, è quella di cercare di comprendere come indirizzare gli sforzi dei partner privati su servizi che sono di interesse per il Servizio Sanitario Nazionale.

Vi faccio un esempio: il 50% delle nostre patologie croniche o dei tassi di mortalità dipende esclusivamente da noi, perché è legato semplicemente a comportamenti, stili di vita, prevenzione. Queste sono materie sulle quali il Servizio Sanitario Nazionale non ha voci specifiche di spesa, se non limitate alle vaccinazioni e agli screening in determinate fasce di età. Siamo pienamente consapevoli del fatto che oggi probabilmente potremmo essere interessati ad anticipare il momento dello screening o ad ampliare la fase della prevenzione. Abbiamo una serie di prestazioni che sono escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza ma che rappresentano un grande motivo di disuguaglianza sociale per la popolazione. Abbiamo un sistema di compartecipazione che procederemo a breve ad ammodernare e che non contribuisce a ridurre le disuguaglianze della popolazione. Abbiamo un peso sociale della gestione di una popolazione che invecchia che oggi non trova completa risposta nel *Welfare* pubblico. Noi vogliamo favorire uno sviluppo dei fondi integrativi quale complemento della sanità pubblica. Esistono degli spazi, degli spazi importanti, l'errore che non dobbiamo più fare è quello di ragionare in maniera asistemica, dobbiamo giocare ciascuno il nostro ruolo all'interno di un percorso condiviso e complementare.



Questo purtroppo non è avvenuto, o almeno non è avvenuto sempre. Perlomeno non è stato facilitato all'interno, non voglio dire di regole calate dall'alto, ma comunque di un modello condiviso di miglioramento della qualità della salute e di una cooperazione. Sappiamo benissimo che nell'ambito della spesa sanitaria *Out of Pocket* c'è molta inappropriata, si ha molta attività sanitaria indotta, c'è molta sovrapposizione e tutto questo non aiuta ad utilizzare al meglio le limitate risorse di cui disponiamo. Per risorse intendo risorse del Servizio Sanitario Nazionale, le risorse dei fondi nazionali integrativi, le risorse dei cittadini, cioè le risorse che comunque a qualunque titolo vengono utilizzate da ciascuno di noi per migliorare la qualità della salute della nostra popolazione. Dobbiamo imparare a non sprecare queste risorse e quindi dobbiamo utilizzarle in maniera condivisa all'interno di una logica sistemica e complementare.

Noi ci stiamo apprestando a portare all'interno del Patto per la Salute, che è il programma dei prossimi 3 anni della sanità italiana, un focus specifico su quello che ci attendiamo dalla Sanità Integrativa, che è figlio di confronto e di audizioni e che però è figlio anche di una visione sistemica. Non possiamo più accettare che si sprechino risorse, perché come vi ho rappresentato tra 4-5 anni ci pentiremo se non saremo stati in grado e capaci di anticipare scenari che sono ineluttabili e di cui conosciamo esattamente tutte le variabili dato che noi oggi già sappiamo quello che succederà da qua a 30 anni.

Non dobbiamo chiudere gli occhi, dobbiamo anticipare le esigenze e anticipare le soluzioni. Io mi attendo dai fondi integrativi una partecipazione alla riduzione delle disuguaglianze, che significa un intervento importante laddove i Livelli Essenziali di Assistenza non riescano a garantire prestazioni, mi attendo un intervento importante sulla *Long Term Care*, sulla prevenzione, sull'anticipazione del momento in cui si va a screenare una popolazione per anticipare l'insorgenza di determinate patologie.

Mi attendo sostanzialmente un'utilità per la collettività a fronte del costo di cui è gravata e che deriva dal vantaggio fiscale e contributivo di cui giustamente un *partner* di un sistema deve beneficiare, e questo può avvenire con soddisfazione reciproca. Quello che non possiamo permetterci è avere comportamenti, prendere decisioni o utilizzare le risorse pubbliche in maniera sistemica.

Questa è la sfida che ci attende tutti quanti. Ed è una sfida che vogliamo rendere partecipata, che non vogliamo calare dall'alto, sulla quale abbiamo aperto dei ragionamenti che proseguiamo nelle prossime settimane e nei prossimi mesi per ammodernare in senso organico la materia, senza atteggiamenti demagogici o populistici. Quando si porta avanti un ragionamento, lo si misura e lo si dimostra con numeri alla mano, populismo, demagogia e le prese di posizione si sciogliono come neve al sole. Però dobbiamo imparare a presentare un progetto che ha queste caratteristiche, ne abbiamo le capacità, ne abbiamo tutte le informazioni ed è un dovere per tutti noi.

Pertanto vi ringrazio dell'occasione che mi avete dato per rappresentare la visione del Ministero della Salute, per ribadire che il nostro interesse è il vostro interesse e

quindi sono convinto che riusciremo a trovare spazi di reciproca collaborazione nel reciproco interesse, perché comprendiamo entrambi che non possiamo più permetterci di sottoutilizzare risorse per mantenere sobrio, resiliente e sostenibile un sistema che ancora oggi rappresenta la più bella scommessa di civiltà che un Paese possa fare.



## SEZIONE 3

# SANITÀ E WELFARE COMPLEMENTARE: L'ESPERIENZA NEL SETTORE DEL CREDITO

---

### **Dott. Massimo Masi**

*Segretario Generale - UILCA UIL*

### **Dott. Mauro Morelli**

*Segretario Nazionale - FABI*

### **Dott. Giacomo Sturniolo**

*Segretario Nazionale - FISAC CGIL*

### **Dott. Roberto Garibotti**

*Segretario Nazionale - FIRST CISL*

### **Dott. Andrea Pancani**

A seguito dell'intervento del Dottor Urbani nel quale è stata ben spiegata la parte del Ministero sul percorso che si vuole affrontare soprattutto per i prossimi anni, vorrei chiedere la vostra testimonianza per quanto riguarda il tema della Sanità Integrativa nel settore bancario e del credito.

### **Dott. Massimo Masi**

*Segretario Generale - UILCA UIL*

Nel nostro settore abbiamo realizzato e stiamo portando avanti da anni il cosiddetto terzo pilastro, sia per quanto riguarda la previdenza, attraverso premi, banche etc. sia per quanto riguarda l'assistenza sanitaria. La nostra categoria per prima ha lanciato nel mondo lavorativo il pilastro dell'assistenza e della sanità complementare. Esprimiamo forte soddisfazione in merito perché abbiamo due tipi di livelli di trattativa: da una parte abbiamo la CASDIC, che raggruppa a livello centrale per quanto riguarda il problema dell'assistenza, e dall'altra abbiamo la possibilità di trattare con le controparti la previdenza e l'assistenza complementare a livello aziendale.

Siamo veramente all'avanguardia rispetto a questo settore. In riferimento all'intervento del Senatore Malan e di altri relatori, anche io sono uno di quelli che pure per ragioni storiche e politiche ha sempre pensato che tutto ciò che riguarda il problema dell'assistenza e della malattia sia una cosa pubblica. Purtroppo in certi campi non è così. Non bisogna dimenticare che noi abbiamo un'altra componente costituita dalla *Long Term Care*, ossia la possibilità offerta alle lavoratrici e ai lavoratori dipendenti delle banche di avere una copertura all'esterno in caso di malattie gravissime. Abbiamo realizzato un grande risultato, una forte interazione fra pubblico e privato e fra contrattazione aziendale e

nazionale. Credo che questo sia un dato importante e che secondo me dovrebbe essere intrapreso anche da altre categorie, considerata la rilevanza e il fatto che comporta salute e un risparmio all'assistenza nazionale e che quindi dia dei buoni risultati. Voi siete fra i più ambiti e i più apprezzati, è di ieri l'accordo fatto in UniCredit proprio con voi, e quindi credo che questo sia un dato importante che dobbiamo registrare, e che sia molto efficace quello che si sta facendo su questo campo.

### **Dott. Mauro Morelli**

*Segretario Nazionale - FABI*

Onestamente sono leggermente tentennante sulla scelta di intervenire come cittadino o intervenire come rappresentante della categoria dei bancari. Questo perché ho sentito delle cose interessanti e da un certo punto di vista anche preoccupanti, in quanto nel 2006 il rapporto di povertà assoluta nei confronti della sanità, e quindi di persone prive di qualsiasi tipo di copertura, era 1,3 milioni e oggi da quanto ho appreso è diventato di 9 milioni, e questa cosa sinceramente mi preoccupa.

La mia preoccupazione deriva anche da come trovare le modalità per coprire questa popolazione, che è una popolazione immensa. Un'altra preoccupazione è relativa agli interventi sul discorso sanitario, come il fatto che la sanità italiana paga i farmaci e non soltanto il discorso prestazionale. Al riguardo, la domanda che mi sorge spontanea è: almeno per quelli che vengono pagati dalla comunità, perché la sanità italiana non paga soltanto i farmaci generici? Per citare due esempi, il paracetamolo è paracetamolo per tutti, e lo stesso vale per l'Aulin.

Mi sembra veramente assurdo che se lo Stato ha la necessità di risparmiare non lo faccia con discorsi di questo tipo. Un'altra questione rilevante è la mancanza totale di programmazione da parte della nostra Nazione, che stiamo pagando tutti quanti. Al riguardo, mi sovviene uno studio fatto già 10 anni fa in materia sanitaria in riferimento ai medici, che rivelava che per quanto riguarda gli specialisti, in prospettiva, il personale in servizio aveva un deficit di 25.000 posti di lavoro.

Oggi siamo arrivati al punto in cui per quanto riguarda i medici mancano 25.000 posti di lavoro, ed esiste ancora il test di ingresso per i medici, un test che tra l'altro lascia molte perplessità per le modalità con cui viene svolto e per ciò che viene selezionato. Questi sono interventi che denunciano mancanza di programmazione. Onestamente considero un motivo di preoccupazione l'attuale spinta verso il discorso regionalistico ma anche campanilistico, perché non vorrei una sanità fatta a macchia di leopardo. Di questo ce ne siamo resi conto anche noi quando siamo andati a fare degli *skill* sulle gare riguardanti coloro che dovevano prestarci prestazioni sanitarie.

Tantissime compagnie assicurative che hanno partecipato ad alcune nostre gare erano completamente assenti al Sud, o lo erano parzialmente ma in maniera rilevante. In riferimento a quanto scritto nella Costituzione credo che questo sia molto significativo, perché il fatto che neanche le compagnie assicurative trovino appetibile il mercato dell'Italia meridionale o quello dell'Italia Centro-meridionale (perché voglio mettere in luce anche la questione Centro-meridionale visto che stiamo spostando moltissimi nostri interessi nazionali in altri ambiti, in altre zone) dovrebbe preoccuparci tutti, in quanto il

diritto alla salute dovrebbe essere giustamente un diritto garantito a tutti quanti. A questo corrisponde il fatto che se si parte con una riforma sanitaria non ci si può non rendere conto che questa riforma inizia con delle mancanze, e che se le strutture non ci sono, non ci sono. In riferimento ai timori da parte dei cittadini, si evince che la preoccupazione maggiore è rappresentata dall'attesa, in quanto per certe situazioni e per certe patologie attendere significa non arrivare più in tempo e morire. Deve quindi essere chiaro a tutti che questa è una priorità assoluta.

Bisogna anche considerare che se si dispone di personale dedicato ma non di macchinari, evidentemente si crea un imbuto in materia sanitaria, come ad esempio nel caso in cui ci sono gli ecografisti ma manca l'ecografo. Recentemente è stata inventata una macchina computerizzata assolutamente all'avanguardia e all'altezza di salvare le vite a tantissima gente (Da Vinci), ma se non la si ha o se ne ha solo una dove ne servirebbero 10 è inutile disporre di un numero più o meno elevato di personale, perché comunque il macchinario non è presente. Se le strutture fanno le cose a macchia di leopardo si creano dei buchi notevolissimi. La conseguenza a questo è la creazione delle liste d'attesa, basti considerare alcuni esami specialistici o alcune radiografie particolari, come la MOC o altro ancora.

Di fronte a queste tematiche è logico che per le categorie come la nostra, che è stata sempre all'avanguardia per quanto riguarda il parallelo o la sostituzione (e quindi non la sovrapposizione totale), la Sanità Integrativa, in linea con la Previdenza Integrativa, costituisce un supporto importante ed essenziale, nel quale abbiamo creduto da tantissimi anni. Mi auguro che questa tutela aggiuntiva possa essere estesa anche alle altre categorie, ma mi rendo conto che la questione è meramente economica. Ritengo che tale questione economica debba essere soprattutto ottimizzata, perché se questo non viene fatto e si hanno dei buchi pure in questo campo, si andrebbero a sovrapporre buchi su buchi ottenendo una groviera che a mio parere sarebbe ingovernabile.

### **Dott. Andrea Pancani**

In particolare per quanto riguarda il vostro settore che è stato in qualche modo pioniere, quello che emerge è chiaro, ossia che la Sanità Integrativa oggi è costruita soprattutto sulla logica dei contratti ed è quindi occupazionale. Al riguardo il Dottor Vecchiotti ha detto che bisognerebbe passare da un *Welfare* contrattuale a un *Welfare* di cittadinanza, e io volevo sapere il suo pensiero in merito a tutte le persone prive di coperture e quindi di benefici contrattuali.

### **Dott. Giacomo Sturniolo**

*Segretario Nazionale - FISAC CGIL*

Desidero sottolineare che i nostri sono dei Fondi Sanitari Integrativi, e sottolineo l'integrativo, e che quindi danno una forte importanza al sistema pubblico. Qui c'è un dato di visione generale che un sindacato confederale o i sindacati generali al nostro settore non possono non avere, ossia la consapevolezza che sul proprio territorio non esistono solo coloro che hanno contratti o che hanno un livello di contrattazione, ma esiste un territorio complessivo che va salvaguardato. Questo è molto importante ed

è condiviso da tutta la compagine sindacale e gli accordi ci hanno portato in questo senso, ma oltre al ragionamento generale e quindi a una visione un po' più ampia, anche da un nostro punto di vista la preoccupazione rispetto alla tenuta del Sistema Sanitario è forte. Credo che il motivo sia evidente, perché integrare un Sistema Sanitario che funziona ha dei costi di un certo tipo, mentre integrare un Sistema Sanitario che rischia di destrutturarsi ne ha altri. In riferimento a quanto detto durante gli interventi precedenti concordo sul fatto che noi abbiamo ancora uno dei migliori Sistemi Sanitari a livello europeo e mondiale. Mi permetto di aggiungere che non ce l'avremo in eterno se non ci muoviamo con le dovute maniere, e il valore di un Sistema Sanitario Nazionale come quello italiano è immenso per tutta la popolazione.

Desidero concludere con un breve ragionamento sulla nostra popolazione del settore portando un esempio. Guardando i dati del Fondo Intesa, che è quello che conosco maggiormente, mi ha colpito il livello di erogazione, che va purtroppo nella direzione di quello che penso. La cifra corrisponde a 150 milioni erogati e di per sé è una cifra che vuol dire tutto e niente, ma è la più alta degli ultimi tempi, e pur senza rivelare i dati di bilancio che sono sensibili è la volta in cui in questo fondo ci avviciniamo ad avere entrate e uscite simili. Questo rivela che il Sistema Sanitario pubblico inizia a rispondere meno alle esigenze, poiché nei nostri fondi sono privilegiati gli utilizzi della sanità pubblica, in quanto i rimborsi che ricevono i lavoratori sono più alti se ci si rivolge al sistema pubblico, e quindi coerentemente con la filosofia di cui si è parlato in precedenza, arrivare a questo livello di erogato significa che il Sistema Sanitario si sta indebolendo. C'è un dato che non voglio rivelare nei particolari ma non è segreto, è in linea con quello che è stato detto oggi e riguarda il fatto che si accentua una divisione non semplicemente tra Nord e Sud, perché al Sud ci sono anche delle situazioni, però abbastanza tra Nord e Sud, quindi ci dà un segnale indiretto che il Sistema Sanitario è ancora ad alti livelli ma è a un punto forse di non ritorno, o magari ci sta per arrivare, quindi siamo seriamente preoccupati anche rispetto alla gestione dei nostri fondi su questo tema.

Bisogna quindi prestare attenzione alla sanità pubblica, è corretto pensare all'integrazione e lavorarci tutti, ma si deve fare attenzione alla sanità pubblica, perché è un bene che non ci possiamo permettere di perdere.

### **Dott. Roberto Garibotti**

*Segretario Nazionale - FIRST CISL*

Contrariamente ai colleghi premetto che io sono un assicurativo, e non un bancario, quindi rappresento sia un utilizzatore che un fornitore del servizio, e il mio è quindi un angolo di visuale un pochino diverso rispetto a quello dei miei colleghi.

Da un certo punto di vista come settori siamo stati pionieri nella pre-creazione dei Fondi sanitari. Anche noi fin dall'inizio ci siamo posti il problema di superare il riflesso ideologico riguardante la convinzione che rivolgersi alla Sanità Integrativa fosse un modo per affossare il Servizio Sanitario Nazionale, e per parecchio tempo tale riflesso ha condizionato i ragionamenti, anche se in maniera non molto esplicita. Anche negli interventi precedenti sono emersi argomenti e posizioni molto diverse tra i rappresentanti della politica che hanno apportato il loro contributo.

Questo aspetto è stato superato da moltissimi anni e già da tempo siamo convinti che i nostri fondi, che erano per servizi di sanità che sono integrativi della sanità pubblica, hanno portato risultati molto importanti e che sono estremamente apprezzati dai lavoratori che rappresentiamo, e quindi crediamo che questa sia una pratica che debba essere estesa.

Al riguardo, riteniamo che il compito della politica sarebbe quello di fornire gli strumenti fiscali e legislativi, con lo scopo di favorire sempre di più e in tutte le categorie la possibilità di accedere a questi servizi visto che offrono risultati molto importanti e che sono stati molto apprezzati dai nostri lavoratori. Credo che il risultato ottenuto in questi anni dall'attività che abbiamo svolto sia quello di essere stata apprezzata dai lavoratori, ma il problema è che per essere fruibile e per funzionare bisogna che il servizio erogato dalle imprese private sia un servizio capillarmente presente sul territorio, altrimenti si pone il rischio di stringere accordi per fornire un servizio che poi si rivela essere facilmente utilizzabile dai lavoratori del Centro Nord ma difficilmente o più difficilmente fruibile da coloro che lavorano nelle imprese del Meridione. Personalmente ritengo che se questo problema verrà superato si potrà fornire un ottimo servizio ai lavoratori che rappresentiamo.

### **Dott. Marco Vecchiatti**

*Amministratore Delegato e Direttore Generale - Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.*

Vorrei sollecitare una riflessione sul tema della gestione della non autosufficienza, perché il settore del credito, come anche il settore assicurativo, ha la peculiarità di avere un fondo dedicato alla gestione della non autosufficienza dei lavoratori che rappresenta una delle esperienze più significative del nostro Paese di gestione di questo fenomeno sulla base di risorse private.

Secondo me il tema dell'integrazione qui declina molto più facilmente nel campo della complementarità, perché sappiamo che anche a livello di Servizio Sanitario Nazionale questa è una delle aree nelle quali il bisogno di prestazioni aggiuntive e di risorse aggiuntive è più sentito, ed è prospettivamente una delle aree, come quella della cronicità, su cui si gioca la partita della sostenibilità futura.

In riferimento all'affermazione sul fatto che si tratta di un problema di risorse, credo che al tempo stesso si tratti anche di un problema di priorità, perché la consapevolezza acquisita in questo settore può essere di riferimento per altri settori che si stanno incamminando sulla strada della Sanità Integrativa e della maturazione del proprio *Welfare* Complementare. Tale esperienza può essere anche una buona base in termini di organizzazione dei Fondi Sanitari su base territoriale, dove l'integrazione può essere promossa attraverso lo strumento della contrattazione di secondo livello, ma anche dalle Regioni stesse, che hanno una potestà legislativa in questo campo specifico.

### **Dott. Massimo Masi**

*Segretario Generale - UILCA UIL*

Noi disponiamo di una *Long Term Care* che deriva da un accordo contrattuale, quindi stabilito a livello centrale; non ho i dati precisi ma credo che siano stati fatti circa una



ventina di interventi su questo aspetto, perché notoriamente sono malattie di lunga degenza, etc. Ritengo che questo sia un aspetto importantissimo, e infatti l'abbiamo voluto come elemento del contratto.

Il problema è che noi come Sindacato dobbiamo fare sempre un rapporto tra richieste economiche e richieste sul costo del *Welfare*. Questo è presente in tutte le nostre richieste sindacali, perché si deve tenere conto di questo rapporto importantissimo, in quanto è vero che col *Welfare* non si compra il pane, ma bisogna considerare che col *Welfare* si vive più a lungo. Questa è la complessità del nostro e degli altri settori. Il nostro impegno futuro per quanto riguarda la contrattazione che stiamo rinnovando nel settore del credito, e dal prossimo anno anche in quello assicurativo, è quello di continuare su questa strada.

### **Dott. Giacomo Sturniolo**

*Segretario Nazionale - FISAC CGIL*

Io avrei una breve osservazione in riferimento alla tematica dei Fondi Sanitari Territoriali, che sicuramente possono essere attivati e possono essere importanti e utili. Al riguardo, esprimo solo una perplessità e una preoccupazione, in quanto si collocano perfettamente in un Paese dove è presente un minimo di omogeneità, ma in un Paese come il nostro che è a due/tre velocità (o a due/tre lentezze visti i tempi), c'è il rischio di avere delle situazioni dove si integra un Sistema Sanitario buono, e quindi si migliorano le condizioni della popolazione dei lavoratori che possono contrattare, e altre dove questa cosa sarebbe molto più costosa e difficile da realizzare. In conclusione, credo che sicuramente sono una cosa positiva, ma sarebbe utile renderla complementare con uno sviluppo del Paese che almeno, e non voglio essere utopico, attenuasse le differenze di offerta sul territorio.

### **Dott. Roberto Garibotti**

*Segretario Nazionale - FIRST CISL*

Desidero fare una considerazione su una tematica che di fatto costituisce un paradosso e che riguarda la *Long Term Care*, che rappresenta un'innovazione molto importante perché con l'allungamento della vita media le patologie invalidanti saranno sempre maggiori, e quindi si tratta di coperture estremamente interessanti ed innovative, e non riesco a capire il motivo per cui il mondo assicurativo che vende questi prodotti ne limita l'utilizzo al settore del credito e al settore assicurativo e ciò non viene pubblicizzato e utilizzato nei rinnovi contrattuali. Questa è una stranezza che lamento e sulla quale non si hanno risposte, e che vorrei proporre come elemento di discussione per il futuro.

### **Dott. Mauro Morelli**

*Segretario Nazionale - FABI*

Desidero sottolineare un aspetto, credo che noi dovremmo essere bravi a sanare un piccolo errore compiuto nel passato in materia sanitaria e riguardante il nostro settore, che è stato un precursore di questo. Nei contratti di secondo livello dovremmo cercare di ancorare le prestazioni, e non partire dal prezzo o dal costo per arrivare successivamente ad esse, perché ci siamo resi conto che negli anni in cui siamo partiti dalle prestazioni

ad un costo, poi il costo erogato dall'azienda (il contributo aziendale) è rimasto invariato ma le prestazioni sono calate man mano, quindi noi dovremo essere bravi e cercare fermamente di fare i contratti di secondo livello legati alle prestazioni, visto che questo supplirebbe a tante necessità e a tanti gap che sono presenti attualmente.

**Dott. Marco Vecchietti**

*Amministratore Delegato e Direttore Generale - Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.*

Penso che il tema dell'omogeneità dei livelli di assistenza sia uno dei temi principali. In quest'ottica torno alla riflessione fatta a conclusione della tavola rotonda precedente: probabilmente sarebbe importante portare queste soluzioni su un piano di integrazione diretta. Integrazione diretta anche con le stesse Regioni, in modo che queste politiche sanitarie, che oggi sono politiche sanitarie contrattuali, possano diventare delle politiche sanitarie a disposizione di quei territori. Questo favorirebbe sicuramente un riallineamento delle distanze, perché se è vero che la Spesa Sanitaria Privata ha funzioni diverse nei diversi territori, è anche vero che il gap può essere colmato fornendo risposte differenziate.



## SEZIONE 4

# **SANITÀ INTEGRATIVA: UN'OPPORTUNITÀ DA COSTRUIRE PER LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE, LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE E PER LE PROFESSIONI MEDICHE**

---

### **Dott.ssa Barbara Cittadini**

*Presidente Nazionale - AIOP*

### **Dott. Mario Ponzi**

*Responsabile Ufficio Stampa - ARIS*

### **Dott. Mauro Potestio**

*Presidente - Feder Anisap*

### **Dott. Domenico Crisarà**

*Vice Segretario Nazionale - FIMMG*

### **Dott.ssa Barbara Cittadini**

*Presidente Nazionale - AIOP*

Il tema della Sanità Integrativa è uno fra i più importanti nell'attuale dibattito sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e lo è, anche, per AIOP rispetto al ruolo che le strutture che rappresentiamo possono avere.

Quando mi sono insediata nel ruolo di Presidente Nazionale dell'Associazione, uno dei primi aspetti sui quali abbiamo posto la nostra attenzione è stato proprio quello relativo a quella componente associativa che abbiamo sempre chiamato "sanità privata" e rispetto alla quale abbiamo sviluppato analisi e riflessioni, avendo compreso che le dinamiche di settore erano profondamente mutate.

Nel rinnovare la commissione che si occupa di questo ambito dell'assistenza sanitaria, abbiamo, quindi, scelto di mantenere lo stesso coordinatore, che è una persona di grande competenza ed esperienza, ma abbiamo deciso di cambiarle il nome e chiamarla Commissione Sanità Integrativa.

È evidente che la scelta di variare il nome del nostro gruppo di lavoro non indica, semplicemente, un cambio di vocabolo, ma è una decisione che ha ragioni di merito.

Il mondo che rappresento - che si è sempre sentito la componente di diritto privato del SSN -, ha individuato proprio nella Sanità Integrativa un completamento della propria attività.

Si tratta di una scelta che, incontrovertibilmente, è da mettere in relazione con il costante, continuo e ingravescente disinvestimento che ha riguardato il settore sanitario; una condizione questa che ha indotto la nostra Associazione ad una maggiore attenzione proprio nei confronti della Sanità Integrativa, considerata come un'opportunità per il SSN. Detto questo, è evidente come ogni opportunità possa coincidere, anche, con qualche

criticità, che è dovere di tutti affrontare e risolvere.

Desidero a questo proposito dirvi subito che mi ha molto colpito il titolo che è stato scelto per il dibattito odierno: "Sanità Integrativa: un'opportunità da costruire per le strutture sanitarie pubbliche, le strutture sanitarie private e per le professioni mediche", perché rispecchia esattamente il nostro approccio: la Sanità Integrativa è un'opportunità da costruire insieme.

Il titolo ci induce a una doverosa riflessione, cruciale per il futuro del SSN, e della Sanità Integrativa in particolare: è necessario costruire un percorso tutti insieme, privato, pubblico, professionisti, ognuno nel rispetto del proprio ruolo.

La capacità di lavorare insieme, nel rispetto delle peculiarità di ogni componente del SSN è presupposto necessario e indispensabile perché si possa garantire un'offerta sanitaria adeguata alla domanda di salute dei cittadini.

Il Professor De Rita, nel suo intervento, ha parlato di un ecosistema nel quale i cittadini surfano. Si tratta di un atteggiamento che non deriva dal fatto che le persone siano portatrici di atteggiamenti opportunistici ma dalla difficoltà di trovare risposte alle domande di salute che arrivano dalla società.

Va rilevato e denunciato in modo chiaro: questa difficoltà porta 20 milioni di italiani a rimanere in lista di attesa per un tempo eccessivo e 4 milioni a rinunciare alle cure. Due condizioni che, come è evidente, non sono accettabili per un Paese che ha la legittima aspettativa e il dovere di essere annoverato tra quelli con un SSN efficiente.

L'aspetto dell'analisi del Censis che preoccupa maggiormente, dal punto di vista umano, è quello relativo alla rinuncia alle cure, poiché avrà degli effetti gravissimi nel medio-lungo periodo.

Ma cosa occorre fare? Ritengo che, in questo percorso assolutamente interessante di sinergie - tra la componente di diritto pubblico, quella di diritto privato, il privato puro e il sistema integrativo -, sia necessario addivenire ad un patto che garantisca a tutti un sistema di regole certe, chiare, che sono presupposto necessario per consentire agli italiani di trovare una risposta alla loro domanda di salute, agli operatori di dare le risposte in maniera appropriata e a chi intermedia tale domanda a regolamentare il rapporto attraverso un sistema di regole chiare.

È indispensabile, inoltre, avere le idee chiare rispetto alla situazione attuale, che sconta delle criticità. Abbiamo tutti l'esigenza, improcrastinabile, di rendere efficiente questo percorso.

A questo proposito, nel corso di uno dei nostri primi convegni, quello di Genova, ho registrato con entusiasmo l'intervento del Dottor Vecchietti, perché vi ho letto la volontà di avviare questo patto fondativo, il cui fine, desidero evidenziarlo, è la tutela di un diritto costituzionalmente garantito: il diritto alla salute.

Un patto prevede, tuttavia, che ci si sieda intorno a un tavolo, si stabiliscano i compiti di ognuno, le azioni da intraprendere e le modalità con le quali svolgerle.

### **Dott. Andrea Pancani**

Per esperienza, vorrei sottolineare che quando in Italia si pronuncia la parola tavolo il significato è quello di procrastinare le cose all'infinito.

## **Dott.ssa Barbara Cittadini**

*Presidente Nazionale - AIOP*

È vero, ma noi siamo imprenditori e siamo abituati ad essere concreti e pragmatici. Non ci possiamo permettere - sia per le responsabilità che abbiamo nei confronti di chi lavora con noi, sia per quelle delle quali ci facciamo carico per essere componente del SSN -, di non impiegare bene le nostre energie. E noi donne, se me lo consentite, siamo, in particolare modo, pragmatiche.

Personalmente, sono qui con l'ottimismo della volontà, stando ben attenta a non farmi assalire dal pessimismo della ragione, soprattutto adesso che ci troviamo ad operare in un contesto politico come quello attuale, non esattamente stabile e dal quale, talvolta, registriamo resistenze a creare un'offerta nella quale tutti gli stakeholders possano, realmente, contribuire, ad un sistema che funzioni.

Per realizzare questo, a mio avviso, se c'è un'elevata domanda di salute inesausta, la Sanità Integrativa è un'opportunità straordinaria e va costruito un percorso con la finalità di canalizzare la domanda garantendo una risposta adeguata, in un percorso ben definito, nel quale ognuno sappia cosa deve fare, come lo deve fare; un percorso dove vi sia rispetto delle regole condivise per garantire una risposta seria agli italiani.

## **Dott. Andrea Pancani**

Nella roadmap ideale della costruzione di questo percorso lei cosa mette al primo posto?

## **Dott.ssa Barbara Cittadini**

*Presidente Nazionale - AIOP*

L'ho appena detto: regole condivise rispetto alla regolamentazione dei rapporti e la definizione di un nomenclatore unico.

Allo stato attuale abbiamo una platea di interlocutori, che si occupano di Sanità Integrativa, che applicano regole che sono molto differenti tra di loro e sistemi farraginosi, e questo crea disagio nell'utenza, che rischia di scontrarsi con un'ulteriore difficoltà di relazione tra le Istituzioni.

Alla luce di queste considerazioni, ritengo che vadano semplificati i percorsi a vantaggio degli italiani e di tutti coloro che hanno bisogno di una risposta alla propria domanda di salute.

È chiaro che è necessario lavorare insieme per raggiungere questo traguardo e creare un modello nuovo.

Un modello nuovo prevede che si condividano delle regole, da questo punto di vista, anche le strutture ospedaliere, verosimilmente, devono rendere più efficiente la loro attività per evitare un'offerta impropria.

Tutto questo deve essere previsto, condiviso e progettato in modo da costruire un sistema che si integri al Sistema Sanitario Nazionale. Questo anche perché sappiamo bene che il SSN rischia di essere sempre meno tale, in considerazione del fatto che è stato depauperato di risorse finanziarie ed ha oggettive difficoltà a dare una risposta adeguata alla domanda di salute.

È da questa condizione che emerge l'esigenza di trovare un'alternativa o, comunque, una

soluzione che integri l'offerta. Questa soluzione deve essere costruita correttamente e in modo che sia i cittadini che tutti i player traggano un beneficio nel proprio utilizzo.

È necessario essere chiari anche su questo punto: oggi tutto questo non è ancora stato fatto, probabilmente perché ci troviamo in una fase nuova. È per questo che ritengo si debba fare un patto fondativo, che, a mio avviso, è un'esigenza improcrastinabile e, come ho già detto, va costruito insieme.

Stresso la parola insieme, perché la ritengo importante per consentire di addivenire ad un sistema nel quale i cittadini italiani non abbiano più esigenza di surfare (come indicato nell'intervento del Professor De Rita), ma di trovare quello del quale hanno bisogno e diritto.

Alle persone che cercano assistenza sanitaria non interessa il soggetto che garantisce la risposta, se viene data da una struttura di diritto privato, diritto pubblico o se intermediata, i cittadini hanno un'esigenza che deve essere soddisfatta, e si aspettano di avere risposte in tempi rapidi, con qualità misurabile, efficaci ed efficienti. Per fare questo c'è bisogno di un sistema di regole, altrimenti diventa complesso e più difficile creare una sinergia reale ed efficace.

### **Dott. Mario Ponzi**

*Responsabile Ufficio Stampa - ARIS*

Vorrei riallacciarmi a quanto detto dalla Dottoressa Cittadini, Presidentessa dell'AIOP, Associazione con la quale condividiamo spesso tappe del nostro cammino: di fronte a cifre così alte di persone che debbono rinunciare a curarsi, ci troviamo in seria difficoltà. L'ARIS riunisce in associazione grandi istituti socio-sanitari, gestiti da enti e congregazioni religiose, e dunque si riconoscono nella comunità della Chiesa Cattolica italiana che ha alcune prerogative fondamentali, prima fra tutte quella della centralità dell'uomo.

In questo periodo si sta discutendo molto - e appunto la Dottoressa Cittadini ha rivelato di sentirsi male quando ci pensa - sui milioni di persone che non possono curarsi. In ARIS quello che ci fa riflettere un po' di più e che ci turba è quello che inesorabilmente certifica proprio il IX Rapporto sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata presentato qui quest'oggi: di pari passo aumenta la spesa privata per la salute; oggi ammonta a quasi 37 miliardi e mezzo di EUR come certifica il rapporto. È lalalissiano come vi sia una stridente contraddizione che, di per sé, interpella certamente il quadro politico del nostro Paese. Qualcosa evidentemente non funziona in questo.

Ora a parte il fatto che l'aumento del 20% circa della spesa privata ascrivibile ai *ticket*, cioè diretta ad acquisire facoltà d'accesso al servizio pubblico, prende sempre più consistenza la spesa per il necessario ricorso alla "Sanità Integrativa", un fenomeno questo che merita una analisi approfondita, meno sbrigativa e semplicistica di quanto non sia il classico "atto d'accusa" alle disfunzioni dell'apparato sanitario pubblico che paradossalmente è annoverato tra i migliori al mondo. Ma con ogni probabilità occorre tener conto di altri fattori.

La prima considerazione da fare è che ormai viviamo in un mondo talmente interconnesso, dove diviene quasi naturale che ci sia una domanda di salute più mirata e consapevole, più esigente, e anche più sofisticata. Tutti ormai sanno che possono ottenere un po'

di più di salute e di benessere. Per di più viviamo in una fase storica che enfatizza il progresso delle scienze biomediche e delle conseguenti ricadute tecnologiche che innovano costantemente anche il mondo della sanità, è comprensibile come ci si attenda, o addirittura si pretendano, prestazioni di alto profilo, "eccellenti". Da questa consapevolezza scaturisce quasi il mito dell'immortalità: possiamo andare avanti perché la biotecnologia ce lo consente, e quindi corriamo dove possiamo, e dove possiamo acquisire compriamo e cerchiamo addirittura di ringiovanire.

Questa situazione, che appare così squilibrata, in realtà apre uno scenario duplice: da una parte il confinamento del Servizio Pubblico nei limiti del *Long Term Care*, cioè assistenza per gli anziani e i portatori di handicap difficili da seguire e da curare. Mentre gli ampi palcoscenici della grande tecnologia verrebbero riservati soltanto a persone che possono permetterselo, che possono pagare. Questo è un divario che noi come Associazione di istituzioni religiose non possiamo condividere, perché per noi il sistema è e resta quello dell'assistenza universalistica.

Se lo Stato non può più garantire l'assistenza ai suoi cittadini e non riesce a rispettare i principi della Costituzione laddove stabilisce il diritto alla salute per tutti, dovremo essere capaci di trovare delle vie d'incontro e di collaborazione per raggiungere l'obiettivo comune. Ben venga dunque l'integrativa ma regolamentata e in modo tale che non si possano creare malati di serie A e malati di serie B. In sostanza riteniamo che essa non debba configurarsi di fatto come "sostitutiva" o puramente "alternativa" nei confronti del servizio sanitario pubblico, in particolare per quanto concerne le prestazioni a più alta intensità clinica e tecnologica che, del resto, rappresentano oggi il target di riferimento preferito per il business. E ritengo che sia anche legittimo auspicare che - sulla scorta di una simile dinamica, lasciata correre secondo mere regole di mercato - non si allarghi progressivamente una forbice tale da alludere e poi sfociare di fatto in due differenziati regimi di tutela della salute dei cittadini

Anche noi ormai ci rivolgiamo al dialogo con le compagnie assicurative e con alcuni nostri referenti stiamo cercando di trovare dei percorsi virtuosi, anche se è lo Stato che forse dovrebbe intervenire, magari defiscalizzando le imprese assicurative che si prestano a questo tipo di assistenza, e comunque cercare dei percorsi alternativi. Lo stiamo facendo, stiamo cercando di procedere in questa direzione, perché di *Welfare* si sente parlare sempre, però in realtà non riusciamo ad arrivarci e quindi noi stiamo cercando di creare dei tavoli, dei gruppi di studio misti tra pubblico, privato e compagnie assicurative per cercare di trovare dei percorsi che possano essere veramente d'aiuto, sia per i cittadini che per le strutture.

### **Dott. Marco Vecchietti**

*Amministratore Delegato e Direttore Generale – Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.*

Ritengo opportuno effettuare una breve considerazione sul tema delle regole condivise e dei rapporti considerato il richiamo fatto da entrambi gli esponenti dell'ospitalità di questa tematica.

È chiaro che il sistema odierno è carente in termini di regole, e non solo nel nostro rapporto, ma anche per quanto riguarda la regolamentazione complessiva della Sanità



Integrativa. Ricordo che non più di 10 anni fa, quando noi abbiamo iniziato questa attività, il convenzionamento con le strutture sanitarie per il mondo assicurativo era un elemento del tutto marginale. Se si esaminano i dati tecnici che gestivamo in quel periodo, si evince che circa il 20% delle risorse era gestito in convenzione diretta con le strutture. Oggi, per quanto ci riguarda, siamo sicuramente la prima compagnia del settore in questo, e quindi abbiamo un livello più elevato rispetto alla media del settore assicurativo, e un rapporto che è ormai di 70:30, nel quale il 70% è gestito dalle nostre risorse in convenzione diretta con le strutture e il 30% viene gestito a rimborso.

Questo è il motivo per cui a mio avviso è centrale (e infatti da un paio di anni cerchiamo di mettere al centro dei nostri rapporti questo elemento) creare un collegamento diretto tra finanziatori (il settore assicurativo) ed erogatori di servizi (le strutture sanitarie) che consenta al cittadino di accedere, come ricordava la Presidente Cittadini, direttamente senza eccessive complicazioni, e come aggiungo io anche con un'esperienza di cura più immediata rispetto a quella a cui era abituato oggi con la Spesa Sanitaria Privata individuale.

Al tempo stesso bisogna considerare che le disomogeneità esistono da entrambe le parti. Come già evidenziato nel corso degli interventi dei partecipanti a questa tavola rotonda, questo è un settore in cui ciascuna struttura sanitaria presenta delle specificità: ci sono le strutture private e ci sono le strutture religiose, e all'interno di queste strutture ci sono dimensioni e modelli organizzativi diversi, quindi è sicuramente importante mettersi intorno ad un tavolo e ragionare insieme per creare questo sistema, ma credo che l'elemento fondamentale sia quello di garantire l'assenza di soluzione di continuità tra il momento del finanziamento e il momento dell'erogazione.

Questo è dovuto al fatto che affinché il sistema sia in grado di produrre più salute non può prescindere da replicare alcuni schemi che sono quelli in atto anche all'interno del Servizio Sanitario Nazionale per quanto riguarda il privato convenzionato. Credo che l'obiettivo sia quello di standardizzare i flussi, utilizzare un linguaggio comune, garantire reciprocamente maggiore trasparenza e quindi rendere più semplici tutti quei processi di accesso alle cure, erogazione delle cure e ovviamente anche fatturazione e pagamento delle cure, che sono indispensabili insieme per fare programmazione. Se l'ambizione è quella di essere una componente strutturale nel percorso di cura del cittadino, non possiamo sottrarci dallo strutturarci a nostra volta.

### **Dott.ssa Barbara Cittadini**

*Presidente Nazionale AIOP*

Il dott. Vecchietti ha fatto un riferimento temporale interessante. Io rilevo, però, che il contesto temporale del quale si è parlato risale a dieci anni fa, quando le strutture che rappresento si percepivano, esclusivamente, come componente di diritto privato del SSN. Oggi, proprio a causa del disinvestimento continuo e costante, è maturata la consapevolezza dell'esigenza di instaurare altri rapporti istituzionali, che consentano modalità differenti attraverso le quali continuare ad esercitare la propria mission. Le sue parole, ancora una volta, così come avvenuto al nostro convegno di Genova, sono musica per le nostre orecchie.

Noi siamo disponibili ad avviare e sostenere tutte le iniziative possibili, che contribuiscano alla trasparenza, mi riferisco in particolare, anche, a percorsi di efficientamento dei nostri operatori. A tutto questo però devono, incontrovertibilmente, corrispondere dei percorsi di chiarezza che, pur non riguardando il *pricing* (perché sappiamo che non è possibile), devono almeno regolamentare tutti gli altri aspetti del rapporto.

Come Presidente AIOF e, quindi, come rappresentante di una categoria di imprese sono interessata a questo approccio condiviso, perché lo ritengo una responsabilità sociale. Tutti noi abbiamo come obiettivo quello della tutela di interessi diffusi, comuni e legittimi degli Associati ma, anche, quello di dare una risposta alla richiesta di assistenza sanitaria del Paese.

Dare agli Associati una piattaforma di regole condivise e chiare, che regolamentino il rapporto, è un presupposto fondamentale per lavorare tutti con grande serenità e serietà e per migliorare il SSN.

Io mi auguro che, dopo il convegno di Genova e dopo il *Welfare Day* di Roma, si possa realizzare davvero, nei fatti, questo patto fondativo con l'obiettivo di costruire un'integrazione vera tra Sanità Pubblica, Sanità Privata e Sanità Integrativa. Verso questo traguardo, d'altra parte, ci spinge la realtà delle cose. Fino a qualche tempo fa, l'assistenza sanitaria ascrivibile alle assicurazioni era vista come un *benefit* di quei pochi privilegiati che potevano consentirsela; oggi la Sanità Integrativa è una sanità della quale usufruiscono ampie fasce di popolazione, importanti settori del lavoro. Il contesto è profondamente mutato. Vi è, quindi, bisogno di regole chiare e condivise, per rendere maggiormente fluidi i meccanismi, per una correttezza reciproca ma, soprattutto, per arrivare ad offrire alle persone un'assistenza sanitaria efficiente, efficace, adeguata e tempestiva.

La presenza in Italia di una grande rete di aziende ospedaliere di diritto privato è una opportunità rilevante per il SSN. E lo è, anche, per la Sanità Integrativa.

Le nostre strutture sanitarie si avvalgono della professionalità di 12mila medici, 26mila infermieri e tecnici e di oltre 32mila operatori sociosanitari, impegnando meno del 7% delle risorse che il SSN assegna all'attività ospedaliera e con indicatori di performance sovrapponibili a quelli delle strutture pubbliche. I numeri ci dicono che la componente privata accreditata garantisce al sistema il 28,4% delle giornate di degenza, il 26,5% della produzione di prestazioni.

Siamo in grado - con la nostra capacità adattiva e la nostra flessibilità -, non solo di contribuire a far tornare il SSN davvero universalistico, ma anche di fornire professionalità, competenze, strutture per lo sviluppo della Sanità Integrativa nell'ambito del SSN.

Torno, quindi, al titolo di questo nostro dibattito: la Sanità Integrativa come opportunità da costruire insieme.

È fondamentale che gli attori principali del SSN lavorino per rendere i processi della Sanità Integrativa fluidi, trasparenti ed efficienti.

Obiettivo che si può realizzare con la standardizzazione di molti processi, utilizzando piattaforme digitali adeguate, rifacendosi a nomenclatori comuni, affinché la legittima differenziazione delle offerte assicurative non diventi una babele di linguaggi, eliminando tutte le cause di appesantimento dei processi, che li rendono inefficienti e onerosi.

Il tema che AIOF pone all'attenzione di tutti è, quindi, quello dell'esigenza di pensare

a introdurre criteri e principi per governare la spesa privata, sostenuta direttamente dalle famiglie o intermediata dai fondi oppure dalle imprese basati sulla correttezza e sulla efficienza nei rapporti tra i soggetti del sistema (fondi, casse, SMS, assicurazioni, erogatori pubblici e privati).

### **Dott. Andrea Pancani**

Ora sentiremo il parere del Dottor Potestio, per avere la visione degli ambulatori privati.

### **Dott. Mauro Potestio**

*Presidente Feder Anisap*

Desidero fare chiarezza sulla negatività dell'allungamento delle liste di attesa per le prestazioni e sulla causa della loro formazione e aumento continuo.

Le liste di attesa prima dell'avvento della crisi, del governo Monti e dei tagli erano sopportabilissime, in quanto il finanziamento di cui si disponeva consentiva di effettuare prestazioni che coprissero l'aumento costante del 3% della domanda che si presentava ogni anno. Da quell'anno in poi il numero delle prestazioni è rimasto invariato, mentre la domanda ha continuato ad aumentare. Al fine di ridurre le liste di attesa gli interventi possibili sono due: o si agisce sulla domanda allo scopo di ridurla, e non con le enunciazioni ma con azioni concrete che possano raggiungere tale obiettivo, oppure si creano le condizioni per far effettuare un numero di prestazioni superiori.

La risposta a queste due necessità finora è data da un Patto per la Salute e per le liste d'attesa approvato dal Ministero, nel quale sono stati stanziati complessivamente 350 milioni di EUR, che però possono essere utilizzati solamente per migliorare l'informatizzazione della sanità, e non per effettuare nuove prestazioni. Le liste di attesa non sono aumentate progressivamente del 3% perché due aspetti vi hanno posto un freno: uno è relativo al fatto che un numero abbastanza elevato di persone paga la prestazione di tasca propria, e l'altro è inerente al fatto che dall'inizio di questo problema l'assistenza integrativa e i fondi hanno spostato parte della loro attività da integrativa a sostitutiva di erogazioni che prima venivano svolte dal Servizio Sanitario Nazionale.

Questo ha portato a un allungamento delle liste d'attesa, che risulta comunque inferiore a quello che sarebbe intercorso se i cittadini non avessero pagato di tasca propria le prestazioni e se l'assistenza integrativa non fosse intervenuta. Quali sono le risposte al riguardo? Nella bozza del Patto per la Salute è presente qualche contraddizione: da una parte si afferma che l'assistenza integrativa deve svolgere un'azione atta a consentire la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ma dall'altra si dice che l'assistenza integrativa attualmente presenta una ridotta attività integrativa e una maggiore attività sostitutiva, e dato che questo non è corretto allora si devono modificare i regolamenti esistenti e obbligare l'assistenza integrativa a ridurre le prestazioni sostitutive. L'affermazione a sostegno di questa tesi (che a me ha fatto da una parte ridere e dall'altra piangere) è che se l'assistenza integrativa svolge un'azione sostitutiva rispetto al Sistema Sanitario Nazionale allora ne mette in crisi l'universalismo.

Questa è veramente un'affermazione ridicola, e lo è per un motivo molto semplice, visto che le cose vanno affrontate con realismo e allora tutte le analisi che possono essere

svolte devono tenere conto di una situazione economica del Paese per cui aumentare i finanziamenti presenta delle difficoltà da parte del pubblico, e inoltre dobbiamo tenere in considerazione e cercare di favorire tutte quelle forme che possono contribuire ad attenuare questa crisi.

Per questo motivo, secondo me, atteggiamenti e preconcetti ideologici verso la costituzione di fondi, l'assistenza integrativa e l'assicurazione non dovrebbero sussistere, e si dovrebbe invece ragionare sul cercare di agevolare l'attività e di renderla più snella, ossia quello che è già emerso nel dibattito precedente. C'è una fondazione famosa che non ama molto l'assistenza integrativa e che ne attribuisce il 25% della spesa sostenuta a spese amministrative, e se tale cifra fosse vera allora possiamo dire che quella che dovremmo sostenere noi (Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private) arriverebbe al 40%. A me questa stima sembra eccessiva, però se si riescono a rendere uniformi e a semplificare le procedure amministrative senz'altro sia i costi del settore assicurativo che quelli delle strutture diminuirebbero, e delle risorse potrebbero essere impegnate maggiormente.

Vorrei fare un'ultima considerazione inerente al tema della presenza di leggi di mercato nella sanità di cui si è parlato nella precedente edizione del *Welfare Day*. Purtroppo questo accade perché i cittadini che hanno difficoltà di accesso e non hanno più il diritto della libera scelta valutano su due punti: uno è dove possono fare prima l'esame o la prestazione, e il secondo, se sono costretti a pagarli, è la sempre maggiore voglia di farli dove costa meno seguendo delle leggi di mercato. Al riguardo dico a tutti una cosa semplicissima, ossia che la legge di mercato va benissimo per la camicia e la maglietta, che quando si rompono possono essere sostituite comprandone altre, ma sulla salute è una cosa molto pericolosa, perché i risparmi che possono essere fatti in un momento si pagano poi 10 volte per gli errori o per la minore qualità a cui si può incorrere. Per questo motivo, nell'ambito dell'azione sostitutiva dell'assistenza integrativa, se l'assistenza integrativa riesce a ridare slancio alla libera scelta del paziente penso che riceverà applausi da stadio grandiosi.

### **Dott. Marco Vecchietti**

*Amministratore Delegato e Direttore Generale – Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.*

Credo che l'intervento di Anisap sia stato molto interessante per il quadro di realismo che richiama rispetto alle abitudini dei cittadini. È evidente che la Sanità Integrativa ha iniziato ad occuparsi sempre più, a mio avviso in modo positivo, delle prestazioni extraospedaliere nel momento in cui l'accesso a queste prestazioni da parte dei cittadini è divenuto maggiormente difficile.

D'altra parte esiste una grande contraddizione al riguardo: da un lato si dice che la Sanità Integrativa non deve intervenire nell'ambito LEA, dall'altro si dice anche che questa Sanità Integrativa è inefficiente se si considera il livello di intermediazione della Spesa Sanitaria Privata italiana e lo si paragona a quello degli altri Paesi, in quanto altrove funziona tutto bene perché l'intermediazione è più elevata.

Ma se si vuole aumentare il livello di intermediazione bisogna far finanziare alla Sanità Integrativa la Spesa Privata; poi se il cittadino privatamente spende in extraospedaliere,

si dovrà far finanziare quella prestazione, se spende maggiormente in odontoiatria, si dovrà finanziare quella, ma non è possibile congelare il meccanismo e il perimetro di azione come se il comportamento dei cittadini rimanesse uguale a sè stesso.

Negli ultimi 10 anni le modifiche nell'atteggiamento dei cittadini verso la loro salute e verso l'accesso alle cure sono state palesi e radicali, e sono lieto di averne avuto la testimonianza da coloro che sono sul campo.

Un'ultima considerazione riguarda il tema dei costi, nel quale non posso che raccogliere la sfida. Il dato del 25%, come ho dichiarato anche durante l'audizione alla Commissione Affari Sociali, in realtà è un dato che si riferisce a indicatori che non sono assolutamente attinenti al costo della Sanità Integrativa, ma si riferiscono a costi diversi di gestione complessiva del settore assicurativo, inclusi i costi distributivi e quelli di promozione dei prodotti, che nel campo della Sanità Integrativa non trovano nessuna applicazione.

Se si considera il dato medio bilancistico delle compagnie che si occupano in modo dedicato di Sanità Integrativa, si evince che l'entità dei costi è compresa tra il 5% e l'8%, ed è quindi assolutamente contenuta rispetto all'entità di prestazioni erogate. È verissima la presenza di un surplus di costi nelle procedure autorizzative, come ricordava il presidente Cittadini, che è maggiormente riscontrabile nelle prestazioni di frequenza che prevedono molti contatti tra di noi, ma bisogna anche ricordare che questo è un impianto che lavora in uno scenario nel quale la Sanità Integrativa era più un'eccezione che un'abitudine costante.

Sicuramente un'evoluzione del sistema (e su questo aspetto ripropongo nuovamente l'invito a integrare erogatori e finanziatori) consente di bypassare alcuni di questi elementi, ottenere una maggiore trasparenza e accountability tra le parti, e favorire una riduzione di controlli formali che non hanno più ragione di sussistere. D'altra parte, anche con riferimento al meccanismo del convenzionamento col Servizio Sanitario Nazionale vengono effettuati controlli che vengono attuati ex post sulla base di protocolli condivisi. Credo che si tratti di far evolvere il sistema in questa direzione, alla luce del fatto che se prima era un paziente su 100 a disporre della Sanità Integrativa, oggi (a mio parere fortunatamente) ne beneficiano 20 su 100, quindi la situazione è diversa, e sarebbe auspicabile che si attestasse a 30 su 100.

### **Dott. Domenico Crisarà**

*Vice Segretario Nazionale - FIMMG*

Da medico di famiglia che è in studio quasi tutti i giorni vorrei ribaltare il punto di vista che è stato usato finora, in quanto credo che il mercato non lo facciano i pazienti, ma le aziende. Se nel panorama attuale di stipendi e remunerazioni si ha un gruppo che offre una risonanza a un quarto del ticket, non mi pare che il cittadino abbia grosse alternative. Credo che si debba sempre capire qual è lo standard garantito, perché il problema grosso è lo stesso che riguarda le compagnie aeree low cost, dato che se si rimane a terra dopo aver pagato 8 euro di biglietto non ci si può lamentare. Un'altra riflessione coinvolge un aspetto che subiamo quotidianamente, ossia le liste d'attesa e il poter avere la prestazione in tempi più veloci, dato che le liste d'attesa sono un problema sovranazionale, perché è presente in tutti i sistemi occidentali. Al riguardo sarebbe

doveroso fare un ragionamento sull'appropriatezza, termine che esprime il fatto che ognuno deve avere ciò di cui ha bisogno quando ne ha bisogno e non quando decide lui, visto che magari in questo modo il sistema riesce a essere più organico e meglio assonante. Il problema di fondo è che qualunque offerta sanitaria viene fatta in tempi record e viene saturata. Ad esempio, se domani mattina aprisse un ambulatorio sulla patologia del quinto dito del piede sinistro, entro 4 mesi si creerebbero liste di attesa anche lì.

Per questo motivo ritengo che i problemi non si risolvono pensando che ad un aumento dell'offerta corrisponda un abbattimento delle liste di attesa, anche perché all'interno di questo ragionamento ne subentrano degli altri che sono stati esposti precedentemente, come il fatto che ormai la malattia e anche l'invecchiamento non sono più molto accettati. Anni fa un ottantenne si sarebbe tenuto qualche doloretto alla spalla o a una gamba, mentre oggi la situazione è cambiata e si pretende una soluzione, e non voglio dire se questo accade giustamente o ingiustamente, ma voglio solo affermare che è cambiata la percezione. Una conferma significativa di ciò viene dagli spot televisivi, nei quali ormai si pubblicizzano di più i farmaci e altre prestazioni rispetto alla pasta.

Queste considerazioni sono state esposte perché, tenendo ben presente che nulla è regalato, la Sanità Integrativa nasce soprattutto dal *Welfare* aziendale, che significa che una parte della remunerazione del lavoratore al posto di finire nelle sue tasche viene deviata sulla parte integrativa.

### **Dott. Andrea Pancani**

Generalmente questo avviene con grande soddisfazione da parte dei lavoratori, che rinunciano volentieri a quella quota maggiore di salario.

### **Dott. Domenico Crisarà**

*Vice Segretario Nazionale - FIMMG*

Certamente, ma in merito avrei una domanda: è bene pagare questo per avere subito e con accesso diretto alla struttura un eco-cardio magari non necessario, oppure sarebbe opportuno investirlo in prevenzione e in cronicità?

Il problema è che da parte nostra viene data un'immagine strana dell'efficienza di questi strumenti perché se si stipula un'assicurazione, saltando le liste attese e non pagando nulla, può succedere che se si ha bisogno di una risonanza a un ginocchio dopo essersi infortunati giocando a calcetto la si ottenga in due giorni, e questo perché l'ente mutualistico ha contrattato con una famosa struttura di risonanza a un terzo, quindi "comprandole a chilo". In questo caso si ha uno spreco di risorse, e nonostante in quel momento il cittadino sarà molto contento di aver potuto eseguire la risonanza subito dopo l'infortunio, si pone il problema di capire se tale cittadino avrà lo stesso livello di soddisfazione qualora sviluppasse nel tempo il diabete, una cardiopatia ischemica o una malattia degenerativa.

**Dott. Andrea Pancani**

Al riguardo avrei una domanda. Lei ha detto che il cittadino sarà soddisfatto eseguendo subito l'esame, ma voi medici non dovrete fungere da baluardo e negare la possibilità di fare tale esame?

**Dott. Domenico Crisarà**

*Vice Segretario Nazionale - FIMMG*

La sua domanda ha centrato il punto al quale stavo arrivando, perché questi sistemi funzionano nel momento in cui c'è un decisore dell'appropriatezza che valuta se il cittadino ha veramente bisogno di determinate prestazioni e se possa averle o meno. Se il cittadino riesce a superare questo livello e ad avere quindi l'accesso diretto a quello che si chiama secondo livello, allora è mancata tale situazione di governo. Il grosso problema del Servizio Sanitario Nazionale in questo momento è la questione legata alle liste d'attesa, e tale questione secondo me costituirà il grande problema anche dei servizi di tipo assicurativo. Questa è un'analisi molto concreta, in questo momento il *Welfare* aziendale come traspare dal nome si rivolge alla popolazione attiva e a una popolazione sostanzialmente sana e conseguentemente i costi sono quelli meno incidenti, perché chiaramente fare una risonanza, una TAC o un'ecografia ormai costa. La popolazione in oggetto tra qualche tempo presenterà gli stessi problemi dell'attuale popolazione anziana, cioè la cronicità, la non autosufficienza, ecc., ed è questo a costituire il problema.

Bisogna capire se il sistema integrativo sarà in grado di supportare quel tipo di problematica che attualmente va ad impattare sul Sistema Sanitario Nazionale, dato che il Sistema Sanitario Nazionale non è in difficoltà perché non riesce ad eseguire le cure oncologiche, i trapianti e le situazioni di questo tipo, ma perché una marea di risorse vengono assorbite dalla cronicità e dalla non autosufficienza e non sono governate. Alla luce di queste considerazioni noi abbiamo una visione assolutamente positiva del Sistema Integrativo, fermo restando il fatto che il paradigma deve restare il servizio pubblico universale. Personalmente, per storia familiare posso dire che io sono cresciuto abbondantemente "a pane e assicurazione". L'assicurazione, giustamente e al contrario dello Stato, è un'associazione che alla fine deve avere un bilancio in utile, e quindi se qualcuno vuole garantirsi determinate prestazioni deve pagare in proporzione a ciò che vuole ottenere.

Al riguardo si pone la seguente domanda: i cittadini sono rimasti estremamente soddisfatti di poter beneficiare della Sanità Integrativa, ma se il Paese inizialmente non fosse stato dotato del Servizio Sanitario Nazionale (come la scuola), avrebbe avuto la stessa capacità di sviluppo e di PIL? Noi siamo assolutamente favorevoli in merito e la medicina generale si sta attrezzando anche contrattualmente all'incontro con la Sanità Integrativa. Riteniamo che grazie al rapporto fiduciario di cui siamo possessori possiamo essere il cardine etico tra i due sistemi, e fungere da garanzia di sostenibilità di questo sistema.

È doveroso fare un ragionamento non solo sulle economie, sull'integrazione e sulle pratiche amministrative, ma sull'integrazione dell'operatività. Le cure primarie in questo momento mancano, anche dei sistemi integrativi, perché se guardiamo ai sistemi

integrativi solo come a sistemi sostitutivi io non credo che ci siano grosse prospettive. Ci stiamo attrezzando contrattualmente e, con la speranza che ce lo consentano, in termini organizzativi. Il Patto per la Salute apre queste possibilità e noi siamo a disposizione, ma secondo la logica che in ogni caso la prestazione che viene eseguita, sia nel pubblico che nel privato, deve essere una prestazione appropriata, ossia ciò di cui ha bisogno in quel momento il cittadino, perché tutto il resto è uno spreco e porta a poca sostenibilità da parte del sistema.

### **Dott. Mauro Potestio**

*Presidente - Feder Anisap*

Desidero replicare al Dottor Crisarà, con la premessa che non rispondo da presidente di Feder Anisap, ma da medico che ha svolto la propria professione per 50 anni. Le strutture che erogano prestazioni per i pazienti lo fanno solo ed esclusivamente su prescrizione di un medico. La seconda cosa che bisogna considerare è la legge Lorenzin risalente a qualche anno fa, che dava delle limitazioni alle prescrizioni di risonanze magnetiche e di altri esami e aveva prodotto una riduzione notevole della domanda. I primi a opporsi sono stati i medici di medicina generale, perché l'hanno considerata una limitazione delle proprie prerogative. Quando ero giovane e c'era l'Inam le prestazioni in ospedale venivano pagate per l'intervento e per giornate di degenza, ma ogni settimana arrivava il medico della mutua a chiedere il motivo per cui non si aveva ancora mandato a casa un'appendice ad esempio.

### **Dott.ssa Barbara Cittadini**

*Presidente Nazionale - AIOP*

I controlli li abbiamo tuttora...

### **Dott. Mauro Potestio**

*Presidente - Feder Anisap*

Ne sono consapevole, per voi la situazione è differente perché avete delle prescrizioni che potete fare voi, ma noi che le eroghiamo unicamente non possiamo rifiutarci di erogarne una perché non è appropriata. L'unico punto sul quale possiamo intervenire e in cui il radiologo può opporsi è il caso in cui la prescrizione è francamente non appropriata e prevede l'assorbimento di Raggi X, ma se si ha una richiesta di una ecografia sulla base di quali motivazioni tale prestazione non può essere erogata da parte nostra?

### **Dott. Domenico Crisarà**

*Vice Segretario Nazionale - FIMMG*

Premettendo che cercavo di evitare qualunque polemica, è chiaro che non affermo che è il settore assicurativo a fare le prescrizioni, ma è anche altrettanto chiaro che se si vuole con nome, cognome e indirizzo, dove lavoro io, una struttura convenzionata con la Sanità Integrativa che dispone della mia prescrizione può dire al cittadino che il costo sarebbe di 50 euro, mentre senza ricetta si ridurrebbe a 10 euro. Il problema non è



crearsi una buona immagine, ma capire come agire tutti insieme al fine di sostenere il Servizio Sanitario Nazionale, visto che personalmente credo che se la Sanità Integrativa non serve a sostenere il Servizio Sanitario Nazionale, ad esempio consentendo di avere un trapianto di cuore senza spendere 500.000 €, a me non interessa. A me preme una sanità pubblica a cui la sanità privata possa dare sostegno e integrazione con tutte le forme, ma ad ogni modo credo che la sanità pubblica deve rimanere, e la conferma a questo arriva anche dai cittadini a cui è stata posta la domanda relativa a pubblico o privato, dato che qualcuno pensa ancora a Tersilli.

In conclusione ritengo che la sanità pubblica è intoccabile, in quanto nessun cittadino italiano si può permettere certi livelli di spesa (se non coloro che appartengono alla fascia che guadagna milioni di euro), mentre la sanità privata è utile a fini integrativi.

### **Dott. Marco Vecchietti**

*Amministratore Delegato e Direttore Generale – Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.*

Vorrei recuperare una riflessione con il Dottor Crisarà riguardante l'elemento di congiunzione dei medici e quello che non è ancora stato affrontato fino in fondo.

Credo che nell'intervento del Dottor Crisarà ci siano due passaggi importanti che si ricongiungono ai nostri ragionamenti. Se la Sanità Integrativa rimane uno strumento di *Welfare* contrattuale in quanto tale, bisogna consentire all'assicurato di avere accesso a ciò che vuole, visto che paga autonomamente la Sanità Integrativa e quindi non ci sono motivi per finalizzare le sue risorse in una direzione rispetto ad un'altra.

Se invece creiamo un sistema integrato, e questo vuol dire passare dalla Sanità Integrativa al Secondo Pilastro Sanitario che invece paradossalmente in questo momento viene avversato, allora è corretta l'analisi del Dottor Crisarà, perché in quanto pilastro strutturale l'integrazione deve essere finalizzata ed è anche corretto dire al cittadino che alcune prestazioni possono essere effettuate e altre no.

Al riguardo, ricordo che una delle partite più difficili per le assicurazioni è quella di trasferire all'assicurato il concetto di appropriatezza, dato che moltissime volte nell'elaborazione di un'autorizzazione o un rimborso si è perfettamente consapevoli che una determinata prestazione non sarebbe necessaria e sarebbe più costosa. Avendo una quota ormai elevata di prestazioni preautorizzate in convenzione con le strutture si potrebbe anche intervenire, ma il problema è costituito dall'impianto normativo, che non prevede che l'assicurazione svolga questo tipo di analisi.

Al riguardo avevamo già riflettuto su un punto che a mio avviso rimane di grande interesse, ossia la possibilità di avere un *gatekeeper* unico a indirizzare il paziente verso il Servizio Sanitario Nazionale o verso la Sanità Integrativa.

Da questo aspetto deriva una provocazione, in quanto si presupporrebbe che quel *gatekeeper* fosse proprio il medico di medicina generale, che può informare tutti i suoi pazienti dell'opportunità di avere una Sanità Integrativa accanto al Servizio Sanitario Nazionale.

## **Dott. Domenico Crisarà**

*Vice Segretario Nazionale - FIMMG*

Credo che ciò che ha detto il Dottor Vecchiotti sia fattibile, basta che mi venga riconosciuta la stessa provvigione che viene generalmente data, perché dal mio punto di vista non sarebbe un problema pubblicizzare la Sanità Integrativa (ormai ne sentiamo di ogni sorta e quindi ritengo che ciò sarebbe realizzabile e ci si potrebbe pensare), ma io credo invece all'idea del Secondo Pilastro, e nel momento in cui questo verrà strutturato e si comincerà a parlare alla gente con chiarezza non si avvertirà più il bisogno di pubblicità alla Sanità Integrativa da parte del medico. Il problema è mostrare alla gente la convenienza, ad esempio, di rientrare della spesa dei 40 miliardi di cui si è discusso in precedenza.

Se c'è una volontà politica e una capacità di spostare tale spesa già esistente in termini di assicurazione, allora avremmo ottimi risultati e migliori accessi alle cure. Un punto importantissimo riguarda il problema dell'appropriatezza, che non deve riguardare le assicurazioni ex post e diventare un rifiuto (le assicurazioni incassano i premi e poi non pagano), ma deve essere un'operazione fatta ex ante da chi conosce il paziente e ha la capacità di indirizzarlo su ciò che gli serve, e non su ciò che vuole o che vogliono altri.



## SEZIONE 5

# IL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA: IL FUTURO È GIÀ QUI

---

### **Prof. Mario Del Vecchio**

*Affiliate Professor - SDA Bocconi*

### **Prof. Marco Geddes da Filicaia**

*Medico*

### **Prof.ssa Isabella Mastrobuono**

*Referente per l'Assistenza Primaria e Cronicità - P.A. Bolzano*

### **Prof.ssa Grazia Labate**

*Ricercatore in Economia Sanitaria - Università di York*

### **Prof.ssa Carla Collicelli**

*Ricercatore senior associato, CNR-ITB*

### **Prof. Cesare Cislaghi**

*Docente di Economia Sanitaria*

### **Prof. Mario Del Vecchio**

*Affiliate Professor of Government, Health and Not for Profit – SDA Bocconi School*

Ho l'impressione che il dibattito pubblico-privato sia spesso mal posto, in quanto sembra sempre inevitabilmente scivolare su un terreno privo di ogni rilevanza pratica ovvero se, in astratto, in sanità sia meglio un sistema pubblico o privato. In realtà tutti i sistemi sanitari dei Paesi avanzati presentano un mix di meccanismi e strumenti più o meno collocabili, alcuni con molto sforzo, in un ideale spettro che abbia ai suoi estremi i concetti di pubblico e privato. Sono tutti ibridi e, in qualche misura, lo stanno diventando in misura sempre maggiore. Considerando il panorama internazionale, anche solo guardando alle fonti di finanziamento, si fa fatica a indicare chiaramente cosa sia un sistema pubblico o privato. Un buon esempio di tale difficoltà è rappresentato dalla spesa privata obbligatoria che potrebbe, in prima battuta, essere ragionevolmente assimilata a una copertura pubblica.

In Francia la tradizionale assicurazione privata, la *Complémentaire de Santé*, è diventata un obbligo a carico dei datori di lavoro, obbligo che si aggiunge ai contributi mutualistici e da questi è difficilmente distinguibile. Il problema è che se, come fa l'OECD, lo stesso criterio viene applicato al contesto statunitense e le assicurazioni formalmente obbligatorie sono considerate una modalità diversa per garantire la copertura pubblica, il sistema americano raggiunge l'80% di copertura superando molto Paesi, tra i quali il nostro.

Alla ibridazione dei sistemi sanitari si accompagna l'ibridazione dei consumi. Anche considerando il singolo atto di consumo in sé, si moltiplicano le occasioni in cui pubblico e privato si fondono, come avviene, ad esempio, nel caso in cui il sistema pubblico

finanzi il consumo di un farmaco generico e il consumatore preferisca quello di marca, essendo disponibile a sostenere una differenza di prezzo (*topping up*). Ma sempre più spesso i consumi in sanità non sono interpretabili in termini di mera giustapposizione di singoli episodi, ma vanno letti, e vengono vissuti, come veri e propri percorsi unitari tesi alla soluzione di specifici problemi (*patient journey*). In tali percorsi il paziente, quasi inevitabilmente, finisce per attraversare più volte i confini tra pubblico e privato non solo sul versante dell'offerta, ma anche e soprattutto sul lato del finanziamento.

Queste considerazioni ci portano a dire che quando ci troviamo a discutere di pubblico e privato in sanità, la discussione non può essere astratta. Bisogna interrogarsi su come concretamente vogliamo organizzare i confini a partire dalla questione del peso relativo dei due campi. In Italia, come in altri Paesi, la discussione non può essere spostata su una ipotetica e impossibile "privatizzazione della sanità", ma deve affrontare il tema difficile di quanto la collettività immagina debba essere la parte finanziata dal pubblico sul totale della spesa. Ed è forse questa, quante risorse la collettività vuole investire nella tutela della salute, la questione su cui concentrare l'attenzione rispetto al tema molto più discusso della spesa privata e delle scelte dei consumatori. I dati più recenti dicono che in Italia la spesa sanitaria pubblica è di circa 1.900 € a cittadino contro i 3.800 € dei tedeschi (pubblica più privata obbligatoria), i 3.100 € dei Francesi (pubblica più privata obbligatoria) e i 2.700 € degli inglesi, i quali, notoriamente parsimoniosi, investono in sanità (spesa pubblica) il 7,5% del PIL mentre noi siamo al 6,5%. Per carità di patria non citiamo gli altri Paesi europei. Alla luce di queste considerazioni noi dovremmo discutere del finanziamento pubblico e solo dopo averlo fatto dovremmo interessarci della spesa privata, di cosa vogliono fare e decidere i consumatori. Nello spirito di riportare il dibattito al tema dei confini, e non della scelta tra sistemi, bisogna considerare che, mentre le risorse pubbliche per la sanità sono oggetto di una decisione, il parlamento che dovrebbe decidere un aumento del prelievo o uno spostamento delle spese, la quantità di risorse che alimentano i circuiti privati è l'esito di ciò che decidono i consumatori all'interno di meccanismi di mercato e in quanto tale non è oggetto di una decisione.

Per contribuire al dibattito è possibile provare ad affrontare brevemente quali possano essere rischi e benefici connessi alla coesistenza tra spesa pubblica e privata e a un possibile aumento della quota ascrivibile a quest'ultima.

Una prima critica spesso mossa ai consumi privati è che essi sottraggono risorse al Servizio Sanitario Nazionale, prevalentemente, ma non esclusivamente, attraverso il sostegno pubblico ai consumi privati. Si tratta delle cosiddette *Tax expenditures* ovvero detrazioni e deduzioni offerte alle spese per la sanità. La questione è meno semplice di quanto non venga comunemente rappresentata ovvero: "lo Stato rinuncia a un importo X di entrate sostenendo la spesa privata, lo stesso importo potrebbe essere destinato al SSN". Almeno due questioni gettano qualche dubbio sul ragionamento. La prima è cosa possa effettivamente avvenire se detrazioni e deduzioni vengono eliminate e, in particolare, se le risorse in questione possano esserci ancora, una volta considerati fattori come la scarsa fedeltà fiscale di parti della filiera oggi tenuta a bada da un contrasto di

interessi che sostiene la tracciabilità fiscale. La seconda è legata al fatto che le stesse risorse entrano indistintamente nel bilancio dello Stato e che dovrebbero, per così dire, uscire effettivamente e non essere sostitutive rispetto ad eventuali altri incrementi. In pratica è la possibilità, per la spesa sanitaria pubblica, di uscire vittoriosa da una competizione con altri bisogni quali la riduzione del carico fiscale, la spesa pensionistica o il sostegno al reddito. Non è una competizione agevole soprattutto in presenza di una retorica che vede ancora nei guadagni di efficienza una possibile fonte di risorse.

Una seconda critica è legata all'idea che i consumi privati alimentano consumismo e inappropriata generalità del sistema. In questo caso il riferimento corretto dovrebbe essere quello, poco considerato, di una inappropriata differenziale rispetto ai consumi pubblici. Non ha senso infatti attribuire solo ai consumi privati eventuali tendenze generali di sistema, ma poche evidenze vi sono al riguardo. Bisogna inoltre considerare che il concetto di appropriatezza di un consumo sanitario, salvo il caso in cui i rischi superino i benefici (consumi dannosi per la salute), non può che essere declinato in termini di costo appropriatezza. Un certo consumo non inutile per la salute non raggiunge un livello di utilità sufficiente per giustificare la spesa da parte del soggetto che la deve sostenere. Per scegliere un esempio estremo: se un certo farmaco in campo oncologico supera un certo livello di costo per anno di vita salvato, il suo consumo in ambito pubblico può risultare inappropriato perché quelle risorse possono essere meglio impiegate a favore di un altro paziente. Analogamente una certa procedura può risultare inappropriata in un certo *setting* (es. regime di ricovero) perché, a parità di risultati, potrebbe essere erogata in un contesto differente a costi minori (es. *day hospital*). Il punto è che se il concetto di riferimento è il costo appropriatezza questa è diversa nel caso delle scelte collettive rispetto a quelle individuali e poche giustificazioni possono essere addotte per imporre le prime, limitando la libertà degli individui.

Un ultimo tema è la natura addittiva o sostitutiva dei consumi privati rispetto a quelli pubblici. Nel primo caso si tratterebbe di "consumi superflui", poco meritori, diversi da quelli pubblici e come tali non dovrebbero essere favoriti. Nel secondo caso i consumi privati spiazzerebbero un equivalente quantità di consumi pubblici, producendo un effetto complessivamente positivo per altri utenti che così avrebbero un più agevole accesso alle prestazioni pubbliche. In realtà non ci sono evidenze né in un senso né in un altro anche perché una volta che una prestazione su una lista di attesa viene liberata questa viene immediatamente occupata. Così l'osservazione che *ex post* le prestazioni private si sommano inevitabilmente a quelle pubbliche non ha nessun significato in termini di interpretazione del fenomeno.

In conclusione bisognerebbe rimettere il fuoco del dibattito su elementi pragmatici, ragionare su specifici segmenti di consumo per riflettere su quali siano le conseguenze di un maggior ricorso al finanziamento privato, evitando un generico dibattito di pubblico *versus* privato che non è di alcuna utilità a nessuno.

## Prof. Marco Geddes da Filicaia

*Medico*

La discussione, in questa giornata, si sta sviluppando su due piani: un primo approccio è rappresentato da quello del professor Mario Del Vecchio, che ha affrontato il tema del Secondo pilastro e di alcuni aspetti finanziari connessi; l'altro aspetto è invece più generale, e concerne lo "stato di salute" del sistema sanitario del nostro Paese, argomento di cui si è discusso stamattina con i rappresentanti politici e sindacali. Credo che sia all'interno di questa più complessiva riflessione – e in particolare dell'evoluzione del Servizio Sanitario Nazionale - che si debbano valutare le proposte e le iniziative sul Secondo pilastro.

Io, come credo sia noto, sono molto preoccupato del futuro del nostro sistema sanitario, un futuro che, possiamo affermarlo, è già qui. Nel senso che le scelte che vengono assunte (si pensi agli investimenti, alla formazione del personale, etc.) – o che non vengono messe in atto – determinano ora il futuro poiché hanno tempi lunghi per realizzarsi ed espletare la loro efficacia.

La mia preoccupazione nasce dalla constatazione che nel corso di oltre un decennio il Servizio Sanitario Nazionale è stato progressivamente indebolito. Questo non è un evento naturale o, come dire, inevitabile, ma una precisa scelta politica che noi come persone, come professionisti, come amministratori non possiamo non analizzare e discutere, in parallelo alle valutazioni sullo sviluppo di un Secondo pilastro. Qui non è in discussione – come talvolta si equivoca più o meno in buona fede – la presenza del privato nella nostra sanità. L'imprenditoria privata è ampiamente presente nel settore sanitario, sia nella fornitura di beni e servizi che direttamente nella gestione di attività diagnostiche e di ricovero. Anche in termini di posti letto la rilevanza del privato ha avuto un progressivo incremento, specie in alcune regioni del Sud, proprio in quelle che non presentano indicatori assistenziali e sanitari particolarmente positivi nel panorama nazionale complessivo. Teniamo anche presente che alcuni elementi critici del Servizio sanitario pubblico, fattori di disaffezione, quali ad esempio le liste di attesa, sono emersi o si sono accentuati proprio quale conseguenza di un impoverimento del sistema pubblico.

Voglio richiamare qui alcuni dati: negli ultimi sette anni si sono avuti 8.000 medici e 12.500 infermieri in meno. Pensate: 12.500 infermieri in meno, in un Paese che ha un rapporto infermieri popolazione fra i più bassi d'Europa! Per avere lo stesso rapporto di infermieri rispetto alla popolazione dell'Inghilterra se ne dovrebbero assumere 132.400; rispetto alla Francia 219.200 e rispetto alla Germania 439.000! La nostra riflessione deve analizzare queste problematiche, anche al fine di mantenere un equilibrio fra il settore pubblico e quello privato. Questi sono dati fondamentali, perché il ricorso al privato, penso alla libera professione *intra moenia* in particolare, come documentato dalla Federconsumatori e da tante indagini, è motivato fondamentalmente dai tempi di attesa nel pubblico. Le scelte politiche di quest'ultimo decennio in particolare, non hanno tenuto conto di due questioni fondamentali, e cioè che:

1. Gli investimenti in infrastrutture sono un fattore rilevante anche per la crescita economica del Paese. Richiamo solamente un dato della Corte dei conti: gli investimenti nel settore sanitario si sono ridotti, in quattro anni, del 40%. Recentemente sono stati stanziati 4 miliardi in edilizia sanitaria rispetto ai 32 miliardi necessari solamente per l'antincendio e per l'antisismica.
2. Un'occupazione nel settore pubblico, in specifici ambiti, quale quello sanitario (penso in particolare a quello infermieristico con una elevata presenza femminile), sono una precondizione di crescita economica.

Concludo questa breve riflessione richiamando l'attenzione su un elemento rilevante per il futuro: le previsioni di spesa della Ragioneria Generale dello Stato indicano un aumento della Spesa Sanitaria Pubblica tra 30 anni che arriverà al 7.8% - 7.9% del PIL. Meno della attuale spesa della Francia, dell'Inghilterra, della Germania.

Questo contenuto incremento non riguarderà la fascia di età fino ai 65 anni, che invece - per motivi demografici - diminuirà in termini di costi, ma si concentra nella fascia di età degli ultra ottantenni. Allora chi ipotizza una integrazione pubblico - privato con forme di tipo assicurativo e mutualistico per rendere sostenibile il futuro, dovrebbe orientare le sue proposte su questa fascia di popolazione. Non è certo questa l'offerta del sistema assicurativo e anche lo sviluppo del *Welfare* aziendale, per le ovvie caratteristiche occupazionali, certamente non è orientato prioritariamente su tale fascia di popolazione!

La diffusione del *Welfare* aziendale presenta inoltre altre criticità, in particolare le diseguaglianze territoriali, come ci illustrava anche Marco Vecchiotti, poiché la contrattazione è connessa all'occupazione e in particolare all'occupazione nelle grandi aziende, cosa che è fortemente differenziata, a danno in particolare del Sud.

Pertanto questi elementi salvifici del Secondo pilastro che vengono spesso enfatizzati, dovrebbero essere argomentati in modo più convincente. Consentitemi un'ultima osservazione in merito a quanto Mario Del Vecchio osservava sulla *Tax expenditure* e al fatto che un eventuale incremento di gettito, in conseguenza della eliminazione dei benefici fiscali per prestazioni con caratteristiche duplicative e non integrative del SSN andrebbe a finire nella fiscalità generale e non orientato, a priori, sulla sanità. Una affermazione vera quanto ovvia, ma pur sempre una pre condizione generale rispetto alle finanze pubbliche! Questa osservazione ci riporta peraltro a riflettere sulle scelte di carattere generale, cioè di quanto si intenda orientare la spesa pubblica verso il *Welfare*.



## LO SVILUPPO DELLA PREVENZIONE QUALE TERRENO DI INTEGRAZIONE TRA I FONDI INTEGRATIVI E IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

### Prof.ssa Isabella Mastrobuono

*Referente per l'Assistenza Primaria e Cronicità - P.A. Bolzano*

La questione dell'integrazione tra il mondo dei Fondi Sanitari Integrativi, delle Società di Mutuo Soccorso e delle Casse aziendali ad oggi operanti in Italia (circa 12 milioni di iscritti ed aventi diritto) ed il Servizio Sanitario Nazionale è centrale per capire, da un lato, il terreno di collaborazione tra i due mondi, dall'altro, per individuare le modifiche ed integrazioni legislative necessarie per garantirla.

Nel mondo si stanno diffondendo sempre più tecniche di *Health Population Management* attraverso le quali è possibile incrociare i flussi informativi a disposizione per capire quali fasce della popolazione utilizzano le diverse tipologie di attività, prestazioni e servizi garantiti dai sistemi sanitari (non importa se universalistici o meno).

L'obiettivo è chiaro: quanto più conosciamo, tanto più siamo in grado di programmare e calibrare l'offerta. Ecco perché le Commissioni ed i Gruppi di lavoro europei che si occupano di Sanità spingono sulla migliore produzione dei flussi informativi e ne auspicano di nuovi (magari provenienti dal deserto informativo del territorio).

Sono diverse le tecniche di *Health Population Management* adottate a livello internazionale e si stanno diffondendo anche in alcune realtà regionali italiane (Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, P.A di Bolzano, ad esempio). Il quadro che emerge dalla loro applicazione è molto simile: ad utilizzare i sistemi sanitari sono soprattutto i pazienti cronici anziani. Insomma, sembra che sia proprio vero quello che sostiene l'OMS quando dice che il 20% della popolazione consuma l'80% delle risorse!

Nella tabella che segue (**Tabella 1**), elaborata dall'Osservatorio per la salute della P.A di Bolzano diretto dalla dottoressa Carla Melani (con la quale collaboro da oltre 1 anno), è riportata la percentuale di cittadini della Provincia (in totale 525.169 abitanti) che sono non utenti o utenti occasionali: ben il 63%! Se si preferisce circa 340.000 persone sono sconosciute o quasi al Servizio Sanitario Provinciale.

Tabella 1 - Profilazione della popolazione. PA Bolzano, 2017 (ACG)  
Tecniche di *Population Health Management*

PROFILO	Popolazione	%	Età media	Spesa complessiva (Mio €)	Spesa media (€)	Carico assistenziale
Non utente	106,475	20.3%	35.3	-	-	-
Occasionale	229,758	43.7%	33.5	28.9	€ 126	0.11
Cronico s/ricovero	128,013	24.4%	61.2	115.6	€ 903	0.81
Materno-infantile	10,647	2.0%	32.2*	27.9	€ 2,620	2.35
Acuto c/ricovero	16,714	3.2%	37.0	65.7	€ 3,931	3.52
Cronico c/ricovero	30,687	5.8%	65.7	304.6	€ 9,920	8.89
Cronico termine vita	2,875	0.5%	79.7	43.7	€ 15,231	13.64
<b>TOTALE</b>	<b>525,169</b>	<b>100.0%</b>	<b>42.5</b>	<b>586.4</b>	<b>€ 1,117</b>	<b>1</b>

\* adulti

Fonte: Osservatorio per la salute PA Bolzano: Direttore dott.ssa Carla Melani

## Cosa vuole dire?

L'analisi dei flussi informativi ad oggi esistenti (Schede di dimissione ospedaliera, Certificati del parto, ricette dei medici di medicina generale, assistenza domiciliare, residenzialità, farmaceutica, etc.) consente, attraverso l'adozione di tecniche valutative ed algoritmi, di sapere chi utilizza il Sistema Sanitario e per che cosa.

Se ad esempio qualcuno di noi si reca dal medico di medicina generale per un consiglio, ma esce dallo studio senza una prescrizione, il Sistema Sanitario non lo vede così come quando ci rivolgiamo direttamente ad una struttura privata per l'esecuzione di una prestazione consigliata da un medico.

La tabella ci dice anche che sono i più giovani (età media 35 anni) a non utilizzare o utilizzare occasionalmente il Servizio Sanitario della PA di Bolzano, ma sarebbe troppo semplicistico affermare che "sono sani". Non lo sappiamo.

Le campagne di prevenzione (per le quali spendiamo assai poco) sono limitate a pochi temi specifici e comunque sembra che i risultati, ad esempio se consideriamo l'obesità infantile, non siano dei migliori, ma non è questa la sede per affrontare un tema così complesso.

La **Tabella 2** mostra uno scenario opposto al precedente. Gli iscritti ai 3 Fondi presi in esame sono prevalentemente giovani (il 73% è di età tra i 15 ed i 60 anni) e consumano le prestazioni tipiche offerte dai Fondi stessi con la prevalenza di indagini diagnostiche, visite specialistiche e odontoiatria. Possono utilizzare il canale privato di erogazione, ma anche quello pubblico attraverso la libera professione, ma il Servizio Sanitario Nazionale “non li vede” perché i flussi che generano le richieste non sono collegati al SSN.

Tabella 2 - Iscritti per classi di età al 31/12/2017 (valori%)

CLASSI DI ETÀ	ISCRITTI		
	Cassa Mutua Nazionale per il personale delle banche di Credito Cooperativo	Uni.C.A.**	Fondo sanitario integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo
Fino a 14	22,05%	nd	15,00%
Da 15 a 64	72,29%	nd	70,90%
Superiore 65	5,67%	nd	14,10%
<b>Fino a 40</b>	<b>nd</b>	<b>50,74%</b>	<b>nd</b>
<b>Da 41 a 50</b>	<b>nd</b>	<b>16,14%</b>	<b>nd</b>
<b>Superiore 50</b>	<b>nd</b>	<b>33,12%</b>	<b>nd</b>

\* Il 14% della popolazione è Over 65  
 \*\* Il 18% della popolazione è Over 60

Sorge spontanea una domanda: se i Fondi fossero orientati più alla prevenzione, se si potessero in questo campo scambiare informazioni tra i due “Mondi” per evitare inutili duplicazioni, non si potrebbe realizzare una integrazione proficua?

Se oggi spendiamo poco più di 5 miliardi per la prevenzione (ultimi in Europa dove ci sono Paesi che spendono tre volte tanto), non si potrebbero utilizzare le agevolazioni fiscali orientando il comportamento dei Fondi verso la promozione di stili di vita adeguati, la prevenzione primaria, e se necessario anche secondaria, dando conto di quanto realizzato? Molti Fondi e Società di Mutuo Soccorso lo fanno con ottimi risultati.

Ad oggi, dopo le precisazioni dell’Agenzia delle entrate, l’ammontare del costo a carico dello Stato per garantire le agevolazioni fiscali ammonterebbe a poco più di 400 milioni di EUR, una cifra che potrebbe essere interamente orientata alla prevenzione, potendosi ottenere ottimi risultati con “limitate” risorse.

Senza contare il fatto che gli strumenti di informazione a loro disposizione (numeri unici, *brochure*, campagne aziendali, *newsletter*) sono più vicini agli iscritti di quanto non si riesca a fare a livelli più alti regionali e nazionali.

La *governance* delle iniziative rimarrebbe, come è giusto, alla Sanità pubblica che, attraverso linee guida, percorsi assistenziali condivisi, campagne informative fornirebbe ai Fondi e Società di Mutuo Soccorso il substrato sul quale lavorare con i propri iscritti ed aventi diritto, condividendo con il Servizio Sanitario Nazionale dati ed informazioni utili anche ad integrare il fascicolo sanitario elettronico.

Perché ciò avvenga è diventato non procrastinabile la necessità di completare il quadro normativo odierno, senza stravolgere l'attuale assetto, ma definendo le modalità di vigilanza, il regolamento di funzionamento, le modalità di affidamento in gestione che, si ricorda, non riguarda solo le Compagnie di Assicurazione, ma anche le Società di Mutuo Soccorso.

In Europa tutti i sistemi sanitari sono ormai di tipo misto e sono oltre 100 milioni gli appartenenti a forme integrative di assistenza. Le sinergie sono sempre foriere di migliore utilizzo delle risorse, pubbliche e private che siano, e migliori risultati di salute.

**Prof.ssa Grazia Labate**

*Ricercatore in Economia Sanitaria – Università di York Cultore di legislazione sanitaria*

Nel corso di questa edizione del *Welfare Day* ho avuto la percezione che si confondessero i piani di discussione, rimandandoci ad una discussione politico-culturale, prima che economico-gestionale, un ritorno al tempo dei corsi e dei ricorsi.

Siamo in un Paese che da anni ignora le questioni, non le menziona, ignora le leggi, lascia andare avanti le cose, e poi improvvisamente si ricorda che ci sono delle leggi che governano il sistema della Sanità Integrativa e si chiede come mai non vengono applicate. Mi sono posta questo quesito nel 2008, quando ho aiutato il ministro Turco insieme ad una commissione nazionale di esperti e ci siamo posti il problema di dare corso all'attuazione della legge 229.

Il nostro Paese concede alla Sanità Integrativa 3.615,20 € di defiscalizzazione e noi non ne sappiamo nulla: non sappiamo chi sono i fondi, come agiscono, cosa fa la mutualità, e con la caparbieta di chi è economista di formazione e figure di cultura ci siamo dedicati con un lavoro certosino a reperire le informazioni.

Io voglio essere molto chiara, perché vorrei che almeno dal punto di vista culturale si mettesse un punto fermo, altrimenti è una discussione che si protrarrà e che ognuno tirerà da una parte o dall'altra non solo a seconda della convenienza politica, ma soprattutto dal punto di vista economico visto lo stato di crisi che il nostro Paese attraversa.

Al riguardo comprendo le preoccupazioni del Professor Geddes da Filicaia, perché quando sento dire anche dai miei autorevoli colleghi che bisogna efficientizzare e andare a fondo, rispondo: ma in questi 10 anni cosa abbiamo fatto? In merito al suo lamentare la carenza di personale infermieristico, è doveroso ricordare che per 10 anni non ci sono state assunzioni in questo Paese e che per 10 anni il fabbisogno nel Servizio Sanitario Nazionale del personale medico e sanitario è stato calcolato non in base alle reali necessità di programmazione, ma a seconda di come il Miur decideva in base alla situazione universitaria, e quindi se potevamo specializzare oppure no.

Il *Welfare Day* è sempre importante perché una volta all'anno ci fa riflettere e riportare le cose al principio di realtà, e devo dire che per certi aspetti sono rimasta anche molto stupita dell'intervento del Direttore Generale della programmazione sanitaria del nostro Ministero della Salute.

Quel settore è molto importante, e io sono la prima a difendere il Servizio Sanitario Nazionale, che rappresenta una grande conquista di civiltà culturale e scientifica per il mio Paese, però non possiamo dire "ma come siamo bravi noi, che così spendiamo meno rispetto al resto del mondo e viviamo 82,3 anni", perché questo "come siamo bravi noi", a queste condizioni, dobbiamo sapere come abbiamo fatto ad ottenerlo, ossia con un universalismo selettivo che ha razionato anche le cose più incredibili.

Consideriamo il caso del farmaco per l'epatite C. Piuttosto che parlare chiaramente al Paese e dire ai nostri malati di epatite C che purtroppo non siamo noi a determinare il prezzo sul mercato, che è di 47.000 € per ciclo di cura, si incomincia a inventare un sistema per cui si opera una selezione: oggi il farmaco lo diamo a quelli che stanno malissimo e stanno per morire, poi lo diamo a quelli che magari andranno in cirrosi epatica tra 3 anni.

E poi non sono 180.000 come ha detto il Direttore Generale della programmazione sanitaria, ma 360.000 i malati di epatite conclamata, e sappiamo che tutto il mondo della droga e delle malattie infettive a certi tipi di trasmissione presentano poi la presenza dell'epatite C negli anni.

Noi dobbiamo essere fieri del nostro Servizio Sanitario Nazionale, ma dobbiamo considerare che attualmente abbiamo una previsione di spesa per il triennio che va dai 114 miliardi di EUR di quest'anno a 117.939 per il 2021, e bisogna tenere conto che questi dati (che sono dati ufficiali della Ragioneria Generale dello Stato) presentano il beneficio di inventario, perché sono stati calcolati in base ad una certa previsione di crescita del nostro Paese, che oggi non è rispettata dato che siamo in recessione e quindi sono oggettivamente destinati a calare.

Dobbiamo essere orgogliosi di avere un buon Servizio Sanitario Nazionale, ma esso è in una crisi profonda che rischia di farlo precipitare.

Viviamo più a lungo, in parte per il nostro patrimonio genetico, in parte per la dieta mediterranea, in parte per gli stili di vita per cui a noi è andata bene e forse il tasso di inquinamento ancora non è arrivato a mostrare gli effetti di che cos'è la devastazione dal punto di vista della salute, se non per zone particolari come la Terra dei fuochi e Taranto.

Ma questo Paese si deve chiedere perché ha una defiscalizzazione per la Sanità Integrativa e perché su questo tema sono stati persi 25 anni a discutere se è positiva o meno per il Servizio Sanitario Nazionale, lasciandola andare avanti e non andando mai a capire che cos'era, cosa fa e che cosa può fare, e se davvero il nostro ordinamento l'ha concepita in maniera integrativa (come ha fatto) cosa dobbiamo fare per farla diventare tale.

Da un lato è quindi doveroso evitare i pericoli di un indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale, però al Professor Geddes da Filicaia (che io leggo sempre con attenzione non solo per acquisire maggiore conoscenza, ma perché è una persona seria in questo campo) voglio anche dire che se non si affronta bene questo tema il rischio è che l'integrazione vera non verrà mai realizzata e quindi non si risponderà a quella che è l'anomalia tutta italiana.

Io mi occupo di sistemi sanitari comparati all'estero, e posso dire che l'Inghilterra sul NHS non ce la fa più con le attuali risorse adesso e si dirige verso una tassa di scopo, e se vince Boris Johnson l'ha già proposta, perché con il suo 7,5% di Prodotto Interno Lordo non riesce più a garantire il sistema. E anche se in Italia non viene detto io dopo anni di insegnamento lo so, in Inghilterra tutta la riabilitazione, (quella di cui parlava la Professoressa Mastrobuono) è già in mano a Benenden, una grande mutua territoriale,

alla Sanità Integrativa territoriale di comuni e contee e non al Servizio Sanitario Nazionale inglese, perché non ha le risorse sufficienti.

Per parlare chiaro noi ce lo dobbiamo domandare davvero, dove va il nostro SSN con la bassa crescita del nostro Paese.

Alcuni dicono che sono numerini e che non bisogna discutere di quelli ma delle filosofie a monte, ma noi partecipanti a questa tavola rotonda siamo tutti di formazione economica e dei numerini discutiamo. Purtroppo abbiamo una crescita bassa e un debito alto, e in queste condizioni sarebbe molto auspicabile già il fatto che le risorse che vengono destinate al Servizio Sanitario Nazionale rimangano queste nel triennio, ma io non credo che con questa recessione rimarranno tali.

Se devo valutare la produttività di un Servizio Sanitario Nazionale integrato con la Sanità Integrativa devo capire cosa mi dà, cosa fa e come la posso integrare. Mi è spiaciuto che ancora una volta, dalla direzione della programmazione del Ministero della Salute in cui al suo interno c'è l'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi, non venga mai spesa una parola di merito che non sia meramente numerica o certificativa, perché se non facciamo questo tutti i nostri discorsi (da parte degli operatori della Sanità Integrativa con i loro fondi e da parte nostra che ci misuriamo culturalmente) non andranno avanti.

Quando ho letto l'audizione di quest'anno, delle commissioni competenti del Parlamento del nostro Paese in cui si svolgono le audizioni per ascoltare quello che succede in questo campo e che hanno a disposizione i dati oggettivi del Ministero della Salute, che però sono al 2017 perché non si dispone di quelli al 2019, non capisco come lavora l'Anagrafe dei fondi.

Io che mantengo la mia vecchia banca dati so dire quanti sono attualmente gli assistiti nel Paese, perché non basta avere un organismo, ci vogliono delle persone competenti e bisogna farle lavorare, tenere i dati aggiornati, monitorare e comprendere l'andamento delle cose.

Dal 2008 molte cose sono cambiate nei Fondi Sanitari Integrativi.

Ho apprezzato la relazione del Dottor Vecchietti perché alla fine era l'unica che entrava nel merito e nei meandri di questa partita della spesa sanitaria dei fondi e della domanda privata dei cittadini.

Quando noi facemmo quel decreto mettemmo un vincolo, dicendo ai fondi che li avremo riconosciuti solo se si iscrivevano all'anagrafe, e che dovevano essere consapevoli del fatto che almeno il 20% doveva essere dato in odontoiatria e non autosufficienza, perché altrimenti noi non avremmo concesso loro la meritorietà sociale di quella fiscalità.

Noi pensammo al 20%, tre riunioni per scrivere il vincolo del 20%. Se si guardano i dati delle prestazioni dei bilanci degli operatori, si evince che attualmente siamo a oltre il 37% per quanto riguarda l'odontoiatria e la non autosufficienza, quindi dal fatto che si sia

tentato di regolare quel sistema è scaturito che se vengono individuate delle regole e si fanno funzionare bene le cose si può davvero raggiungere quell'integrazione che a noi è necessaria in quei campi, in cui il Servizio Sanitario Nazionale purtroppo ancora oggi è carente, perché tutta l'odontoiatria ne è esclusa, e non voglio dare i numeri, dal punto di vista di che cosa sono le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e sociale a rilevanza sanitaria nel mio Paese. Ne dico solo uno: assistenza domiciliare e ADI 16 ore annue, il che vuol dire che a tutti i cronici o diamo l'assegno di accompagnamento o li sbattiamo in mano a badanti e quindi prestazioni sanitarie a rilevanza sociale non ne diamo.

Allora la domanda la pongo io, ma noi che approfondiamo questa materia, cosa vogliamo dal nostro Paese? Che le regole le metta in atto in questo campo oppure no e che si continui così, e poi magari qualcuno si sveglia domani mattina e per fare la *flat tax* rivede tutto il regime delle esenzioni fiscali e toglie anche quella per la Sanità e cancella la Sanità Integrativa, perché tanto viene dato il 15% per tutti, da Nord a Sud, dal ricco al povero, e non c'è più bisogno di avere questo tipo di detrazioni fiscali.

A parte che questo non si potrebbe proprio fare, perché la contrattazione è la libera negoziazione tra le parti e quindi tra due soggetti (l'impresa e i sindacati) che finora hanno contrattato i fondi. A me però non basta, io sono contenta che sono andati avanti tutti i fondi contrattuali, siamo già a un livello notevole nel nostro Paese, basta considerare il dato dell'ultimo contratto degli statali: 250.000 lavoratori hanno rinnovato il contratto e hanno fatto il Fondo Sanitario Integrativo. I metalmeccanici, che sono stati i miei detrattori dal 2008 in seguito, l'hanno messo obbligatorio per contratto, e adesso sono un milione e mezzo gli iscritti al Fondo Sanitario Integrativo.

Ma perché questi numeri? Certamente perché rappresentano un *benefit*, l'impresa può fidelizzare e ha un suo tornaconto dato che non paga alcuna imposta, etc. però non è solo questo, basta pensare al lavoratore italiano, già io che adesso sono una pensionata ho problemi a usare il Servizio Sanitario Nazionale. È vero che io vivo a Roma e non in Toscana dove le cose funzionano un po' meglio, ma io che sono cardiopatica e che ho il problema di andare a fare una visita di controllo ogni tre mesi, nel servizio pubblico non la si fa entro i tre mesi nella ASL Roma C a meno che non vada *intramoenia* dove la visita è possibile farla già il giorno dopo, pagando 152 €, col primario di cardiologia dell'Ospedale Regina Margherita di Trastevere.

Il problema è che la Sanità Integrativa è andata avanti anche per questo. Liste di attesa incompatibili con la domanda e le modalità di vita reali dei cittadini, per tutto quello che il Servizio Sanitario Nazionale ha sofferto negli ultimi quindici anni dalla grande crisi in poi non potendo rispondere alle domanda crescente di prestazioni e servizi dettati da una longevità fatta di cronicità e polipatologie.

Non mi voglio imbarcare nella vicenda dell'appropriatezza, perché noi dobbiamo sapere che il nostro universalismo che ha razionato tutto si è anche imbarcato in questa discussione, così come oggi si imbarca nella cura personalizzata.



lo preferisco più la franchezza e la lealtà culturale delle idee che gli infingimenti. Perché i cittadini dietro gli infingimenti non capiscono più qual è il loro diritto, dov'è il confine, finché sono protetti e dove gli manca.

Noi oggi abbiamo questo problema, la vogliamo regolamentare questa situazione? Perché per portare l'efficacia richiamata dal Professor Geddes da Filicaia io la devo regolamentare.

Perché noi abbiamo due sistemi che non comunicano, uno è iper-regolamentato e l'altro no, e per farli colloquiare bisogna entrare nel merito e darsi delle modalità operative, altrimenti giustamente il Dottor Vecchiotti potrebbe affermare che guardando a certi fondi le modalità di gestione sono una vergogna. Io potrei rispondere che è vero, ma avendo in mano i dati degli Statuti e dei regolamenti senza una legge che regolamenti il comportamento anche di tipo gestionale amministrativo, come posso mettere in sintonia i due sistemi per garantire le cose che tutti vogliamo garantire?

Una integrazione e non una sostituzione, ma ripeto che io non appartengo a quella corrente di pensiero che dice che i Fondi Sanitari Integrativi rubano risorse al sistema pubblico e che sostituiranno il SSN. Non esiste in nessuna parte dell'Europa dove i sistemi sanitari che si avvalgono di regimi di Sanità Integrativi siano stati privatizzati o abbia sopravanzato la Sanità Integrativa rispetto al sistema sanitario di riferimento, anzi, ogni volta che i sistemi pubblici vanno in crisi, c'è parimenti una difficoltà nel sistema della Sanità Integrativa, perché il sistema pubblico è il pilastro fondamentale sul quale poggiano.

La domanda è quindi la seguente, oggi sono passati 12 anni e noi siamo sempre al punto di partenza e bisogna regolamentare il sistema, ma come regolamentarlo? Come affrontare questa materia? Come mettere in atto strumenti di controllo per capire la meritorietà sociale dei 3.615,20 €?

I problemi sono questi, dopo di che vivendo a lungo sappiamo qual è la fascia di popolazione che ha maggiore bisogno delle prestazioni, come evidenziato chiaramente dai dati della Professoressa Mastrobuono.

Concludo dicendo che sono davvero molto convinta (e personalmente l'esperienza di 8 anni in Inghilterra ha aumentato ancora di più la mia convinzione) che a causa degli andamenti generali della dinamica socio-economica nel mondo e per i livelli a cui sono lo sviluppo dei mercati globali e della finanziarizzazione dei medesimi, per noi c'è poco da fare.

Parlo a livello europeo, se in Europa vogliamo mantenere i regimi di *Welfare* noi dobbiamo andare verso un efficace *mix* delle forme di assistenza, per costruire la barriera contro l'avanzare di una disegualianza che oggi, purtroppo nonostante il nostro meraviglioso principio universalistico, anche in sanità c'è ed è molto forte.

## IL SISTEMA SANITARIO IN ITALIA: IL FUTURO È GIÀ QUI?

### **Prof.ssa Carla Collicelli**

*Ricercatore senior associato CNR-ITB*

*Presidente CPS Istituto Regionale Lazio S. Alessio*

*Referente ASVIS Salute e sanità*

Nel chiederci se il futuro della sanità sia già qui non possiamo fare a meno di ricordare che sono ormai più di 30 anni che si riflette su quella che è stata definita, prima in ambiente anglosassone e nord-europeo, e poi anche in Italia, la crisi del *Welfare State* europeo. Cambiamenti demografici, mutamenti socio-culturali, estensione di vario tipo ed in varie direzioni dell'offerta di servizi - sia pubblica che privata -, crescita della domanda di tutela e della domanda sanitaria in modo particolare, aumento dei costi dell'assistenza e della relativa spesa pubblica, sono tutti elementi che, sommati tra loro, hanno dato vita ad un complesso di criticità e, di conseguenza, ad una serie di riflessioni e di analisi propositive, che hanno tentato di individuare nuove strade e nuovi modelli di intervento per il futuro.

La questione della revisione del modello di intervento del *Welfare* e della sanità è dunque sul tavolo da molto tempo, e non è da oggi che si ragiona sulla necessità di articolare, arricchire e, nei limiti del possibile, differenziare l'offerta per rispondere alle mutate esigenze, e di farlo in un'ottica costruttiva rispetto alle sfide del futuro.

Nell'ambito di questo genere di riflessioni, più volte sono state formulate ipotesi di articolazione - o riarticolazione - del sistema di *Welfare* e di quello sanitario, in più pilastri, ad esempio un pilastro di base per le prestazioni essenziali a carico della fiscalità generale, un pilastro mutualistico per le forme di tutela collettiva professionale e territoriale, ed un pilastro assicurativo per le prestazioni liberamente acquistate sul mercato privato.

Contemporaneamente occorre però riconoscere che, nonostante gli sforzi, non si è riusciti fino ad oggi né a formulare né a portare avanti una vera e propria innovazione di modello, e si è proceduto piuttosto con l'introduzione di aggiustamenti e modifiche successive, che hanno tentato di risolvere i problemi e di tamponare le falle mano a mano che si venivano presentando.

Volendo individuare le cause di questa lunga "crisi annunciata", si può dire che una certa inerzia di sistema, ma soprattutto il forte attaccamento al modello vigente di Servizio Sanitario Nazionale, universalistico ed egualitario nelle intenzioni e nei principi statutari, hanno contribuito in maniera evidente a bloccare ogni possibile tentativo di muoversi in una direzione innovativa. Accanto a ciò non si può tralasciare il ruolo non indifferente giocato in tal senso dalle difficoltà economiche che hanno caratterizzato l'andamento delle politiche sanitarie degli ultimi 30 anni, determinate da un lato dalla crescita continua dei costi in tutti i Paesi dell'occidente avanzato, e dall'altro, in Italia ed in alcuni altri Paesi, dalla crisi fiscale e del debito pubblico e dalle conseguenti politiche di austerità e di rientro dal *deficit*. Nella sanità italiana questo si è fatto sentire in modo

particolare a seguito dell'introduzione di misure finanziarie restrittive, della introduzione dei cosiddetti Piani di rientro (una sorta di commissariamento o di gestione vigilata della sanità regionale) e dei tagli di bilancio nel finanziamento del sistema.

Non meraviglia quindi che ancora oggi si rifletta sul possibile futuro della sanità, e che si continui a riproporre questioni ormai storiche, quali le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni, la presenza di un sistema di offerta di servizi sanitari su base mutualistica sempre più esteso, le carenze della *Long Term Care* e dell'assistenza alle cronicità ed alla non autosufficienza.

Il tema di un necessario mutamento di paradigma nelle politiche pubbliche e negli assetti sociali è stato rilanciato recentemente con grande enfasi e spirito di innovatività, per tutti i settori di intervento pubblico, nell'ambito del Programma sugli obiettivi di sviluppo sostenibile al 2030, elaborato in ambito ONU con la formulazione di una specifica Agenda sottoscritta nel 2015 da 193 Governi di altrettanti Paesi del globo. Per quanto riguarda l'Italia, i 17 obiettivi ONU di sviluppo sostenibile (Sdg's) sono stati ripresi e rilanciati dall'ASviS, l'Alleanza per lo Sviluppo Sostenibile fondata nel 2016 dall'Università Tor Vergata e da Unipolis, proprio con lo scopo di spingere affinché si prenda atto anche in Italia dell'importanza dello sviluppo sostenibile in tutte le sue forme, e vengano programmate e realizzate, attraverso la collaborazione di tutti gli *stakeholder*, le iniziative formative, di autoregolamentazione, di comunicazione e di riforma necessarie per il loro raggiungimento ed il superamento della situazione di stallo che si è venuta verificando<sup>1</sup>.

Principio fondante dell'Agenda e della linea riformatrice proposta è per tutti gli ambiti di intervento proprio quello dello sviluppo sostenibile, dove sostenibilità è intesa come strategia centrata sul benessere delle generazioni future, sulla considerazione delle implicazioni legate alla inevitabile globalità del contesto internazionale, e sulla uguaglianza di opportunità per tutti, a tutti i livelli ed in tutti i settori.

Dei 4 Pilastri dell'Agenda (Sociale, Economia, Ambiente e Istituzioni) quello Sociale comprende ben 7 obiettivi (dedicati a povertà, fame, salute e benessere, educazione, parità, disuguaglianze, città inclusive), i cui intrecci possono essere riassunti nella finalità della piena attuazione di un benessere equo e condiviso, basato sul soddisfacimento dei bisogni della presente generazione senza compromettere la sostenibilità ed il benessere delle future generazioni, evitando le disparità e gli "scarti" sia materiali che umani e puntando sulla circolarità intesa come strategia che preserva il capitale sociale minimizzando le negatività.

---

<sup>1</sup> ASviS conta nel 2019 più di 200 aderenti del mondo del no profit, e ha dato vita, a partire dai 17 obiettivi di sviluppo sostenibile sanciti dall'ONU (Sdg's), ad una serie di gruppi di lavoro interdisciplinari per l'elaborazione di analisi e proposte, ad un Rapporto annuale sullo sviluppo sostenibile in Italia, arrivato alla sua terza edizione, e ad un Festival dello Sviluppo Sostenibile, di cui la seconda edizione si è tenuta a giugno 2019 con più di 1.000 eventi decentrati su tutto il territorio nazionale ed organizzati dagli aderenti. Si veda il sito [www.asvis.it](http://www.asvis.it).

L'importanza di questo tipo di approccio è evidente rispetto al tema dell'equità in sanità. Non sfugge quindi che anche per quanto riguarda la salute e la sanità, di cui si occupa specificamente l'obiettivo 3 dell'Agenda (Goal 3: salute e benessere per tutti a tutte le età), la sostenibilità a tutto tondo sia un elemento fondamentale per provare ad immaginare un futuro capace di far fronte alle sfide del presente. E sostenibilità applicata alla salute ed alla sanità significa attenzione al benessere di tutti in egual misura, lotta alle disparità, rispetto delle esigenze delle generazioni più giovani, da un lato, e di quelle e più anziane, dall'altro.

Secondo importante concetto alla base della strategia proposta da ASviS sulla base dell'impostazione dell'Agenda ONU 2030, correlato a quello di sostenibilità, è quello di circolarità, inteso come criterio di massima valorizzazione del capitale umano, sociale e materiale del pianeta, evitando gli sprechi e producendo equilibri virtuosi tra i fattori. Sono ad esempio elementi che acquisiscono peso rilevante in un approccio di sostenibilità circolare per la salute molte tematiche di intreccio tra diversi livelli e settori di intervento nell'ambito delle politiche pubbliche, come ad esempio il tema dei trasporti e dell'incidentalità stradale, l'inquinamento, gli stili di vita, di alimentazione e di consumo, le problematiche del clima e gli eventi naturali catastrofici, la questione dell'etica pubblica e quella della corruzione, gli sprechi di risorse, l'organizzazione delle città e del lavoro.

Il Gruppo di lavoro che si è costituito in relazione all'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU 2030 (Salute e benessere per tutti) effettua, come tutti gli altri gruppi, un monitoraggio costante della situazione italiana, che confluisce ogni anno all'interno del Rapporto annuale ASviS. Nelle osservazioni prodotte in questo contesto ASviS ha avuto modo di sottolineare come in Italia la situazione della salute si presenti in maniera positiva per il raggiungimento di molti degli obiettivi ONU, ed in particolare per l'elevata speranza di vita, per il controllo della maggior parte delle patologie - soprattutto quelle acute e trasmissibili -, e per l'universalismo del suo sistema di offerta, il Servizio Sanitario Nazionale e quelli regionali. Al tempo stesso sono state segnalate molte criticità – tipiche dei Paesi avanzati -, che riguardano la sostenibilità economica di un sistema di offerta sempre più costoso, di fronte ad una domanda sempre più esigente; la sostenibilità sociale di una domanda di servizi caratterizzata dalla presenza crescente di anziani e disabili; i problemi della qualità percepita, della soddisfazione degli utenti, dell'umanizzazione e dell'*empowerment*; le lacune applicative del principio di equità sociale, soprattutto relativamente ai tempi ed alle procedure di accesso ai servizi ed alla distribuzione dell'offerta sul territorio; le carenze, ed in alcuni casi il peggioramento registrato, rispetto agli stili di vita importanti per la salute; la necessità di integrare maggiormente servizi sanitari e sociali e di sviluppare, sia quantitativamente che qualitativamente, la cosiddetta sanità del territorio, preventiva, curativa e riabilitativa.

In particolare ASviS ha sottolineato la necessità di attuare una maggiore collaborazione multisettoriale, visto che il Goal 3 è correlato con molti altri obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 che rientrano nel quadro complessivo del benessere. In

particolare, andrebbero meglio considerate e studiate le correlazioni con il punto 2.2 (eliminare tutte le forme di malnutrizione), il 4.1 (istruzione primaria e secondaria libera, equa e di qualità), il 5.2 (eliminare ogni forma di violenza contro tutte le donne, bambine e ragazze), il 5.3 (eliminare tutte le pratiche nocive e le mutilazioni dei genitali femminili), il 5.6 (accesso universale alla salute sessuale e riproduttiva e ai diritti riproduttivi), il 6.1 (accesso all'acqua potabile), il 6.2 (accesso ai servizi igienico-sanitari e di igiene), il 9.5 (potenziare la ricerca scientifica e aumentare il numero dei lavoratori dei settori ricerca e sviluppo), il 10.3 (garantire a tutti pari opportunità e ridurre le disuguaglianze di risultato), l'11.6 (qualità dell'aria e gestione dei rifiuti), il 13.1 (resilienza ai disastri naturali) ed il 16.1 (ridurre la violenza e i tassi di mortalità connessi).

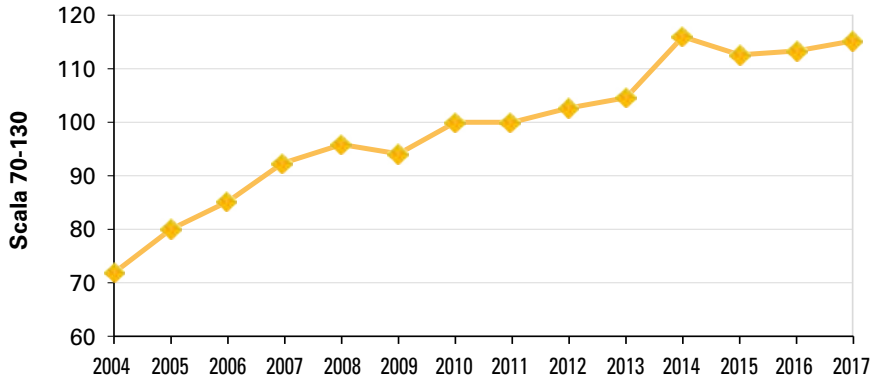
Soprattutto l'Agenda ONU e le iniziative ASviS partono dal presupposto che non si possa raggiungere il livello desiderato di sostenibilità senza tenere conto in maniera appropriata delle connessioni tra diversi ambiti e politiche, *in primis* nel caso della salute della connessione con le tematiche ambientali e sociali di maggior peso: crisi climatica, inquinamento, organizzazione delle città, povertà, rispetto dei diritti fondamentali delle persone, organizzazione della produzione e del mondo del lavoro, ruolo del terzo settore e collaborazione tra pubblico e privato, per citare le più importanti.

Le interconnessioni e la considerazione per cui i progressi di salute e benessere potranno essere raggiunti solo se si otterranno progressi in tutti i settori connessi, sono alla base del concetto stesso di sostenibilità, che si declina, secondo l'approccio ONU e ASviS, proprio come strategia di sviluppo armonico e rispettoso degli equilibri tra sfera naturale, sociale e istituzionale, delle compatibilità globali e delle esigenze delle generazioni future.

Grazie alle analisi prodotte da ASviS per quanto riguarda la salute e la sanità nel terzo Rapporto annuale sullo sviluppo sostenibile in Italia, in particolare, sono emersi importanti elementi di riflessione che attengono al futuro della sanità italiana. Innanzitutto è possibile citare i dati prodotti in termini di evoluzione del sistema dal punto di vista della sua sostenibilità. A livello europeo l'indice sintetico di misurazione della salute sostenibile, riportato dal Rapporto ASviS 2019, registra un andamento migliorativo, in particolare a partire dal 2013 in poi, ed anche per quanto riguarda l'Italia il miglioramento è evidente, anche se con un andamento meno netto, e soprattutto con alcuni punti di caduta peggiorativa, ad esempio nel 2009 e nel 2014. Soprattutto i dati raccolti indicano la presenza di differenze molto marcate tra Paesi, per quanto riguarda l'Europa, e tra Regioni per quanto riguarda l'Italia.

## Indice composito dell'Obiettivo 3: media nazionale Italia

AGENDA ONU 2030 - ITALIA - Goal 3 (Salute e benessere per tutti)



Il dato migliora fino al 2014 per la riduzione dei tassi di mortalità, degli incidenti stradali e dei comportamenti a rischio nel consumo di alcol. Nel triennio più recente l'indicatore è stabile e nel 2017 si riavvicina al picco registrato nel 2014.

Fonte: ASviS 2019

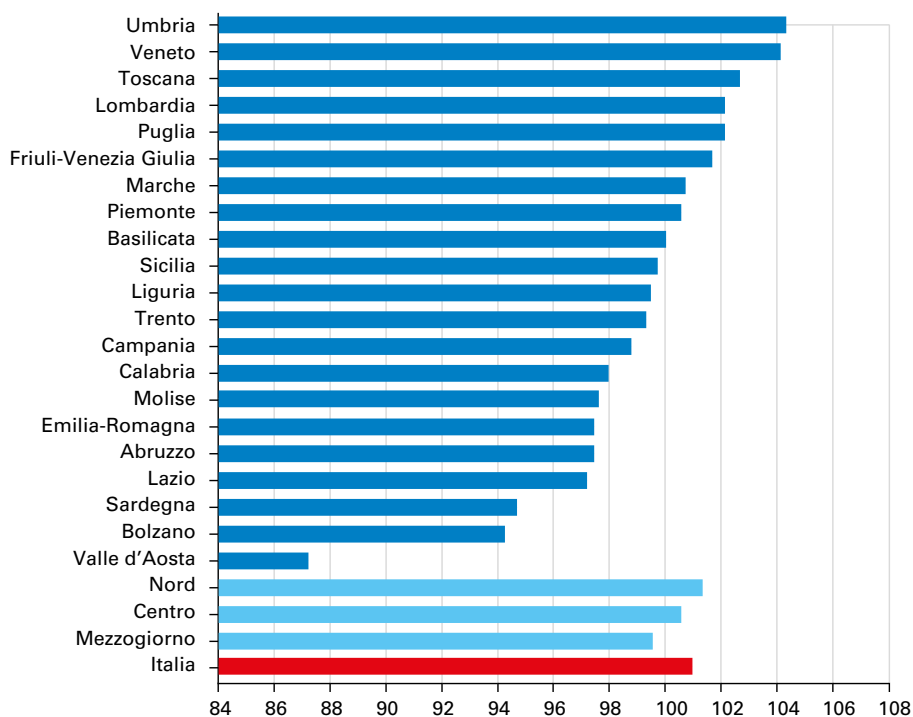
Tenendo conto del fatto che la misurazione è stata effettuata attraverso la costruzione di un indice composito che sintetizza ed armonizza tra loro molti importanti indicatori di qualità ed impatto del settore della salute e della sanità<sup>2</sup>, si può capire quanto l'andamento positivo nella media europea e quello parzialmente positivo nella media dell'Italia siano messi drasticamente in discussione dalla eterogeneità delle situazioni nazionali e regionali, segnale inequivocabile e drammatico di mancato rispetto del principio dell'equità sociale sancita a livello normativo.

Un primo importante aspetto di cui tenere conto, quindi, se si intende davvero innovare in senso migliorativo il livello di benessere e salute nel Paese nella direzione indicata dai principi dello sviluppo sostenibile, è quello dell'equità e della lotta alle disuguaglianze ed

<sup>2</sup> L'indice composito di salute e sanità, elaborato da ASviS per la misurazione degli avanzamenti relativi all'obiettivo 3, sintetizza i seguenti indicatori: tasso di mortalità neonatale, tasso di mortalità infantile, tasso standardizzato di mortalità per le maggiori cause di morte, tasso di mortalità per suicidio, litri di alcol consumato pro capite, mortalità per incidente stradale, lesività per incidente stradale, mortalità per avvelenamento, fumatori, copertura vaccinale antinfluenzale, spesa sanitaria delle famiglie pro capite.

alle differenze. E per fare ciò occorre superare le logiche analitiche che si basano sulla misurazione dei livelli medi nazionali di benessere, per puntare ad evidenziare le lacune e le eterogeneità e per ottenere avanzamenti e livelli omogenei su tutto il territorio nelle sue varie articolazioni.

### Indice composito dell'Obiettivo 3: medie regionali Italia



Fonte: ASviS 2019

Le differenze di tipo territoriale, espresse dai dati dell'indice composito delle diverse Regioni, sono a loro volta l'espressione sintetica di una serie di differenze ancor più specifiche che attraversano trasversalmente la sanità, determinando importanti impatti negativi sul benessere e la salute della collettività nelle aree più svantaggiate. Esse riguardano ad esempio: la spesa sanitaria pro capite, sia pubblica che di tasca propria; l'entità delle morti evitabili con la prevenzione e con le terapie misurate attraverso particolari modelli statistici; la speranza di vita alla nascita; i livelli di accesso alle cure ed

alle terapie innovative; la presenza di servizi sul territorio; i tempi di attesa per l'accesso alle cure; gli stili di vita; la qualità dell'ambiente; per citare solo i più importanti.

Sulla maggior parte di queste disparità e sui relativi dati di evidenza empirica esistono ormai molti studi e molti dati altamente attendibili. Per ricordare quelli di cui ho avuto modo di occuparmi personalmente in tempi recenti, è possibile fare riferimento ai lavori di FAVO e di CREA Sanità.

Per quanto riguarda FAVO (Federazione delle associazioni di volontariato oncologico) si tratta delle indagini promosse negli ultimi anni sull'accesso ai farmaci innovativi in oncologia; sui dilemmi etici dei medici oncologi e dei chirurghi oncologici rispetto alle priorità terapeutiche ed il relativo accesso in condizioni di ristrettezze di budget; e sul disagio sociale ed economico cui sono sottoposti i malati oncologici e le loro famiglie, peraltro non in maniera omogenea ma con forti differenze rispetto alla condizione sociale di partenza. Esse dimostrano, tra le altre cose, come l'accesso alle prestazioni private e la spesa di tasca propria non possano essere ascritte *tout court* al cosiddetto consumismo sanitario, cui vengono ascritti atteggiamenti e comportamenti decisamente da escludere nel caso delle patologie oncologiche.

Per ciò che attiene a CREA Sanità, il riferimento è agli studi realizzati sui tempi di attesa e sul ruolo del pagamento di tasca propria (via *intramoenia* o privato *tout court*) per l'accesso alle prestazioni di diagnostica specialistica, che confermano i risultati di analoghi studi condotti soprattutto dal Censis negli anni precedenti, relativamente alle difficoltà differenziali dell'accesso alle cure.



## Spese sostenute nell'ultimo anno dai malati oncologici e famiglie - 2012 e 2018

I costi sociali della patologia oncologica (FAVO 2019)

### PRENDENDO COME RIFERIMENTO TEMPORALE L'ULTIMO ANNO, QUANTO HA PESATO SUL BILANCIO FAMILIARE IL COMPLESSO DELLE SPESE CHE SOSTIENE?

<b>RAPPORTO CENSIS 2012</b>	<b>V.A. in MLN di €</b>	<b>RAPPORTO FAVO 2018</b>	<b>V.A. in MLN di €</b>
<b><i>SPESE MEDICHE</i></b>	<b>2695</b>	<b><i>SPESE MEDICHE</i></b>	<b>2635</b>
Visite specialistiche (comprese le visite diagnostiche)	<b>561</b>	Visite specialistiche (comprese le visite diagnostiche)	<b>1182</b>
Esami radiologici, medicina nucleare, prelievi, altri esami	<b>171</b>	Esami radiologici, medicina nucleare, prelievi, altri esami	<b>65</b>
Prestazioni fisioterapiche/ di riabilitazione	<b>34</b>	Prestazioni fisioterapiche/ di riabilitazione	<b>42</b>
Interventi di chirurgia ricostruttiva	<b>25</b>	Interventi di chirurgia ricostruttiva	<b>425</b>
Presidi sanitari (parrucca, protesi, ecc.)	<b>143</b>	Presidi sanitari (parrucca, protesi, ecc.)	<b>38</b>
Farmaci	<b>1474</b>	Farmaci	<b>808</b>
Infermiere privato	<b>287</b>	Infermiere privato	<b>75</b>
<b><i>SPESE NON MEDICHE</i></b>	<b>2122</b>	<b><i>SPESE NON MEDICHE</i></b>	<b>2243</b>
Colf/assistente domiciliare/badante	<b>622</b>	Colf/assistente domiciliare/badante	<b>246</b>
Trasporti	<b>1232</b>	Trasporti	<b>947</b>
Spese alberghiere, per vitto/ alloggio in caso di spostamento	<b>109</b>	Spese alberghiere, per vitto/ alloggio in caso di spostamento	<b>621</b>
Diete speciali	<b>159</b>	Diete speciali	<b>214</b>
		Supporto psicologico	<b>23</b>
		Trattamenti complementari/ integrativi	<b>113</b>
		Altre spese	<b>79</b>

Fonte: Censis 2012 e FAVO 2018

**Tempi di attesa in giorni per prestazione e regime di offerta - 2019**

L'Osservatorio CREA-Cgil sulle attese ed i costi della specialistica (2019)

**TEMPI DI ATTESA (GIORNI) PER PRESTAZIONE E REGIME DI OFFERTA  
(MEDIA DELLE 4 REGIONI CONSIDERATE)**

<b>PRESTAZIONI</b>	<b>PUBBLICO</b>	<b>INTRAMOENIA</b>	<b>PRIVATO CONVENZIONATO</b>	<b>PRIVATO SOLVENTI</b>
Visita oculistica	40.9	6.7	41.7	8.2
Visita ortopedica	43.6	7.6	30.1	6.3
Rx articolare	35.5	6.5	22.0	5.2
Spirometria	35.1	7.7	23.2	5.2
Ecocardiografia	59.6	6.2	51.2	6.1
Ecodoppler venoso arti inferiori	66.5	6.4	33.3	6.1
Eco tiroide	60.8	7.5	36.2	5.8
Colonscopia	111.7	10.7	78.9	10.7
Gastroscopia	100.1	12.8	43.0	10.6
Elettromiografia	82.9	20.0	29.6	9.0
Coronarografia	23.3	9.2		6.8

Fonte: CREA Sanità 2019

## Costi in euro per prestazione e regime di offerta - 2019

L'Osservatorio CREA-Cgil sulle attese ed i costi della specialistica (2019)

### COSTI (€) PER PRESTAZIONE E REGIME DI OFFERTA (MEDIA DELLE 4 REGIONI CONSIDERATE)

PRESTAZIONI	INTRAMOENIA	PRIVATO SOLVENTI
Visita oculistica	96.2	100.5
Visita ortopedica	108.4	116.2
Rx articolare	62.3	58.2
Spirometria	51.8	58.9
Ecocardiografia	108.6	98.4
Ecodoppler venoso arti inferiori	97.2	94.8
Eco tiroide	73.0	73.0
Colonscopia	257.7	262.2
Gastroscopia	206.7	187.5
Elettromiografia	116.3	118.6
Coronarografia*	274.0	1370.0

\* prestazione in alcuni casi eseguita in regime di ricovero ordinario

Fonte: CREA Sanità 2019

Oltre agli studi citati, numerosi sono i dati ufficiali che confermano l'esistenza di importanti differenze nel godimento del diritto alla salute. Per quanto riguarda la speranza di vita, in 40 anni l'Italia ha guadagnato 10 anni, arrivando a 80,8 anni per gli uomini e a 85,2 per le donne<sup>3</sup>. Miglioramenti molto significativi si registrano anche per la speranza di vita in buona salute, aumentata da 58,3 anni nel 2015 a 58,7 nel 2017. Ma le differenze sono notevoli. Ad esempio dal punto di vista territoriale e sociale, tra Milano e Napoli, secondo

le statistiche dell'Istat, si registra una differenza di quasi tre anni, in termini di speranza di vita, e se consideriamo le fasce sociali più povere del sud e quelle più ricche del nord la differenza arriva a dieci anni, come mostrato in particolare dagli studi dell'Università di Torino sull'equità nella salute in Italia (2017).

Anche la mortalità evitabile – con la prevenzione e le cure appropriate - ha registrato un miglioramento in termini generali, ma al tempo stesso il permanere di differenze importanti territoriali e di genere. In termini di anni persi per cause per le quali, secondo le analisi, “non bisognerebbe morire”, gli studi mostrano per quanto riguarda la popolazione tra 0 e 74 anni, una media di 21,4 anni persi per deceduto per i maschi e di 21,92 per le femmine. Ma per i maschi si va ad esempio dai 16,61 anni di Savona ai 25,21 di Catania, e per le femmine tra i 17,83 anni di Grosseto ed i 29,87 di Olbia<sup>4</sup>. L'Atlante 2019 dell'INMP (Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà) registra differenze tra -15% e +30% per le donne, e tra -13% e +16% tra gli uomini. Il 18,3% della mortalità generale per gli uomini ed il 13,4% per le donne risulta dovuta ad un basso livello di istruzione.

La stessa offerta di servizi e l'ammontare delle risorse destinate alla salute differiscono notevolmente tra aree diverse. La spesa sanitaria pubblica *pro capite*, per esempio, pari in media a 1.838 euro annui, è molto più elevata al Nord rispetto al Sud (2.255 € a Bolzano e 1.725 € in Calabria). L'analisi condotta su dati 2018 dal Ministero della Salute sulla attuazione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) ha mostrato differenze notevoli sia per la prevenzione, che per l'attività ospedaliera e per quella territoriale, con punteggi che oscillano tra il 92,4 della Provincia di Trento per il settore ospedaliero e il 29,5 della Campania per l'attività distrettuale. Una serie di Regioni risultano non garantire i LEA (Campania per distrettuale e ospedaliera, Sardegna per distrettuale, Molise per ospedaliera).

Non meraviglia quindi che anche la situazione delle liste di attesa presenti le differenze notevoli tra territori e specialità che abbiamo citato e che emergono dalle due indagini condotte da CREA-Sanità sul tema.

Secondo l'Istat<sup>5</sup> risulta stabile e su livelli alti la soddisfazione per il proprio stato di salute (80,7% delle persone di 14 anni e più), ma le differenze territoriali sono evidenti: sono molto o abbastanza soddisfatti nel 2018 l'82,3% dei cittadini del nord, l'81,5% nel centro e il 78,2% nel sud.

Lo stesso ISS (Istituto Superiore di Sanità) ha avviato una serie di ricognizioni sulle disuguaglianze di salute e in sanità, che fanno capo ad un Progetto specifico, ed ha deciso di collaborare con ASviS sul tema. Il già citato INMP, a sua volta, ha dato vita nel 2017 ad un Programma di analisi delle difformità e del mancato rispetto del principio dell'equità, con la collaborazione di tutti gli *stakeholder* istituzionali (tra cui Agenas, Istat e ISS).

4 MEV(i) 2017

5 La soddisfazione dei cittadini per le condizioni di vita 2018

Ancora, per quanto riguarda l'offerta per le disabilità, i dati Istat mostrano che, ad esclusione del Molise, la performance è positiva in quasi tutte le regioni appartenenti all'area del Centro-Nord; mentre presentano valori inferiori alla media nazionale le regioni del Sud e Isole. Le Regioni che si collocano in cima alla graduatoria sono il Veneto (168), la Lombardia (130) e l'Emilia Romagna (127), mentre all'opposto quelle che sono posizionate in fondo alla graduatoria sono la Basilicata (70), la Sicilia (75) e le Marche (76).

La dimensione territoriale incide anche sulla diffusione di alcuni comportamenti importanti per la salute, come la pratica continuativa di sport. A questo proposito, nelle regioni del Sud e delle Isole la quota di persone che svolge attività sportiva risulta pari al 15%, di contro a quasi il 27% del Nord-Est e a valori superiori al 23% nel Centro e nel Nord-Ovest (Istat 2014). Nel 2017, mentre la percentuale di consumatori di alcol a rischio resta invariata rispetto all'anno precedente (16,3%), diminuisce in misura lieve la quota dei fumatori (19,7%) e cresce sia pur di poco l'incidenza delle persone obese (10,5%), nel Centro-Nord è più alta la quota di consumatori di alcol, nel Mezzogiorno quella di persone obese e nel Nord-Ovest la percentuale di fumatori.

Quindi, come segnalato da ASviS nel suo Rapporto Annuale e nell'Analisi sulla Legge Finanziaria 2019, ma anche recentemente dal MEF (Ministero Economia e Finanze) con il suo Rapporto 2019 sugli indicatori del BES (Benessere equo e sostenibile), nonché dall'Istat e dalle altre istituzioni che effettuano il monitoraggio del settore, è senz'altro vero che la sanità italiana si colloca ai primi posti in Italia ed in Europa rispetto al raggiungimento di molti dei bersagli dell'Obiettivo 3 dell'Agenda ONU. Ma al tempo stesso si riscontrano alcuni segnali negativi (ad esempio l'obesità, che riguarda il 44,8% delle persone nel 2017), e soprattutto il permanere e l'accentuarsi di situazioni e processi di disuguaglianza, sia di tipo socioeconomico, che territoriale, che culturale, sui cui ASviS ha puntato l'attenzione anche perché importanti obiettivi dell'Agenda indicano proprio nel superamento delle disuguaglianze una delle sfide più importanti. Si vedano a tale proposito l'Obiettivo 5 (parità di genere) e l'Obiettivo 10 (Ridurre le disuguaglianze).

Un significativo evento su queste tematiche si è svolto nell'ambito del già citato secondo Festival dello sviluppo sostenibile in collaborazione tra ASviS e ISS (Istituto Superiore di Sanità). Si è trattato di uno dei 10 appuntamenti nazionali del Festival dello Sviluppo Sostenibile 2019, svoltosi il 30 maggio 2019 nell'Aula Pocchiari dell'ISS, e dedicato al tema delle disuguaglianze di salute. Ed è proprio in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità che ASviS ha lanciato un programma contro le disuguaglianze da portare avanti nei prossimi mesi.

Anche l'analisi realizzata sempre da ASviS sui contenuti delle Legge di Bilancio per il 2019 ha permesso di evidenziare come, per quanto riguarda la sanità, il documento prevede sì misure utili, ma decisamente non risolutive dei problemi del SSN e delle disuguaglianze esistenti, che anzi rischiano di aumentare.

### L'analisi ASviS della Legge di Bilancio 2019

- Priorità alla **lotta alla povertà** è condivisibile, ma c'è poca attenzione a dimensioni importanti della povertà (ad esempio, *working poor*).
- Interventi utili per l'**agricoltura**, ma manca una visione integrata.
- Misure utili sulla salute, ma non risolutive dei problemi del Ssn e delle **disuguaglianze** esistenti (in base al territorio e alla cittadinanza), che anzi rischiano di aumentare a causa di alcune scelte fatte nella Legge di Bilancio.
- Interventi limitati per l'**educazione**, ancorchè utili, e mancanza di misure per fronteggiare adeguatamente, anche in termini qualitativi, il turnover del personale, probabilmente accelerato da «Quota 100»

Ma quali dovrebbero essere le piste di lavoro da mettere in campo per contrastare le disuguaglianze e le altre negatività registrate rispetto alla situazione italiana dai diversi osservatori? Rispetto alle azioni concrete da mettere in campo, ASviS ha avanzato una proposta articolata in 10 punti, che è stata diffusa con il nome di Decalogo per la salute sostenibile. Il Decalogo sottolinea in modo particolare, nell'accezione della Carta di Ottawa che ha proposto l'integrazione delle componenti ambientali e sociali quali pilastri fondamentali del benessere, l'importanza della promozione della salute in tutte le politiche, la lotta alle disuguaglianze, la necessità di far crescere la ricerca e la prevenzione, la valorizzazione del privato sociale, l'integrazione territoriale di funzioni e servizi, la lotta alle sovrapposizioni e duplicazioni, lo sviluppo di progetti sperimentali di *partnership* pubblico-privato e la ricerca di principi comuni.

Il Decalogo recita in sintesi quanto segue:

1. Attuare il principio "Salute in tutte le politiche" inserendo nella programmazione economica e politica precisi obiettivi, e in particolare riduzione dell'inquinamento, degli incidenti stradali e lavorativi, dello stress lavorativo, del traffico di autoveicoli privati, controllando i risultati.
2. Definire precisi obiettivi di attuazione dei LEA non ancora raggiunti e misurarne il raggiungimento con indicatori, in particolare per l'accesso alle prestazioni, specie innovative, ivi compresi i farmaci di nuova generazione, il sostegno a disabilità e non autosufficienza, ADI, vaccini, *screening*, continuità assistenziale, medicina di iniziativa e presa in carico.
3. Intensificare l'impegno in prevenzione, e misurare gli avanzamenti in particolare per stili di vita (alimentazione, fumo, alcol, moto fisico) ed eventi naturali catastrofici.

4. Intensificare gli sforzi per la medicina della povertà ed il supporto preventivo e sanitario ai poveri, agli stranieri in difficoltà, agli anziani soli, ai carcerati, e misurare i relativi avanzamenti, affidando all'INMP il monitoraggio.
5. Combattere gli sprechi e ridurre l'abuso di farmaci e prestazioni inappropriate, in particolare antibiotici, medicina estetica e omeopatia; introdurre criteri stringenti di appropriatezza per le strutture pubbliche e la medicina di base, e misurare i risultati con specifici indicatori.
6. Intensificare la corretta informazione ed educazione sanitaria e combattere le *fake-news* attraverso la scuola, le strutture sportive e la comunicazione di massa.
7. Rendere equilibrata e qualitativamente omogenea l'offerta sanitaria in tutte le aree del Paese, incoraggiare le reti cliniche di qualità e misurare gli avanzamenti con specifici indicatori.
8. Incrementare gli investimenti e lo sviluppo della ricerca biomedica, delle scienze per la vita e della sanità digitale, e misurare gli incrementi con indicatori (Miur)
9. Concordare un Piano nazionale per l'assistenza socio-sanitaria territoriale, la presa in carico delle persone e famiglie in difficoltà, la lotta alla solitudine ed alla depressione, lo sviluppo di forme comunitarie di supporto territoriale alle fragilità e la migliore organizzazione della vita.
10. Valorizzare il ruolo del privato sociale per la salute e la sanità, evitando duplicazioni e sovrapposizioni e promuovendo l'integrazione delle funzioni e dei servizi, e concordare alcuni principi comuni di riferimento da applicare in maniera autonoma nei territori.

Un Paese a sviluppo avanzato, in sostanza, per il quale le criticità più importanti in ambito sanitario riguardano le disuguaglianze, la prevenzione in senso olistico, l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio, la cura a lungo termine per i cronici e disabili, la lotta agli sprechi e lo sviluppo di una cultura della salute diffusa e consapevole, dovrebbe secondo ASviS concentrare gli sforzi sui punti indicati dal Decalogo.

Dal punto di vista delle responsabilità in gioco, il Decalogo indica negli organi di Governo nazionale specifiche responsabilità rispetto al punto 1 (in particolare riduzione dell'inquinamento, degli incidenti stradali e lavorativi, dello *stress* lavorativo, del traffico di autoveicoli privati), ed al punto 6 (educazione ed informazione sanitaria per il largo pubblico ed in particolare lotta alle *fake news* ed interventi nella scuola, nello sport e nella comunicazione di massa).

Il Ministero della Salute viene chiamato in causa in particolare per quanto riguarda il punto 2 (piena attuazione dei LEA e in particolare equità nell'accesso alle prestazioni, sostegno a disabilità e non autosufficienza, assistenza domiciliare, vaccini e *screening*, continuità assistenziale, medicina di iniziativa e presa in carico).

All'Istituto Superiore di Sanità si chiede di impegnarsi per il punto 3 del Decalogo dedicato alla prevenzione (in particolare per la promozione di corretti e salutari stili di vita e per le misure di carattere preventivo nei confronti degli eventi naturali catastrofici), nonché per il punto 5 relativo agli sprechi ed abusi (in particolare per quanto riguarda farmaci e prestazioni inappropriate, medicina estetica e omeopatia e criteri di appropriatezza per le strutture pubbliche e la medicina di base).

La Conferenza delle Regioni dovrebbe occuparsi in via preminente del riequilibrio dell'offerta sanitaria sul territorio nazionale, incoraggiando l'attività delle reti cliniche di qualità e misurando gli avanzamenti con specifici indicatori, come previsto dal punto 7 del Decalogo.

ASL e Comuni vengono chiamati in causa in particolare per il punto 9, che riguarda la promozione di un Piano condiviso per l'assistenza socio-sanitaria territoriale, la presa in carico delle persone e famiglie in difficoltà, la lotta alla solitudine ed alla depressione, lo sviluppo di forme comunitarie di supporto territoriale alle fragilità e la migliore organizzazione della vita urbana.

I Comuni vengono richiamati anche per la valorizzazione del ruolo del privato sociale, di cui al punto 10, evitando duplicazioni e sovrapposizioni, promuovendo l'integrazione delle funzioni e dei servizi e concordando sperimentazioni territoriali avanzate di collaborazione pubblico-privato.

L'INMP viene richiamato con il punto 4 del Decalogo ad intensificare gli sforzi per i soggetti più fragili ed il supporto preventivo e sanitario ai poveri, agli stranieri in difficoltà, agli anziani soli, ai carcerati.

Il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca ricorre al punto 8 del Decalogo, dove si pone l'obiettivo dell'incremento degli investimenti in ricerca biomedica, nelle scienze per la vita e nella sanità digitale.

Senza entrare ulteriormente nel merito delle proposte ASviS, preme qui sottolineare come il punto numero 10 del Decalogo affronti il tema del ruolo del privato, ed in particolare del privato sociale, per una revisione degli assetti del sistema della salute. Tema questo decisamente inaggrabile, vista la diffusione che il cosiddetto secondo pilastro del *Welfare*, ed in particolare il *Welfare* aziendale e la mutualità sanitaria integrativa, hanno raggiunto e continuano a raggiungere. Ma accanto a ciò va sottolineato che l'impostazione dello sviluppo sostenibile prevede, come già detto, che tutti gli *stakeholder* ed i soggetti attivi nel settore di riferimento collaborino ognuno per le proprie competenze senza preclusioni di sorta, secondo una logica di circolarità. Si auspica quindi che anche i soggetti, che contribuiscono alla salute ed al benessere collettivi attraverso la fornitura di prestazioni integrative e/o sostitutive di quelle pubbliche, vengano messi nelle condizioni di interagire positivamente con gli altri referenti per il bene comune.

Quanto sostenuto dal Censis nel corso della presentazione dei risultati dell'ultimo studio condotto per Intesa Sanpaolo RBM Salute, e cioè che ci troviamo di fronte ad un ecosistema e a comportamenti combinatori di grande abilità e responsabilità sociale, che



probabilmente concorrono in maniera determinante al raggiungimento dei lusinghieri risultati ottenuti in termini di salute in Italia, è molto importante da questo punto di vista. In un simile contesto tutte le risorse sono chiamate a contribuire in maniera positiva, armonica ed organica con le altre, l'alleanza pubblico-privato diventa fondamentale, e si deve avviare un processo di valorizzazione dell'apporto del privato sociale al sistema, senza imbarazzi e senza ipocrisie, lavorando sull'integrazione di funzioni e servizi, sulla formulazione di programmi sperimentali di *partnership*, sulla lotta alle sovrapposizioni e alle duplicazioni, e sulla definizione di un accordo pattizio relativo ai principi da rispettare nella collaborazione.

### L'alleanza Pubblico Privato

- **Valorizzare l'apporto del privato sociale**
- **Promuovere l'integrazione delle funzioni e dei servizi**
- **Sviluppare progetti sperimentali di partnership pubblico privato**
- **Eliminare sovrapposizioni e duplicazioni**
- **Concordare principi comuni**

Asl, Comuni, Enti del terzo settore, Sanità integrativa

Vorrei concludere questo contributo con un riferimento al tema dell'etica pubblica dell'allocazione delle risorse, rimarcando come anche l'etica subisca delle trasformazioni nel tempo, in corrispondenza dei cambiamenti degli scenari di riferimento. Così se nel recente passato i principi di scienza e coscienza e quello di beneficenza rappresentavano il cuore dell'etica pubblica in sanità, in un secondo momento abbiamo assistito allo sviluppo di un approccio etico basato principalmente sulla centralità del paziente o utente finale del sistema. La fase attuale si presenta come caratterizzata da una nuova forma di etica, che potremmo definire post-moderna, e che si configura come un'etica della sostenibilità, e che, come abbiamo visto, pone i temi della negoziazione e della circolarità al centro del sistema. Ed è dalla negoziazione e dalla circolarità degli approcci che possiamo aspettarci i migliori risultati per la sanità del futuro.

## Bibliografia

- C. Collicelli, *Statualità, mercato e socialità nel Welfare*, in: L'assistenza sociale n. 1, gennaio-marzo, 1996.
- C. Collicelli, *Benessere e tutela, Vincoli economici, derive culturali e nodi politici*, ed. F. Angeli, 1998.
- G. Cazzola, C. Collicelli, *Welfare "fai da te". Come e quanto gli italiani pagano di tasca propria per le prestazioni sociali*, Rubbettino Editore, R. Calabria, 2000.
- C. Collicelli (a cura di), *Le transizioni sommerse degli anni '90*, ed. Rubbettino, Soveria Mannelli, 2004.
- C. Collicelli, *Una sussidiarietà applicata alla salute*, in: L'assistenza sanitaria integrativa in Italia nell'ambito del Welfare contrattuale, Fisascat Cisl Nazionale, Romana Editrice srl, 2009.
- C. Collicelli, *Salute come processo sociale*, Transizione sanitaria e ricerca sociologica, FrancoAngeli, Milano, 2011.
- C. Collicelli, D. De Masi, R. Crialesi, *L'impatto delle disuguaglianze socio-economiche sul diritto ad avere eguali opportunità di salute in Italia*, in: The Future of science and Ethics, Fondazione Umberto Veronesi, n. 1 febbraio, 2016.
- C. Collicelli (a cura di), *La microallocazione delle risorse in oncologia: una questione anche etica*, in: FAVO, 10° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, Roma, 2018.
- R. Cassa, C. Collicelli, P. Santurri, F. Spandonaro, *Tempi di attesa e costi delle prestazioni nei Sistemi Sanitari Regionali*, in CREA Sanità, F. Spandonaro (a cura di), 14° Rapporto Sanità, Roma, 2018.

## Prof. Cesare Cislighi

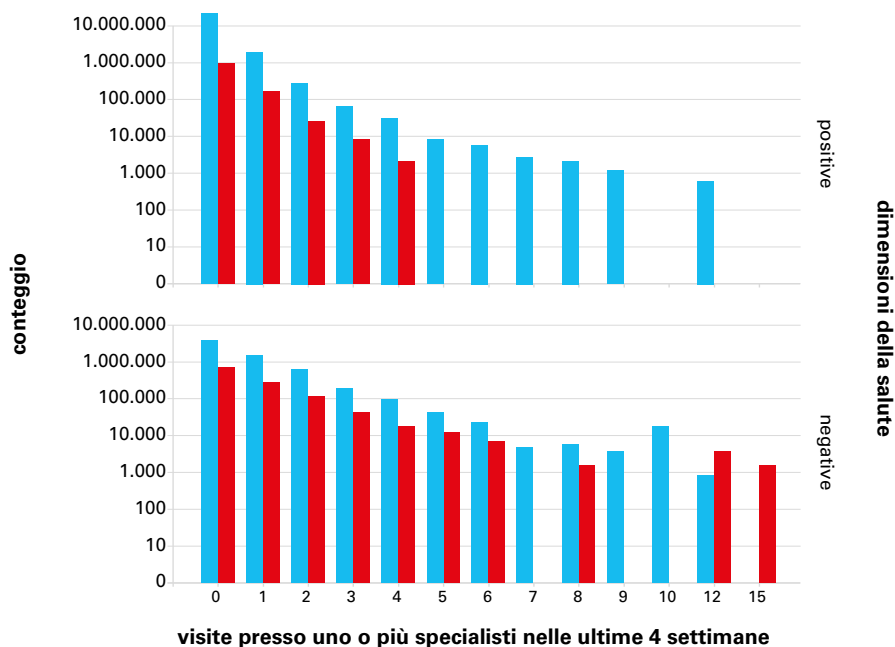
*Docente di Economia Sanitaria*

Il mio intervento è in chiusura di una lunga giornata e quindi farò solo poche brevi osservazioni.

La prima è che ho letto ed ascoltato l'illustrazione di diversi dati relativi all'uso dei servizi sanitari e credo ci sia la necessità di avere una base di lettura concordata. Sul libro del rapporto si parla di "12 milioni di Italiani espulsi dal SSN" e nella relazione odierna di Vecchietti sono diventati 9. Tra 12 e 9 c'è una certa differenza, e non capisco quali siano i motivi della differenza, ma le diverse indagini ufficiali Istat ed Eurostat danno altri valori.

Parliamo di rinuncia a singole prestazioni o ad "espulsione" dal servizio sanitario? Nella figura seguente relativa all'indagine multiscopo Istat risulta evidente che la maggior parte di coloro che affermano di aver rinunciato ad una visita in realtà ne avevano effettuate parecchie:

**Negli ultimi 12 mesi le è mai successo di avere bisogno delle seguenti prestazioni o cure sanitarie che poi NON ha più fatto perchè non poteva pagarle o costavano troppo? Esami o cure mediche.**



*Casi pesati in base e coefficiente finale*

■ non ho mai rinunciato ■ talvolta ho rinunciato

Dovremmo arrivare a poter condividere le informazioni sulle quali costruire le nostre riflessioni, e da questo punto di vista ci sarebbero già delle agenzie pubbliche in Italia che dovrebbero fare questo lavoro, in modo autorevole ma sembra che di questi tempi non riescano, o non vogliano, arrivare a dare delle certezze.

La seconda osservazione è che, nonostante tutto, non si può negare che in un momento di grossa crisi economica dell'Italia il sistema sanitario nel suo complesso abbia avuto una funzione anticiclica e la resilienza sia stata molto forte. Gli indicatori di salute infatti non hanno trovato dei significativi abbassamenti.

Si è parlato di crescita della Spesa Sanitaria Privata come indicazione di un Sistema Sanitario pubblico, ma oggi si è parlato quasi solo di prestazioni sanitarie, ma nella spesa privata c'è molto più, e nei 40 miliardi c'è un po' di tutto: ci sono ad esempio i ticket del SSN, che sono relativi all'accesso ai servizi del SSN, oppure ci sono prestazioni che poi vengono rimborsate in gran parte a livello fiscale. Una spesa di 1.000 €, per chi ha un'aliquota del 43%, è come se spendesse 570 €; per coloro che invece hanno l'aliquota al 23% è come se spendessero 200 €, ossia a chi è ricco l'*Out of Pocket* costa di meno che a chi è povero.

Ci sono molte prestazioni che non sono comprese nei LEA, prime tra tutte le prestazioni odontoiatriche, i farmaci cosiddetti da banco e gli integratori. Si deve anche dire che la spesa *Out of Pocket* è inversamente proporzionale al reddito.

Allora il problema fondamentale della nostra economia pubblica oggi si chiama debito ed allora faccio una provocazione paradossale: aboliamo la sanità pubblica e in vent'anni azzeriamo il debito pubblico, ma che ne sarebbe della salute di ciascuno, e non solo dei meno benestanti? Il principio etico posto alla base della Legge 23 dicembre 1978 n.833 di istituzione del SSN, era che ciascuno debba avere una protezione della Salute che non dipenda dalle sue capacità contributive, cioè alla base del sistema c'è la garanzia dell'equità.

Se un Sistema sanitario garantisce a tutti un accesso ugualmente efficace indipendentemente dalle condizioni economiche degli utenti, allora si tratta di un Sistema di tipo equo e io lo condividerei anche se prevedesse modalità differenti dall'attuale SSN. Se in un Paese dove milioni di persone vivono in famiglie con il capofamiglia disoccupato, e che quindi non potrebbero usufruire di alcun Fondo Sanitario Integrativo aziendale, una Sanità permettesse comunque l'accesso alle prestazioni indipendentemente dalle capacità economiche, allora il Sistema sarebbe equo indipendentemente se pubblico o privato. Se invece queste prestazioni non fossero accessibili ai non abbienti, allora negherebbe l'equità e bisognerebbe trovare una soluzione per renderlo tale.

Da noi non c'è nonostante tutto una equità soddisfacente, soprattutto perché si sono attuate male certe politiche. Però ci si deve chiedere perché alcune Regioni sono riuscite ad attuare un livello soddisfacente di efficacia e di equità e altre Regioni no: questo dipende dalle caratteristiche del nostro Sistema Sanitario oppure invece da situazioni locali di incapacità?

Questo è il problema da affrontare se intendiamo riformare il Sistema Sanitario in Italia in modo che continui a garantire alle persone l'accesso alla protezione della salute indipendentemente dalle proprie capacità economiche. Se fosse così molti altri elementi della discussione sarebbero minori, ma la preoccupazione è proprio che dopo quarant'anni la sanità non rimanesse, almeno come intento, un diritto uguale per tutti i cittadini e non un elemento di discriminazione sociale.

Lavoriamo per migliorare il SSN e non contribuiamo, magari senza volerlo oppure no, a metterlo in discussione.

## APPENDICE

# I SOGGETTI PROMOTORI

---

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 coinvolgere la **Fondazione Censis**, che vanta un'esperienza pluriennale nel campo della ricerca sociale indipendente, in un progetto di monitoraggio continuativo delle dinamiche e dei *trend* che caratterizzano un settore complesso ed eterogeneo come quello sanitario articolato tra Sanità Pubblica, Sanità Privata e Sanità Intermediata (ovvero di quella gestita attraverso le Compagnie di Assicurazione ed i Fondi Sanitari).

Il finanziamento dell'attività di ricerca e di analisi dei dati, come quello di produzione, stampa e divulgazione del Rapporto è **incondizionatamente** garantito da Intesa Sanpaolo RBM 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, i Fondi Integrativi e le Assicurazioni Sanitarie, 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 e il valore sociale del modello di protezione che abbiamo tutti contribuito a costruire fino ad oggi.

---

## I SOGGETTI PROMOTORI



Intesa Sanpaolo RBM Salute, nata nel 2020 dall'acquisizione di RBM Assicurazione Salute da parte di Intesa Sanpaolo Vita, è la prima Compagnia nel settore dell'Assicurazione Sanitaria in Italia.

La proposta di Intesa Sanpaolo RBM Salute si rivolge ai Fondi Sanitari Occupazionali, Aziendali, Territoriali e a tutte le forme di Corporate *Welfare* e di bilateralità promosse dalla Contrattazione Collettiva per il settore Privato e per il settore Pubblico.

La *mission* di Intesa Sanpaolo RBM Salute è garantire una migliore tutela della salute attraverso un "Secondo Pilastro Sanitario" che assicuri le cure sostenute "di tasca propria" (c.d. *Out of Pocket*) integrando armonicamente i Livelli Essenziali di Assistenza erogati dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nel contempo la Compagnia sostiene la diffusione della Sanità Integrativa a tutti i cittadini attraverso soluzioni assicurative dedicate ai professionisti, alle piccole imprese, alle famiglie e agli individui.

Intesa Sanpaolo RBM Salute adotta un approccio distributivo multi-canale che affianca all'offerta diretta dei propri prodotti, intermediari assicurativi (agenti e *broker*), la bancassicurazione e la vendita a distanza.





**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.

## SI RINGRAZIANO

### **Dott. Andrea Urbani**

*Direttore Generale della Programmazione Sanitaria – Ministero della Salute*

### **On. Claudio Durigon**

*Sottosegretario – Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali – Lega*

### **On. Marialucìa Lorefice**

*Presidente – XII Commissione Affari Sociali – Movimento 5 Stelle*

i Partecipanti della Tavola Rotonda

*Dal Welfare Occupazionale al Welfare di Cittadinanza*

### **On. Marcello Gemmato**

*Segretario – XII Commissione Affari Sociali – Fratelli d'Italia*

### **On. Stefano Mugnai**

*XII Commissione Affari Sociali – Forza Italia*

### **Sen. Lucio Malan**

*3ª Commissione permanente Affari Esteri, Emigrazione – Forza Italia*

### **Sen. Francesco Zaffini**

*12ª Commissione permanente Igiene e Sanità – Fratelli d'Italia*

e, per la loro presenza durante i lavori della nona edizione Welfare Day

### **Sen. Paola Binetti**

*12ª Commissione permanente Igiene e Sanità – Forza Italia*

### **Sen. Maria Domenica Castellone**

*12ª Commissione permanente Igiene e Sanità – M5S*

### **Sen. Luigi Di Marzio**

*12ª Commissione permanente Igiene e Sanità – M5S*

i Partecipanti della Tavola Rotonda

*Sanità e Welfare complementare: l'esperienza del Settore del Credito*

### **Dott. Massimo Masi**

*Segretario Generale – UILCA UIL*

### **Dott. Mauro Morelli**

*Segretario Nazionale – FABI*

### **Dott. Giacomo Sturniolo**

*Segretario Nazionale – FISAC CGIL*

### **Dott. Roberto Garibotti**

*Segretario Nazionale – FIRST CISL*

i Partecipanti della Tavola Rotonda

*Sanità Integrativa: un'opportunità da costruire per le Strutture Sanitarie Pubbliche, le Strutture Sanitarie Private e per le Professioni Mediche*

**Dott.ssa Barbara Cittadini**

*Presidente Nazionale – AIOP*

**Dott. Mario Ponzi**

*Responsabile Ufficio Stampa – ARIS*

**Dott. Mauro Potestio**

*Presidente – Feder ANISAP*

**Dott. Domenico Crisarà**

*Vice Segretario Nazionale – FIMMG*

i Partecipanti della Tavola Rotonda

*Il Sistema Sanitario in Italia: il Futuro è già qui*

**Prof. Mario Del Vecchio**

*Affiliate Professor of Government, Health and Not for Profit – SDA Bocconi School of Management*

**Prof. Marco Geddes da Filicaia**

*Medico*

**Prof.ssa Isabella Mastrobuono**

*Referente per l'Assistenza Primaria e Cronicità – P.A. di Bolzano*

**Prof.ssa Grazia Labate**

*Ricercatore in Economia Sanitaria – Università di York – Cultore di Legislazione Sanitaria*

**Prof.ssa Carla Collicelli**

*Ricercatore – CNR-ITB*

**Prof. Cesare Cislaghi**

*Docente Economia Sanitaria*

il **Prof. Giuseppe De Rita** e il **Dott. Francesco Maietta** per il loro prezioso contributo

il *Giornalista La7* - **Dott. Andrea Pancani** che ha moderato la nona edizione del *Welfare Day*

**Tutti i Partecipanti** alla nona edizione del *Welfare Day* che hanno permesso, con la loro presenza e i loro preziosi contributi, di sviluppare un confronto costruttivo sugli scenari evolutivi del nostro *Sistema di Welfare*.

