ASSOCIAZIONE ITALIANA ODONTOIATRI

Italian Dental Association

EURISPES

Prospettive di sviluppo per un piano nazionale per l'odontoiatria

INDICE

Una prevenzione odontoiatrica accessibile a tutti 5

Capitolo 1 ..... *7*

Il sistema sanitario italiano 7

Principali dati di scenario 8

Le diverse forme di assistenza sanitaria: pubblico e privato 19

La spesa sanitaria nel sistema sanitario nazionale 22

La spesa sanitaria relativa alle varie forme di assistenza integrativa 30

Capitolo 2 ..... *31*

Il settore odontoiatrico 31

La spesa sanitaria odontoiatrica. Uno sguardo europeo 31

La spesa sanitaria odontoiatrica in Italia 39

L'offerta di forme di pagamento integrate da terzi 45

Capitolo 3 ..... *55*

Possibili scenari futuri (possibile piattaforma di confronto dei terzi paganti con la categoria odontoiatrica, interesse ad impiantare strutture sul territorio, criteri di scelta dei professionisti da convenzionare) 55

Le caratteristiche dei fondi desunte dalle risposte degli intervistati 60

Le interviste *73*

Gli opinion leader 73

Bibliografia *111*

Una prevenzione odontoiatrica accessibile a tutti

ANALIZZARE, PREVEDERE, INTERCETTARE E GOVERNARE.

Sono i principali obiettivi che con EURISPES abbiamo voluto seguire per condurre questa elaborata e corposa indagine sui sistemi di assistenza sanitaria in Italia: dal Servizio Sanitario Nazionale ai fondi integrativi, ai fondi privati e all'assistenza "out of pocket". Nel sistema sanitario italiano che, dopo la riforma della 833/78, offre un'assistenza universalistica a tutti i cittadini, abbiamo assistito dai primi anni Ottanta in poi ad una serie di revisioni e aggiustamenti delle prestazioni erogate ai cittadini. Revisioni avvenute in base soprattutto ad esigenze economiche, in quanto una voce a bilancio (la Sanità) che ha raggiunto la quota di 110 miliardi di euro l'anno incide per un settimo sul bilancio complessivo dello Stato e viene spesso messa in discussione dalla politica che è chiamata ad amministrare il Paese.

Una possibile soluzione e razionalizzazione della spesa sanitaria complessiva è stata introdotta nel 1999 dalla cosiddetta "legge Bindi" che prevedeva l'introduzione di sistemi di finanziamento della spesa sanitaria chiamati Fondi integrativi. Questi, nell'idea del legislatore, dovevano nascere e svilupparsi per sostituire il Servizio Sanitario Nazionale in tutte quelle prestazioni che andavano oltre l'assistenza di base uguale per tutti (livelli essenziali di assistenza, LEA) e anche per coprire quella quota di sanità completamente privata che non è stata mai garantita dall'assistenza sanitaria nazionale. Quella novità venne vista dagli addetti ai lavori come una vera e propria rivoluzione, ma molti di noi guardavano queste forme di assistenza integrata, con sospetto, perché gestite da assicurazioni o fondi di investimento che in altri paesi avevano prodotto dei sistemi distorti con effetti negativi sulla salute dei cittadini e sulla autonomia professionale dei dentisti (USA, Germania).

Di fatto, non c'è stata una trasformazione celere e tutt'ora non si può affermare che i fondi integrativi coprano la maggior parte della sanità extra livelli essenziali di assistenza (giro di affari annuo: 33 miliardi). Infatti, le assicurazioni e i finanziatori privati che, in prima battuta, mostravano grande interesse al settore e, in particolare, verso le prestazioni odontoiatriche che erano quasi totalmente "out of pocket", dopo un attento esame della tipologia di prestazioni, dei costi da sostenere e, soprattutto, del rischio assicurativo elevatissimo, hanno messo in atto dei sistemi "protetti" garantendo poca copertura per gli assistiti ma sicurezza economica nella gestione del fondo. Questo ha fatto in modo che questi fondi, completamente privati, non siano stati considerati così appetibili e perciò siano ancora poco sviluppati e diffusi sul territorio.

Con questa indagine condotta da EURISPES si analizza finalmente in modo completo ed equidistante il sistema di assistenza e si fa una fotografia dettagliata dello "status quo". Abbiamo, in sintesi, uno strumento, che, dopo 17 anni dalla legge di riforma del sistema sanitario, ci consente di fare un primo bilancio e avere i dati per prevedere come si svilupperà la proposta integrativa di assistenza. È interessante notare come il dato percentuale di cittadini che si rivolgono ad un'assistenza pubblica o integrativa convenzionata dal 2005 al 2013 sia aumentato di poco al Nord e al Centro (dal 5 al 6%) e sia, addirittura, diminuito al Sud (4,1%) e segnali come l'odontoiatria sia ancora poco coperta da queste forme di finanziamento e solo una piccola parte dei cittadini ne possa usufruire.

La proposta di prestazioni erogabili è varia tra i fondi, ma appare chiaro come non si sia sviluppato un percorso condiviso con la componente professionale, per stabilire regole, priorità e grado di copertura sanitaria.

In sintesi, nella strategia di assistenza odontoiatrica di questi fondi manca l'interlocutore principale: l'Odontoiatria, che dovrebbe contribuire in modo sostanziale alla definizione di un piano sanitario sull'Odontoiatria in Italia al quale i vari fondi integrativi dovrebbero fare sicuro riferimento. Se la volontà

originaria del legislatore era quella, di migliorare la salute dei cittadini favorendo la prevenzione e l'accesso alle cure attraverso anche l'ingresso di sistemi di finanziamento alternativi, il risultato non può essere ottenuto con l'offerta di prestazioni erogabili con regole determinate solo da dinamiche economiche.

La nostra proposta, con il sostegno di questa indagine, è intercettare i fattori critici di queste forme di assistenza e contribuire a governarli con la creazione di tavoli di confronto per l'individuazione di un Piano Nazionale per l'Odontoiatria che preveda percorsi sanitari prioritari per assistere la maggior parte della popolazione e consenta una programmazione a lunga scadenza. Dobbiamo pensare a un nuovo sistema che determini realmente una prevenzione accessibile a tutti per arrivare al miglioramento degli indici di salute orale sulla gran parte dei cittadini al pari di paesi come la Danimarca o la Svizzera, ma anche garantire una qualità nella terapia odontoiatrica regolata da princìpi di libertà intellettuale e libera scelta del paziente del professionista di fiducia. L'AIO, in particolare negli ultimi anni, ha puntato molto su proposte che orientino il sistema sanitario verso scelte di grande respiro cambiando anche i piani di strategia sanitaria e ponendo al centro sia l'informazione e la consapevolezza nei cittadini e negli operatori sanitari sia la prevenzione. Sono educazione sanitaria e prevenzione la chiave di volta verso il miglioramento degli stili di vita, e verso la pianificazione di progetti che consentano l'accesso totale ai cittadini. L'indagine EURISPES ci offre un quadro chiaro della situazione e ci permette di studiare i correttivi per raggiungere i nostri obiettivi e sensibilizzare la parte politica sulle priorità da perseguire. Nel prossimo congresso politico AIO di dicembre porteremo queste proposte allo stesso Ministro della Salute.

Pierluigi Delogu
Presidente Nazionale AIO

Capitolo 1

Il sistema sanitario italiano

INTRODUZIONE

Il diritto alla salute è uno dei diritti umani fondamentali ed è riconosciuto dalle Convenzioni internazionali e dalla Costituzione Italiana. È un diritto "complesso" che si traduce in una molteplicità di aspetti, il più importante dei quali, quello ad ottenere prestazioni sanitarie (articolate in prevenzione, cura e riabilitazione), deve essere garantito dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), disciplinato dalla legge 883/78, è, infatti, costituito «dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».

Il SSN è, tuttavia, spesso oggetto di forti critiche e scandali per i disavanzi di bilancio, l'inefficienza, le carenze strutturali, gli urlati casi di "malasanità".

La legge che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale si basa sul principio dell'universalità e della globalità della copertura assistenziale, affidando ad esso l'onere di «assicurare l'esercizio di tutti i compiti e le funzioni strumentali al benessere psico-fisico della persona». La legislazione sanitaria ha successivamente articolato questi princìpi nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), uniformi su tutto il territorio nazionale, che comprendono le prestazioni e i servizi che il SSN è chiamato a garantire a tutti i cittadini. I Lea sono stati suddivisi, dal 1999, in tre macroaree:

- *assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*, tutte le attività e le prestazioni erogate per promuovere la salute della popolazione (prevenzione, tutela dai rischi sanitari negli ambienti di vita e di lavoro, sanità pubblica veterinaria, sicurezza alimentare);
- *assistenza distrettuale*, le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio (medicina di base, assistenza farmaceutica, ambulatori, servizi domiciliari ad anziani e ai malati, consultori, strutture residenziali e semi-residenziali);
- *assistenza ospedaliera*, tutte le prestazioni erogate nei nosocomi in regime ordinario, di day hospital o day surgery (sia per acuti sia per riabilitazione e lungodegenza), in pronto soccorso e in ospedalizzazione domiciliare.

Il Sistema sanitario, dunque, si articola come una piramide che ha al vertice le strutture ospedaliere deputate a gestire principalmente i casi acuti, supportate dalle strutture sanitarie locali per l'assistenza distrettuale, generica e di lungo corso, e dall'assistenza sociale. Nella realtà dei fatti, tuttavia, gli ospedali diventano il centro dell'attività sanitaria, un rovesciamento dei ruoli che ha tra le prime conseguenze il loro sovraffollamento e la minore efficienza.

A titolo puramente esemplificativo, prendiamo in considerazione il numero di posti in strutture residenziali e semi-residenziali per l'assistenza agli anziani, ai disabili fisici e psichici, ai malati terminali e quelle psichiatriche. La presenza di strutture di ricovero di questo tipo rientra, infatti, nella seconda macro-area in cui sono stati suddivisi i livelli essenziali di assistenza, e la loro scarsa capillarità è indice di un malfunzionamento del sistema e una delle cause del sovraffollamento degli ospedali. Molti servizi di assistenza sanitaria, cui sono chiamati spesso i nosocomi, potrebbero, infatti, essere garantiti da strutture residenziali e dall'assistenza sociale.

Il numero dei posti letto presenti in queste strutture è disomogeneo sul territorio nazionale, con regioni che hanno valori sopra la media come la Provincia autonoma di Trento, il Veneto e la Lombardia, e regioni in cui la presenza di queste strutture è assolutamente nulla, come il Molise, la Sicilia e la Campania.

Il numero maggiore di posti letto presenti in questa tipologia di strutture è dedicato all'assistenza agli anziani, seguita da quelli destinati all'assistenza psichiatrica e ai disabili fisici. La presenza di posti letto in

strutture rivolte ai malati terminali (la "categoria" che forse si riversa maggiormente sugli ospedali) è decisamente più contenuta e concentrata soprattutto in Emilia Romagna, Lombardia e Lazio.

La scarsa capillarità delle strutture residenziali e semi-residenziali, dunque, è uno dei fattori che mina l'attuazione di uno dei princìpi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale, il XII, basato sull'integrazione tra le prestazioni dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza sociale, «intese come tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione».

Gli ospedali, quindi, diventano in molti territori l'unica possibilità pubblica di ricevere le cure e l'assistenza necessarie. Ma come possono i nosocomi sostenere gran parte dell'assistenza sanitaria, anche quella non di medio-alta complessità?

L'Italia si colloca infatti al di sotto della media europea e di paesi come Francia e Germania rispetto al numero di ospedali per 100.000 abitanti, di posti letto, di posti per acuti, di posti in ospedali psichiatrici e in case di cura per anziani.

Principali dati di scenario

La salute in Italia

Il Rapporto Osserva Salute 2015 sul benessere e sulla qualità dell'assistenza medica evidenzia come l'Italia si collochi agli ultimi posti in Europa negli investimenti per prevenire le malattie. Nel nostro Paese viene destinato alla prevenzione il 4,1% della spesa sanitaria totale. Investimenti in prevenzione, screening oncologici, vaccinazioni vedono l'Italia tristemente ultima.

L'aspettativa di vita ha cessato di crescere e per la prima volta si riscontra un'inversione di tendenza: nel 2015 è di 80,1 anni per gli uomini e 84,7 anni per le donne, nel 2014 era più elevata (80,3 anni per gli uomini e 85 per le donne).

Si è inoltre accresciuto il divario tra Nord e Sud del Paese: l'aspettativa di vita dei nati in Campania o Sicilia è inferiore di 4 anni rispetto a quella dei nati in Trentino Alto Adige o nelle Marche.

La speranza di vita in Italia risulta comunque superiore alla media Ocse, ferma ad 80 anni (82 per le donne e 77 per gli uomini); in linea con la media il divario tra i due generi. Un dato questo fortemente correlato con la spesa per l'assistenza sanitaria per persona.

I Lea – Livelli essenziali di assistenza, con le prestazioni che dovrebbero essere garantite a tutti i cittadini – non risultano applicati su tutto il territorio; le prime regioni a restare escluse sono quelle con piani di rientro dal deficit.

Il Sistema sanitario italiano può ancora essere definito tra i migliori al mondo, ma solo per i residenti in alcune macroaree del Paese. In 15 anni sono andati perduti molti dei progressi fatti negli ultimi 40 anni.

L'aumento dell'incidenza dei tumori prevenibili si manifesta in modo disomogeneo sul territorio, con svantaggi per il Sud, che dispone di minori finanziamenti pro capite per la sanità.

Prendendo in esame il quadro relativo alle vaccinazioni, si osserva come in particolare l'antinfluenzale per gli over 65 dal 2003 al 2015 sia sceso dal 63,4% al 49%. Considerando che il piano nazionale prevenzione vaccinale, in accordo con l'Oms, individua la percentuale minima nel 75% ed il livello ottimale è invece fissato al 95%, il 49% attuale rappresenta un valore assolutamente inadeguato.

Per quanto concerne le vaccinazioni in età pediatrica, si osserva un leggero calo rispetto all'obiettivo del 95% entro i due anni di età raggiunto nel 2013 per le vaccinazioni obbligatorie; la quota rimane comunque superiore al 94%. Un calo maggiore si evidenzia per le coperture di morbillo, parotite, rosolia (-4%) e meningococco C coniugato (-2,5%); più lieve per le vaccinazioni raccomandate come pertosse (-1,1%) e anti-Hib, l'Haemoplus Influenzae di tipo B (-0,6%). Fanno invece segnare un aumento le coperture di anti-varicella (+10,3%) e pneumococco coniugato (0,6%).

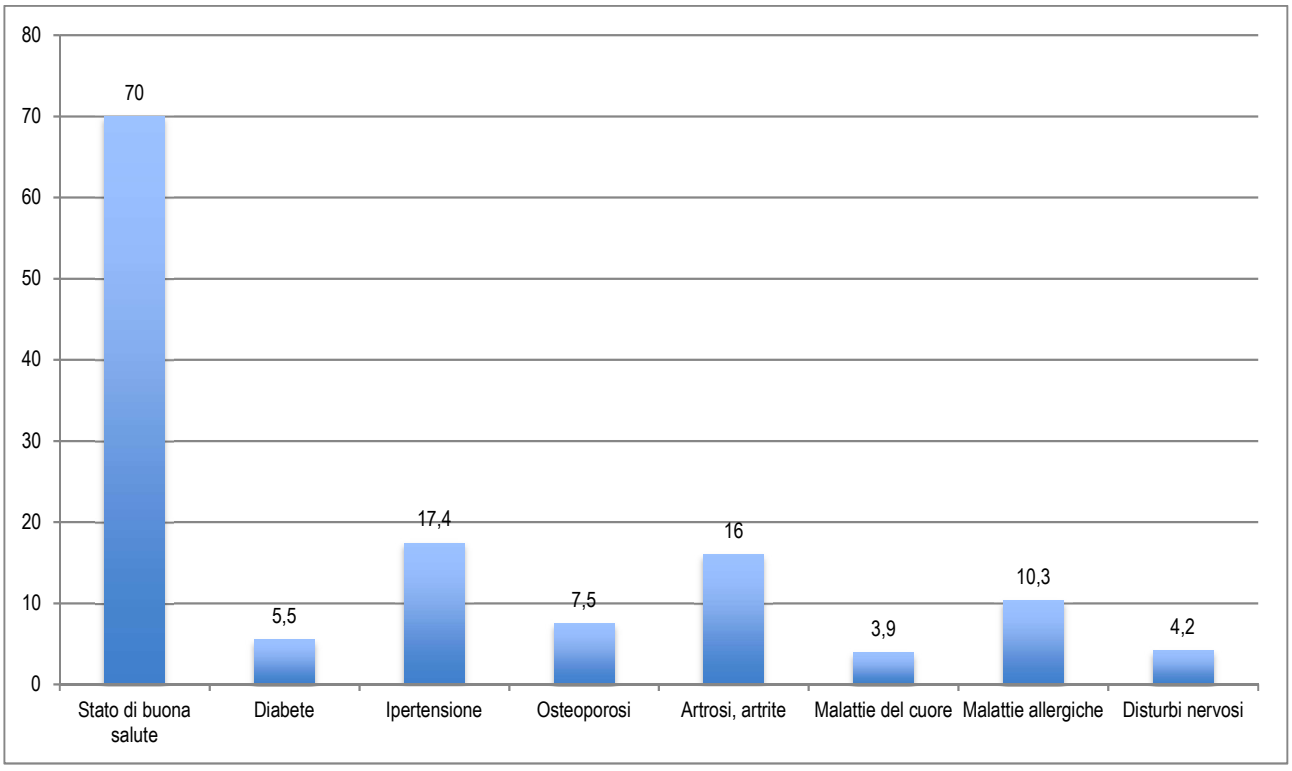
Una recente indagine Ocse ha rilevato come nel nostro Paese il 66% delle persone intervistate abbia dichiarato di godere di buone condizioni di salute (il 70% degli uomini ed il 62% delle donne). Questo valore

risulta al di sotto della media Ocse (68%). La condizione di buona salute risulta meno frequente, prevedibilmente, nei soggetti più anziani, tra disoccupati, e tra quelli con un livello di istruzione e di reddito più bassi.

Sostanzialmente analoghi i dati derivanti dalla rilevazione Istat sul 2014. A fronte di un 70% di italiani in condizioni di salute sostanzialmente buone, si può osservare l'incidenza delle principali malattie croniche nel nostro Paese. L'ipertensione, in particolare, riguarda una quota pari al 17,4%, artrosi/artrite il 16%, le malattie allergiche il 10,3%, l'osteoporosi il 7,5%, il diabete il 5,5%, i disturbi nervosi il 4,2%, le patologie cardiache il 3,9%.

GRAFICO 1

Condizioni di salute e malattie croniche dichiarate
Anno 2014
Valori percentuali



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

Partendo da dati Eurostat, il Rapporto Crea Sanità Cergas e Sda Bocconi presenta una serie storica relativa alla quota di popolazione sul totale degli over 16 che dichiara di essere affetta da patologie di lunga durata o problemi di salute per almeno 6 mesi. Dal 2004 al 2013 gli italiani affetti da patologie sono aumentati in misura rilevante: dal 21,5% al 25,3% (+3,8% nel decennio).

Ponendo, tuttavia, l'Italia a confronto con l'Europa a 27 (32,4%) la percentuale risulta più contenuta. Anche rispetto alle nazioni europee più direttamente confrontabili con il nostro Paese – Germania, Francia, Regno Unito, Spagna – la quota si rivela decisamente più bassa.

TABELLA 1

Quota di popolazione sul totale degli over 16 che dichiara di essere affetta da patologie di lunga durata o problemi di salute per almeno 6 mesi. Confronto europeo
Serie storica
Valori percentuali

Paesi	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Italia	21,5	22,0	21,5	21,1	22,5	21,8	22,5	26,6	24,5	25,3
EU27	-	30,6	30,9	30,5	30,8	31,1	31,2	31,7	31,4	32,4
Germania	-	36,2	38,2	37,8	36,1	36,0	36,2	36,7	36,9	38,3
Spagna	25,8	23,9	23,5	25,0	29,7	30,2	29,4	22,9	26,1	31,5
Francia	36,0	34,5	34,3	33,5	36,5	36,9	36,8	36,4	36,5	36,1
Regno Unito	-	37,2	38,1	35,8	32,6	33,6	33,9	36,0	32,8	32,5

Fonte: Rapporto Crea Sanità Cergas e Sda Bocconi su dati Eurostat.

Nel Rapporto Osserva Salute 2015 si segnalano un aumento degli astemi ed un lieve calo dei fumatori.

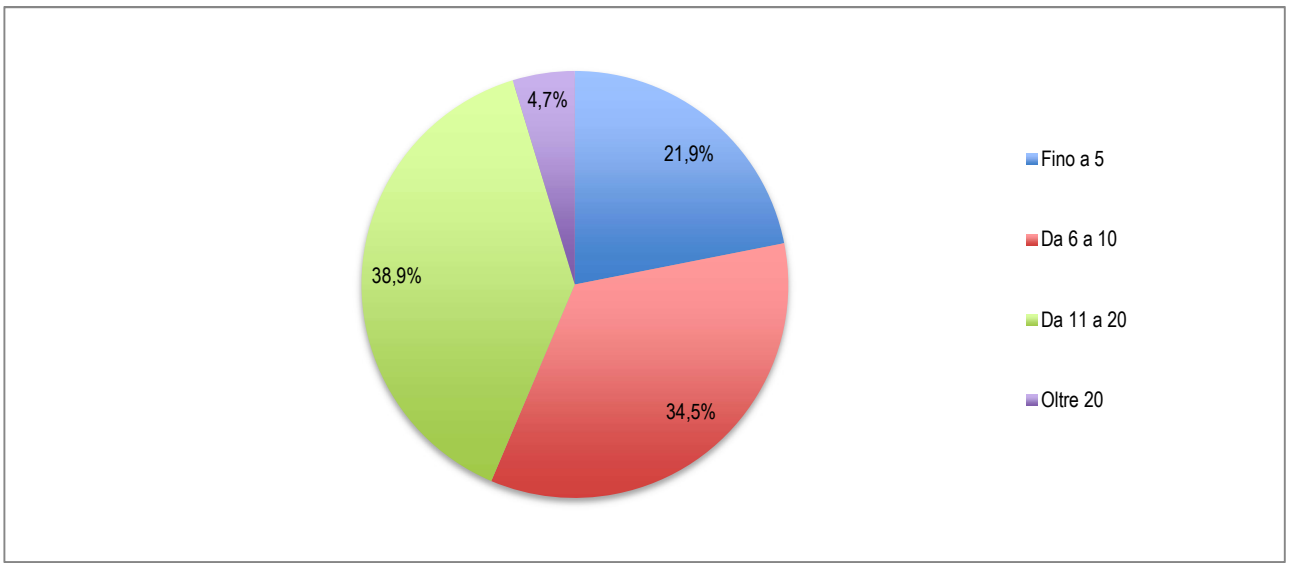
Gli astemi sono nel 2014 il 35,6% della popolazione al di sopra degli 11 anni (in crescita rispetto al 34,9% del 2013).

La percentuale dei fumatori sulla popolazione dai 14 anni in su è in costante diminuzione: dal 22,8% del 2010 al 19,5% del 2014 (10,2 milioni di italiani, 6,2 milioni di uomini e 4 milioni di donne).

In calo anche il numero di sigarette fumate (12,1 al giorno nel 2014); il picco si registra tra gli ultracinquantenni.

GRAFICO 2

Fumatori di 14 anni e più, per numero di sigarette fumate al giorno
Anno 2014
Valori percentuali



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

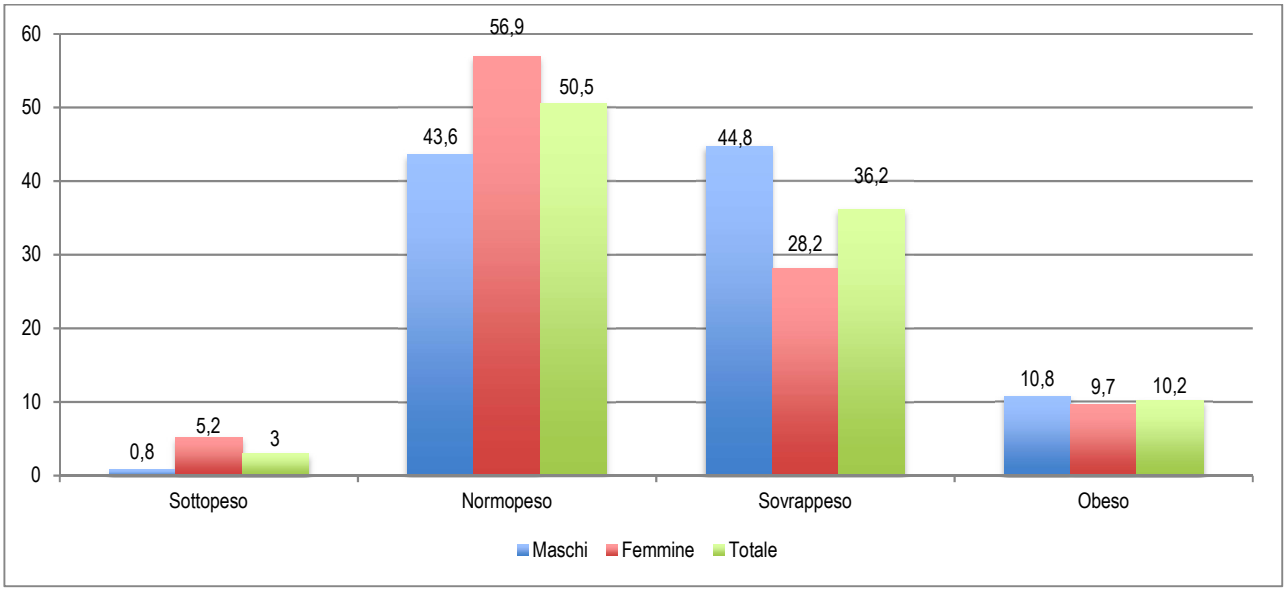
La metà degli italiani dai 18 anni in su risulta normopeso, il 36,2% sovrappeso, il 10,2% obeso, il 3% sottopeso.

La condizione di sovrappeso è nettamente più diffusa tra gli uomini (44,8%) che tra le donne (28,2%), mentre è molto lieve la differenza di genere per quanto riguarda l'obesità (rispettivamente 10,8% e 9,7%).

I dati in serie storica rivelano che in Italia nel periodo dal 2001 al 2014 la percentuale di popolazione in sovrappeso è salita dal 33,9% al 36,2% e quella degli obesi dall'8,5% al 10,2%, per un totale del 46,4% (con maggiore incidenza al Sud ed al crescere dell'età).

GRAFICO 3

Persone per indice di massa corporea
Anno 2014
Valori percentuali (per 100 persone di 18 anni e più)



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

È in leggero aumento la quota di chi pratica sport: il 23% (era il 19,1% nel 2001); la percentuale di chi svolge una qualunque attività fisica arriva al 28,2%. I residenti al Nord sono più sportivi rispetto alla media del Paese.

Continua a salire, anche per maggiore attenzione al problema, il consumo di farmaci per disturbi depressivi e d'ansia: 39,3 DDD (dosi definite giornaliere) su mille abitanti al giorno nel 2014.

Anche l'incidenza dei suicidi fa rilevare un lieve aumento, si passa dai 7,23 casi su centomila del biennio 2008-2009 ai 7,99 del biennio 2011-12. I casi di suicidio sono più frequenti tra gli uomini (78,4%), all'aumentare dell'età, ed al Nord rispetto al Centro-Sud.

LA SANITÀ PUBBLICA

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato istituito in Italia dalla legge n. 883 del 23 dicembre 1978 per realizzare il principio sancito all'art.32 della Costituzione: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

Le politiche di devolution portate avanti negli anni hanno determinato sanità diverse nelle diverse macro-aree del Paese, con significative differenze anche tra le regioni.

Un'analisi della serie storica relativa alle schede di dimissione degli istituti pubblici di cura italiani evidenzia il costante arretramento del servizio pubblico: da 12.940.082 nel 2001 a 11.294.892 nel 2010, fino a 9.528.507 nel 2014.

TABELLA 2

Trend copertura istituti
Serie storica
Valori assoluti

Anno	Schede di dimissione
2001	12.940.082
2002	12.948.710
2003	12.818.905
2004	12.991.102
2005	12.966.874
2006	12.857.813
2007	12.342.537
2008	12.112.389
2009	11.674.098
2010	11.294.892
2011	10.757.733
2012	10.259.780
2013	9.843.992
2014	9.528.507

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Ministero della Salute.

I dati regionali rispecchiano evidentemente non solo l'offerta di assistenza medica ma anche la popolosità delle diverse regioni. Ai primi posti per numero di schede di dimissioni nel 2014 si trovano la Lombardia (1.520.126), la Campania (1.017.766), il Lazio (996.460), l'Emilia Romagna (806.203), dove convergono anche numerosi pazienti da altre aree del Paese.

TABELLA 3

Schede di dimissione, per regione
Anno 2014
Valori assoluti e percentuali

Regioni	Schede di dimissione
Piemonte	654.828
Valle d'Aosta	25.066
Lombardia	1.520.126
P.A. Bolzano	94.138
P.A. Trento	88.631
Veneto	684.136
Friuli Venezia Giulia	193.272
Liguria	280.607
Emilia Romagna	806.203
Toscana	591.853
Umbria	152.575
Marche	239.094
Lazio	996.460
Abruzzo	212.878
Molise	62.416
Campania	1.017.766
Puglia	636.226
Basilicata	82.106
Calabria	245.286
Sicilia	673.680
Sardegna	271.160
Italia	9.528.507

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Ministero della Salute.

Il totale delle giornate erogate dagli istituti è 63.129.031, in forte calo rispetto al 2001 (82.829.483), ma anche al 2010 (71.904.063).

La degenza media per Acuti in Regime ordinario è rimasta sostanzialmente stabile (6,8), così come la degenza media per Riabilitazione in Regime ordinario (26,3); è invece scesa la degenza media in Lungodegenza (da 32 nel 2001 e 30,5 nel 2010 a 27,7 nel 2014).

Gli istituti ospedalieri sono passati dai 1.329 del 2001 ai 1.541 del 2010 per scendere a 1.437 nel 2014.

TABELLA 4

Dati ed indici di attività degli istituti ospedalieri
Serie storica
Valori assoluti

Dati	2001	2005	2010	2012	2013	2014
Totale dimissioni ospedaliere (1)	12.937.140	12.965.658	11.277.742	10.257.796	9.842.485	9.526.832
Totale giornate erogate (1)	82.829.483	78.292.237	71.904.063	66.707.607	64.312.696	63.129.031
Rapporto tra giornate in DH e in RO (Acuti)	0,13	0,19	0,17	0,15	0,15	0,14
Degenza media per Acuti in Regime ordinario	6,8	6,7	6,7	6,8	6,8	6,8
Degenza media per Riabilitazione in Regime ordinario	25,2	26,2	27,5	26,2	25,7	26,3
Degenza media in Lungodegenza	32,0	31,5	30,5	28,8	27,6	27,7
Peso medio (2)	1,14	1,26	1,08	1,13	1,15	1,16
N. medio diagnosi per SDO (2)	2,1	2,3	2,4	2,5	2,5	2,5
N. medio procedure per SDO (2)	1,9	2,3	2,6	2,7	2,8	2,8
N. istituti	1.329	1.337	1.541	1.485	1.459	1.437

(1) Totale dei ricoveri ospedalieri, incluso Nido.
(2) Ricoveri per Acuti in Regime ordinari.
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

I 1.437 istituti censiti comprendono 758 istituti pubblici, 611 istituti privati accreditati, 68 istituti privati non accreditati.

Gli istituti pubblici comprendono Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici pubblici, IRCCS pubblici e fondazioni pubbliche, Ospedali a gestione diretta. Gli istituti privati accreditati comprendono Policlinici privati, IRCCS privati e fondazioni private, Ospedali classificati, Presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate. Gli istituti privati non accreditati sono Case di cura private non accreditate.

La presenza più consistente si riscontra in Lombardia (212 istituti), Lazio (164), Sicilia (136) e Campania (135). Alla Lombardia anche il primato degli istituti pubblici (104), seguita da Sicilia, Piemonte e Campania. Per quanto riguarda gli istituti privati accreditati, il numero maggiore si trova in Lombardia (97) e nel Lazio (80).

TABELLA 5

Istituti pubblici e privati, per regione
Anno 2014
Valori assoluti e percentuali

Regioni	Istituti pubblici			Istituti privati accreditati		
	Censiti in anagrafe SIS	Rilevati	% copertura	Censiti in anagrafe SIS	Rilevati	% copertura
Piemonte	64	57	89,1	48	48	100,0
Valle d'Aosta	1	1	100,0	1	1	100,0
Lombardia	104	103	99,0	97	96	99,0
P.A. Bolzano	7	7	100,0	5	5	100,0
P.A. Trento	10	9	90,0	7	7	100,0
Veneto	59	58	98,3	30	30	100,0
Friuli Venezia Giulia	19	18	94,7	5	5	100,0
Liguria	20	20	100,0	9	9	100,0
Emilia Romagna	58	58	100,0	46	46	100,0
Toscana	48	47	97,9	36	35	97,2
Umbria	20	20	100,0	5	5	100,0
Marche	33	33	100,0	13	13	100,0
Lazio	56	50	89,3	80	79	98,8
Abruzzo	18	18	100,0	11	11	100,0
Molise	6	6	100,0	5	5	100,0
Campania	63	62	98,4	68	68	100,0
Puglia	30	30	100,0	36	36	100,0
Basilicata	14	13	92,9	3	3	100,0
Calabria	28	28	100,0	32	32	100,0
Sicilia	71	69	97,2	64	64	100,0
Sardegna	29	29	100,0	10	10	100,0
Italia	758	736	97,1	611	608	99,5

Regioni	Istituti privati non accreditati			Totale		
	Censiti in anagrafe SIS	Rilevati	% copertura	Censiti in anagrafe SIS	Rilevati	% copertura
Piemonte	9	1	11,1	121	106	87,6
Valle d'Aosta	-	-	-	2	2	100,0
Lombardia	11	1	9,1	212	200	94,3
P.A. Bolzano	3	3	100,0	15	15	100,0
P.A. Trento	-	-	-	17	16	94,1
Veneto	1	1	100,0	90	89	98,9
Friuli Venezia Giulia	-	-	-	24	23	95,8
Liguria	2	-	-	31	29	93,5
Emilia Romagna	3	3	100,0	107	107	100,0
Toscana	5	4	80,0	89	86	96,6
Umbria	1	1	100,0	26	26	100,0
Marche	-	-	-	46	46	100,0
Lazio	28	23	82,1	164	152	92,7
Abruzzo	-	-	-	29	29	100,0
Molise	-	-	-	11	11	100,0
Campania	4	-	-	135	130	96,3
Puglia	-	-	-	66	66	100,0
Basilicata	-	-	-	17	16	94,1
Calabria	-	-	-	60	60	100,0
Sicilia	1	1	100,0	136	134	98,5
Sardegna	-	-	-	39	39	100,0
Italia	68	38	55,9	1.437	1.382	96,2

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Ministero della Salute.

Negli ultimi anni si è assistito ad un costante taglio dei posti letto negli istituti pubblici.

La spending review del Governo Monti ha previsto una media nazionale di 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti. A giugno 2015 è diventato operativo il nuovo Regolamento per gli Standard Ospedalieri, che stabilisce, come parametri della dotazione di posti letto ospedalieri accreditati a carico del Sistema sanitario regionale, un livello non superiore a 3,7 posti ogni 1.000 abitanti, comprensivi di 0,7 posti ogni 1.000 abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie. Il regolamento assicura uniformità degli standard su tutto il territorio nazionale.

È inoltre prevista una soglia di accreditabilità per le strutture: almeno 40 posti letto per acuti; per alcune procedure è stata introdotta una soglia minima rispetto al volume di attività.

La riduzione dei posti letto e della durata di degenza, però, prevista senza una corrispondente crescita dei servizi territoriali, con conseguente collasso dei Pronto Soccorso, si traduce solo in una contrazione del servizio a disposizione dei cittadini. Inoltre, sebbene la riduzione dei posti letto ospedalieri sia stata attuata anche negli altri paesi Ue, ciò è avvenuto in misura decisamente minore rispetto al nostro Paese, rimasto al di sotto della media Eu 28.

Secondo l'Ocse oggi si contano 3,4 posti letto ogni 1.000 abitanti, ma la media Ocse è più alta: 4,8 per 1.000 abitanti. La banca dati di CIA World Factbook per il 2014 indica 3,5 posti letto ospedalieri ogni 1.000 abitanti in Italia, contro gli 8,3 della Germania, i 6,6 della Francia, i 3,2 della Spagna.

Secondo la banca dati, in Italia i medici ogni 1.000 abitanti sono 3,8; in Spagna 3,9, in Germania 3,7, in Francia 3,4.

Il Regolamento per gli Standard Ospedalieri, infine, comprende la clausola di invarianza finanziaria, in conseguenza della quale risultano inattuabili le innovazioni, anche quelle come la telemedicina, che a fronte di un indispensabile investimento nella fase di avvio, determinerebbe poi importanti risparmi nel tempo.

Se fino ad alcuni anni fa si poteva affermare che gli ospedali italiani svolgevano la loro missione di struttura ricettiva per acuti, mentre mancava un adeguato sostegno ai pazienti in riabilitazione e lungodegenza, oggi è venuto meno anche il primo elemento.

TABELLA 6

Assistenza territoriale, strutture residenziali, per regione
Anno 2013

Regioni	Numero strutture	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti per 100.000 anziani	Posti per 1.000 anziani
Piemonte	525	24.819	26.080	231	2.549	24,3
Valle d'Aosta	1	5	40	44	148	0,2
Lombardia	652	58.150	82.980	245	4.112	28,8
P.A. Bolzano	72	4.037	5.169	269	5.582	43,6
P.A. Trento	57	4.452	4.752	339	4.574	42,9
Veneto	349	27.643	39.917	229	3.999	27,7
Friuli Venezia Giulia	102	7.896	18.125	151	6.212	27,1
Liguria	191	6.758	13.540	155	3.163	15,8
Emilia Romagna	393	16.200	25.095	222	2.534	16,4
Toscana	308	12.237	17.770	221	2.030	14,0
Umbria	52	2.037	3.692	196	1.770	9,8
Marche	43	1.588	4.302	122	1.221	4,5
Lazio	72	5.295	6.937	256	623	4,8
Abruzzo	36	1.657	3.444	147	1.211	5,8
Molise	2	40	48	191	69	0,6
Campania	26	863	999	203	105	0,9
Puglia	90	3.870	6.855	182	889	5,0
Basilicata	7	208	425	154	359	1,8
Calabria	42	1.477	1.897	247	505	3,9
Sicilia	39	1.251	5.490	55	580	1,3
Sardegna	6	121	214	132	65	0,4
Italia	3.065	180.604	267.771	219	2.165	14,6

Fonte: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali su dati Ministero della Salute.

I PRINCIPALI NUCLEI DI CRITICITÀ

La sanità pubblica del nostro Paese è stata oggetto, in questi anni, di tagli significativi, che hanno avuto ricadute evidenti sui servizi. Anche alla fine del 2015 con una nuova manovra sanitaria il Governo ha programmato un piano di rientro dei costi, accolto con viva protesta dalle Regioni e dal Ministro della Salute, che hanno sottolineato l'insostenibilità di ulteriori tagli. Con l'ultima Legge di Stabilità la sanità può contare su 7 miliardi di euro in meno rispetto a quanto previsto dal Patto per la salute nel 2015-2016.

Lo stato in cui versa oggi il Sistema Sanitario Nazionale rappresenta in una certa misura il riflesso della contrazione dei finanziamenti per il settore.

I ricoveri ed i giorni trascorsi in ospedale continuano a calare, facendo registrare nel primo semestre del 2016 un -1,6% rispetto allo stesso periodo del 2014. I pazienti dimessi dopo episodi acuti, riabilitazione e lungodegenza sono stati 4.281.653 (4.352.458 nel primo semestre 2014), le giornate di degenza 29.202.893 (29.237.850 nel 2014, -0,1%). La degenza media è stata 6,9 giorni per episodi acuti, 26 giorni per riabilitazione e 27,4 giorni per lungodegenza.

Il numero dei posti letto negli ospedali in Italia è diminuito in un decennio da 4 per 1.000 a 3,4 per 1.000, ben al di sotto la media europea.

Persino più evidente è la riduzione del personale: dell'1,8% tra i 2007 ed il 2013 e un ulteriore 0,6 nei primi mesi del 2014. Con picchi del -16% in Campania, -15% in Molise, -13% nel Lazio, -10% in Calabria.

Al sistema sanitario italiano mancano almeno 6.000 medici ed infermieri. Per gli specialisti il rapporto tra fabbisogni e disponibilità è addirittura -3.400 in pediatria, -1.950 nella medicina interna, -950 nella chirurgia generale, -580 in ginecologia, -350 in anestesiologia, -330 in cardiologia, -220 in ortopedia (fonte: Miur).

All'origine di questa situazione ci sono anche le direttive europee sugli orari di lavoro, che limitano a 12 il numero di ore consecutive di lavoro per i medici ma determinano anche, nei frequenti casi di organici insufficienti, la mancata copertura dei turni. I servizi sanitari non riescono a far fronte alle richieste e cercano espedienti per andare avanti: l'utilizzo degli specializzandi, la pratica delle attività non propriamente mediche al di fuori dell'orario di lavoro.

Negli ultimi quattro anni 1.500 medici l'anno si sono trasferiti all'estero per esercitare la professione, per sfuggire precarietà, stipendi bassi, mancanza di sicurezze, attratti dalle maggiori opportunità formative e

lavorative. In Italia solo gli specializzati accedono alla sanità pubblica, ma con grande difficoltà per la contrazione di posti di lavoro dovuta alla crisi: il blocco del turn over nelle aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche riduce drasticamente il numero delle assunzioni. Per gli altri lavorare come liberi professionisti avrebbe costi altissimi, molti di questi scelgono allora di lasciare il Paese. Il paradosso italiano vede un numero inadeguato di medici ospedalieri ed un eccesso di medici non specializzati, che alimentano il precariato.

L'assistenza extraospedaliera, in particolare i servizi per gli anziani e l'assistenza domiciliare per i malati oncologici, risulta persino più carente.

La diretta conseguenza della scarsità di posti letto e di personale medico ed infermieristico negli ospedali pubblici sono lunghissimi tempi di attesa e strutture che funzionano male. Molti cittadini si rivolgono a strutture private, anche a costo di ricorrere ad un prestito, oppure si spostano in altre regioni o all'estero.

Una segnalazione su quattro al Tribunale per i diritti del malato riguarda la difficoltà di accesso alle cure per le lunghissime liste di attesa, persino in settori critici come l'oncologia (e, anche in questo àmbito, non tutti i farmaci sono rimborsati dal Servizio sanitario pubblico).

I problemi della sanità pubblica italiana, d'altra parte, non nascono semplicemente dalla scarsità delle risorse finanziarie, ma anche dal loro utilizzo. Corruzione, sprechi, malagestione ed eccesso di burocrazia sono da sempre i veri mali irrisolti. Per questa ragione la politica dei tagli non ha generato risparmi nella misura attesa.

La corruzione e le frodi nel settore valgono circa 6 miliardi di euro l'anno, corrispondenti al 5% della spesa sanitaria. Nei primi mesi del 2016 l'Autorità nazionale anti-corruzione ha accertato episodi di corruzione nel 37% delle Asl, con particolare allarme per le irregolarità nelle liste d'attesa.

Non meno evidenti sono le conseguenze degli sprechi e della cattiva amministrazione. In Italia le regioni meno efficienti costano fino a 15 miliardi di euro in più rispetto alle regioni virtuose.

L'indagine svolta da Agenas per il Governo su 14 regioni (tra le escluse Emilia Romagna e Veneto) evidenzia gli sprechi negli ospedali italiani: spese triplicate per mense, lavanderia, riscaldamento, quantità eccessiva di personale amministrativo, laddove sarebbero necessari invece medici ed infermieri. Lo studio ha rilevato conti in rosso in 29 grandi ospedali; il disavanzo record si registra nel Lazio, con l'ospedale San Camillo al primo posto: l'11% dei dipendenti del San Camillo sono amministrativi (la quota standard sarebbe del 7%). Per i servizi non sanitari per anni a Roma non sono state fatte gare d'appalto. Gli ospedali più in deficit sono spesso quelli con più personale (amministrativo) e con la più consistente spesa per servizi non sanitari.

Proprio nell'ottica di ridurre le spese ingiustificate ed uniformare i costi, la riforma che ha visto il suo avvio a marzo 2016 prevede l'acquisto unico per tutto il Paese di strumenti sanitari – dalla siringa alla garza, dagli aghi agli stent fino a farmaci e vaccini ed ai servizi accessori per pulizia e ristorazione – cosicché lo stesso oggetto o servizio abbia il medesimo costo in tutte le regioni. I costi standard dovrebbero riparare lo scandalo italiano degli sprechi negli acquisti: in alcune regioni garze, protesi, suturatrici identiche hanno costi estremamente diversi. Il costo di una siringa oscilla tra 2 e 65 cent, le garze in cotone tra 2,89 e 7,47 euro, una protesi per l'anca tra 284 e 2.575 euro, uno stent coronarico tra 150 e 669 euro.

Esistono anche altre forme di spreco, non meno gravi. Ogni anno si eseguono in Italia 64 milioni di visite specialistiche, per un costo di circa un miliardo di euro: il 10% non è appropriato. Il 50% degli esami radiologici (circa 100 milioni l'anno) non è necessario e, oltre a comportare rischi per la salute di chi vi si sottopone, costituisce una spesa inutile. Si stima che l'eccesso di prestazioni diagnostiche costi allo Stato 13 miliardi di euro. Si tratta di una conseguenza della mancanza di fiducia nel rapporto medico-paziente e dell'ansia di evitare eventuali denunce per trascuratezza. Oggi i medici non conoscono la storia clinica, famigliare e personale dei propri pazienti, elementi che possono incidere in misura decisiva sui disturbi avvertiti; dunque, anche per vincoli burocratici, spesso consigliano ricoveri in ospedale e visite specialistiche.

La contrazione dei finanziamenti per la sanità pubblica ha, d'altra parte, accresciuto i casi di malasanità nel nostro Paese.

I tagli alle spese hanno comportato l'acquisto di bisturi, aghi e guanti low-cost, che non tagliano, non pungono e non servono all'uso: perseguendo un falso risparmio, perché la qualità degli strumenti è precipitata e se ne devono utilizzare di più nel corso dello stesso intervento. Lo conferma l'allarme della Acoi (Associazione chirurghi ospedalieri italiani), che ha ricevuto migliaia di segnalazioni da medici su tutto il territorio nazionale in merito all'inadeguatezza di bisturi che non tagliano, con conseguenze sia estetiche sia

infettive, in primis l'aumento dei rischi connessi agli interventi – le infezioni ospedaliere causano circa 5-7.000 decessi ogni anno.

Un altro recente caso eclatante è quello della partita di misuratori della glicemia cinesi malfunzionanti.

Altri rischi sono connessi alla cattiva organizzazione del sistema ospedaliero. Ogni anno vengono eseguiti in Italia 132.000 interventi a rischio, in strutture in cui viene effettuato un numero di operazioni troppo esiguo perché sia garantita la sicurezza.

La cronaca nazionale riporta quotidianamente casi di inefficienza, inadeguatezza e malasanità, distribuiti sull'intero territorio nazionale, mettendo in evidenza situazioni particolarmente critiche.

Gli ospedali romani negli ultimi 10 anni hanno perso 2.177 posti letto; 3.600 sono quelli tagliati nel Lazio. Come diretta conseguenza del numero insufficiente di posti letto per acuti, il sindacato medico Anaao-Assomed denuncia, per le emergenze ed urgenze, una media di 6-7 giorni di attesa per un posto letto. Tra i principali ospedali di Roma dal 2006 ad oggi si registrano cali di 225 posti letto all'Umberto I, 367 al San Camillo, 271 al Gemelli, 213 al San Giovanni, 306 al San Filippo.

Particolarmente allarmante è il caso del San Camillo di Roma, l'ospedale più grande della città, che possiede il poco onorevole primato di ospedale italiano con il peggior deficit: il costo della gestione ospedaliera non è mutato dal 2005 al 2014 (466 milioni di euro) ed il disavanzo si attesta a 136 milioni di euro (149 nel 2005), benché i dipendenti siano scesi di ben 1.104 unità (da 5.194 a 4.090). In 10 anni il costo medio di un ricovero è aumentato del 52%.

I reparti sono costantemente stracolmi e, come conseguenza, molto spesso vengono sistemati giacigli improvvisati con materassi sul pavimento, come negli ospedali di guerra. Anche negli ultimi mesi hanno avuto ampia eco le proteste dei pazienti e dei famigliari al Pronto Soccorso del San Camillo. L'attesa di un vero letto in reparto può durare anche più di otto giorni. Nel frattempo i pazienti sono ammassati in uno stanzone a pochi centimetri di distanza l'uno dall'altro, con malati psichiatrici legati ai letti. Per i medici risulta difficile persino raggiungere i pazienti e moltissimi rimangono in attesa nonostante il codice rosso o giallo. Qualche anno fa l'ospedale San Camillo ha subìto una riduzione supplementare di decine di posti letto in nome del Piano anti-deficit sanitario. L'apertura delle Case della salute e degli ambulatori domenicali non ha migliorato sostanzialmente la situazione delle emergenze. Il San Camillo ha ridotto del 34,5% la capacità di assistenza e non riesce dunque a far fronte alle richieste dei pazienti.

La situazione più generale del Lazio è tutt'altro che incoraggiante.

Nessun ospedale laziale riesce a rispettare i tempi di attesa previsti dalla legge per gli esami – 30 giorni per le visite ambulatoriali e 60 giorni per le prestazioni diagnostiche per immagine: il record negativo è un anno di attesa per la risonanza all'ospedale Pertini, l'ecodoppler dei tronchi sovraortici a Frosinone e quello degli arti ad Anzio.

Desolante il caso del Cto di Roma, con reparti praticamente abbandonati ed un pronto soccorso inesistente. Una struttura di qualità di fatto smantellata in cui la politica è quella del risparmio in ogni àmbito, dalle risorse umane alla strumentazione.

Anche la sanità campana appare da tempo nel caos. Gli ospedali sono perennemente affollati e senza posto, il personale insufficiente e mal organizzato, le strutture per patologie specialistiche ridottissime, le liste di attesa infinite, specie per gli interventi chirurgici, le tecnologie obsolete e l'informatizzazione in grandissimo ritardo. Tutto ciò determina una copiosa migrazione sanitaria dalla regione, soprattutto verso il Nord. In 10 anni lo standard dei posti letto è passato da 3,7 per mille abitanti a 3,4. Le risorse limitate dal Piano di rientro compromettono pesantemente ogni tipo di investimento, anche sulle risorse umane.

Il più grande ospedale del Sud Italia, il Cardarelli di Napoli, ha 936 posti letto e circa 300 accessi al giorno, ben più di quanto la struttura ed il personale possano fronteggiare. 700 medici, 1.400 infermieri, costantemente sotto organico – mancano almeno 200 operatori –, 3.000 ore di straordinari ogni mese per colmare i vuoti: il turn over è fermo da anni. La conseguenza sono lunghe attese e barelle di fortuna accatastate in attesa di un posto libero, anche per patologie gravi ed emergenze.

C'è poi lo scandalo dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Salerno in cui 850 dipendenti sono stati indagati per assenteismo. La carenza di organico è pari al 18%.

Assobiomedica denuncia la presenza di un 30% di Tac da sostituire nelle Asl di Napoli e provincia e del 36% di piccoli macchinari obsoleti. Non viene eseguito nessun controllo costante sui macchinari e mancano le figure tecniche in grado di relazionarsi con i fornitori: quasi nessuna struttura può contare su ingegneri clinici in pianta stabile (le norme prevederebbero almeno 3 ingegneri ogni 1.000 apparecchiature da gestire).

Alcune strutture nel nostro Paese già costruite e disponibili non vengono utilizzate perché mancano le risorse economiche per assumere medici ed infermieri. È il caso, tra gli altri, del centro cardiologico costruito a Reggio Calabria.

Si tratta di ulteriori conferme di una situazione precipitata in concomitanza con la crisi economica, ma generata in primo luogo da una gestione ed un'organizzazione inadeguate. Lo confermano la sproporzione tra personale amministrativo e personale medico-infermieristico – una prerogativa tutta italiana –, l'incapacità di riorganizzare le strutture territoriali (anche per mezzo di accorpamenti e specializzazione senza compromettere la capillarità erogativa), l'attitudine allo spreco, la corruzione.

IL COSTO DELLA SALUTE: LE DIFFICOLTÀ DEI CITTADINI

La spesa sanitaria corrente pro capite in Italia si attesta sui 2.400 dollari, a fronte di una media Ocse di 2.500; il primato spetta agli Stati Uniti con ben 4.200 dollari, seconda la Svezia con 4.100, la Germania con 3.600, la Francia con 3.200. La spesa sanitaria italiana rappresenta solo il 60% di quella americana, il 66% di quella tedesca, il 75% di quella francese (Ufficio Parlamentare di bilancio).

I dati Istat indicano come la spesa famigliare per beni e servizi sanitari sia consistente soprattutto nel settore odontoiatrico (475 euro); al secondo posto le spese per infermieri (247 euro), seguono occhiali/lenti a contatto (178), ricoveri (113), ausili sanitari (111).

TABELLA 7

Spesa effettiva famigliare per beni e servizi sanitari
Anno 2014
Valori assoluti (euro)

Beni e servizi sanitari	Spesa
Ricoveri	113
Visite mediche	68
Dentista	475
Infermieri	247
Analisi cliniche	95
Occhiali/lenti a contatto	178
Ausili sanitari	111
Medicinali	71
Articoli sanitari	26

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

Nel quadro di un sistema sanitario pubblico soggetto a pesanti tagli ed in perenne deficit, con liste d'attesa infinite e costante scarsità di posti letto, sono molti anche i cittadini che rinunciano a curarsi. La riduzione delle possibilità di spesa delle famiglie da un lato e l'aumento dei ticket e dei farmaci non rimborsabili dall'altro hanno determinato, per una buona fetta della popolazione, la rinuncia alla prevenzione, ma anche a terapie ed interventi chirurgici.

I ticket sono aumentati del 33% dal 2010 al 2014; i soli ticket farmaceutici del 50%. Tanto che per molte prestazioni, considerato l'aumento delle compartecipazioni, conviene rivolgersi al settore privato (Ufficio Parlamentare di bilancio).

I risultati dell'indagine svolta da Eurispes nel 2016 su un campione rappresentativo di cittadini indicano che ben il 34,2% degli italiani, oltre 1 su 3, dichiara di aver ridotto le spese mediche nel corso dell'ultimo anno.

Il 19,8% di chi ha chiesto un prestito bancario nel corso del 2015 afferma di averlo fatto per spese mediche.

Secondo l'Osservatorio Sanità di UniSalute nell'ultimo anno il 18% degli italiani ha rinunciato a visite mediche per ragioni di costo; il 42% si è limitato alle visite strettamente indispensabili in caso di bisogno, rinunciando alla prevenzione ed ai controlli. Per quasi la metà degli intervistati (46%) i costi legati alla salute sono aumentati rispetto a qualche anno fa, sia in àmbito pubblico sia in quello privato; il 71% lamenta in particolare l'aumento dei costi delle visite specialistiche.

Secondo i dati raccolti da Facile.it e Prestiti.it nel periodo compreso tra giugno e novembre 2015 in Italia sono stati erogati a sostegno di spese mediche 28.000 prestiti, per un ammontare di 340.000.000 di euro (l'entità media delle richieste è di 6.600 euro ma quelle realmente accettate sono le domande di finanziamento più onerose). L'età media dei richiedenti è di 44 anni; il 67% sono dipendenti privati, l'11% pensionati. I prestiti vengono richiesti per cure odontoiatriche, per interventi chirurgici in cliniche private, per lunghe terapie, per chirurgia estetica. Alcuni arrivano ad indebitarsi. Ormai vengono proposti prestiti per spese sanitarie dagli istituti bancari, da strutture sanitarie private, da medici e dentisti convenzionati con catene di centri di cura.

Dal 2006 Emergency ha iniziato ad aprire ambulatori anche in Italia con l'obiettivo di fornire cure mediche ai più bisognosi, migranti e profughi, ma anche a persone indigenti in generale. Oltre agli stranieri, anche italiani in condizioni di povertà hanno la possibilità di ricevere cure di medici ed infermieri volontari, occhiali, dentiere, ma anche orientamento socio-sanitario. Nel 2015 sono entrati in attività anche gli ambulatori mobili (politruck). Sono sempre di più anche gli italiani che vi si rivolgono, espulsi loro malgrado dai costi del sistema sanitario.

Le diverse forme di assistenza sanitaria: pubblico e privato

Nel corso degli ultimi decenni, la sanità privata ha acquistato una sempre maggiore importanza nello sviluppo e nella fornitura dei servizi per la salute nel nostro Paese. Se fino ai primi anni Novanta la sanità privata si rapportava alla dimensione pubblica in maniera integrativa e principalmente attraverso l'uso delle convenzioni, il regime degli accreditamenti delle strutture private in vigore dal 1992 ha permesso un'integrazione sempre più stretta di soggetti pubblici e privati all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, in un processo che – sebbene in modalità diverse per le singole regioni (in virtù del riparto di competenze legislative in materia seguito alla riforma costituzionale del 2001) – ha visto le aziende sanitarie private acquisire in molte aree del Paese un ruolo sempre più centrale.

Proprio i rapporti tra sanità pubblica e privata in molti casi sono stati e continuano ad essere al centro del dibattito politico, perché controverse sono le opinioni e le "ricette" per quanto riguarda adeguatezza dei presìdi, qualità del servizio ai cittadini, tempi d'attesa, innovazione scientifica, mobilità inter-regionale e "turismo sanitario", e soprattutto efficienza della spesa pubblica nel settore (che, soprattutto in alcune regioni, si è rivelata un punto particolarmente problematico).

Oltre la metà delle strutture di assistenza afferenti al SSN (comprendenti ambulatori e laboratori, strutture semiresidenziali, strutture residenziali, centri dialisi, consultori, centri di salute mentale, stabilimenti idrotermali, etc.) è costituita da strutture private accreditate. Considerando quindi le dimensioni e la rilevanza del settore privato e il volume della spesa pubblica per il SSN, è importante riconoscere le potenzialità ma anche gli elementi di criticità del settore.

Troppo spesso il problema del rapporto tra il servizio sanitario pubblico e il sistema sanitario privato è affrontato in termini di costi, di tetti di prestazioni, di volontà politica di favorire l'una o l'altra componente, di regole, di vincoli e di riflessi sindacali. Raramente al centro del dibattito è l'interesse primario dei cittadini, la riflessione sull'opportunità di mettere a loro disposizione quanto di meglio è presente sul mercato, la volontà di garantire libertà di scelta tra opzioni alternative.

Dal punto di vista dei cittadini è importante che le prestazioni di cui hanno bisogno siano erogate, possibilmente con tempestività, accuratezza e competenza professionale, che le strutture alle quali si rivolgono si rivelino accoglienti – senza barriere architettoniche, intralci e lungaggini burocratiche, con un buon livello di comprensione umana – e che si dimostrino ben organizzate, dotate di quanto serve per rendere sicuri ed efficaci le cure e gli interventi terapeutici.

L'interesse dei cittadini è che siano assicurate al meglio tutte queste condizioni, a prescindere dal fatto che esse vengano ottenute all'interno del sistema pubblico delle Asl o da parte delle Aziende ospedaliere autonome o delle strutture private accreditate.

Si tratta di collocare in posizione preminente i cittadini e le loro esigenze, differenziate e personali, di tutela sanitaria e di organizzare alla base del sistema un triplice genere di offerte: quelle direttamente predisposte e gestite dalla Asl, quelle delle Aziende ospedaliere autonome e il complesso dei servizi e presìdi

privati accreditati. Una configurazione di questo genere assicura agli stessi cittadini la possibilità di rivolgersi alle componenti dell'offerta sanitaria più adatte a soddisfare i loro bisogni; stimola la competizione emulativa tra i produttori di servizi perché sarà la qualità dell'offerta a determinare le scelte dei cittadini e, quindi, l'afflusso delle risorse finanziarie di cui le Asl dispongono per remunerare le prestazioni erogate ai cittadini; crea condizioni di lavoro più articolate e più ampie, anche nelle forme miste consentite dalle sperimentazioni gestionali previste dalla riforma sanitaria del 1992, la cui salvaguardia si basa maggiormente sulle capacità professionali, sulla produttività conseguita in ambito lavorativo e sulla qualità dei servizi resi, e sempre meno su dispendiosi garantismi di principio che non sempre si preoccupano della sostenibilità economica delle attività protette.

Tale discorso deve ovviamente essere rigorosamente calato nel principio di sussidiarietà. Infatti quando le attività riguardano aspetti inderogabili di tutela (le emergenze, le altissime specializzazioni, i farmaci salvavita, l'assistenza ai più deboli e ai più bisognosi) l'intervento diretto del sistema pubblico, in assenza di alternative percorribili, è doveroso e pienamente giustificato a prescindere dalle convenienze economiche.

Tuttavia, per la parte più ampia del restante panorama assistenziale, questa interpretazione del principio di sussidiarietà non vale poiché esso, riconosciuto dal Trattato dell'Unione europea di Maastricht, si basa su tre assunti fondamentali:

- Non faccia lo Stato ciò che i cittadini possono fare da soli. Poiché la persona e le altre componenti della società vengono prima dello Stato, essendone il principio, i soggetti e il fine, quest'ultimo deve fare in modo che i singoli e i gruppi possano impegnare la propria creatività, iniziativa e responsabilità, impostando ogni àmbito della propria vita come meglio credono.
- Lo Stato deve intervenire quando i singoli e i gruppi che compongono la società non sono in grado di farcela da soli. Sussidiarietà deriva dal latino "subsidium" che vuol dire aiuto. In questo specifico senso si è precedentemente sostenuto che l'intervento pubblico in determinati settori della sanità è doveroso, a prescindere dalle convenienze economiche.
- L'intervento sussidiario della mano pubblica deve comunque essere portato dal livello istituzionale più vicino al cittadino. Pertanto il soggetto pubblico Asl, come livello istituzionale sanitario più prossimo alla cittadinanza, deve farsi carico delle esigenze sanitarie, non risolvibili con altre forme di intervento della libera iniziativa privata.

Per la restante parte del sistema assistenziale, invece, le Istituzioni pubbliche devono rispettare le iniziative di persone o gruppi privati che vogliano concorrere all'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini, proprio in virtù del principio di sussidiarietà.

Analogo riconoscimento, peraltro, bisogna riservare all'iniziativa pubblica, se non avviene in forma monopolistica. Precisando, però, che quando la mano pubblica interviene in campi che potrebbero essere lasciati alla libera iniziativa privata, è lecito pretendere che le risorse della fiscalità generale, impiegate per tali attività, siano utilizzate rispettando i criteri di economicità. Questo risultato si ottiene più facilmente in un sistema aperto, di competizione emulativa per la qualità dei servizi e delle prestazioni, piuttosto che tenendo in vita regimi di monopolio o di oligopolio delle strutture pubbliche. La "competizione emulativa" in sanità è l'equivalente della "concorrenza" nel campo della produzione di beni e servizi e, al pari di quest'ultima, può determinare accrescimenti qualitativi e diminuzione dei costi.

Ciò non significa sostenere lo smantellamento del servizio sanitario pubblico per consegnare la gestione delle strutture e dei servizi ai privati: al contrario, è auspicabile che vengano arricchite le possibilità di scelta dei cittadini e resa più vera la competizione emulativa.

L'immissione di una maggiore dose di liberalismo e di sana emulazione competitiva tra le componenti del sistema sanitario, accompagnata da un più rigoroso controllo delle risorse, possono accrescere ulteriormente la produttività del comparto. Utilizzando gli ammortizzatori sociali, anch'essi da riformare per adeguarli ai processi di cambiamento in atto, il sistema sanitario può progressivamente evolvere dal contrasto delle patologie alla produzione e fornitura di servizi e prestazioni per accrescere le condizioni di benessere e di pieno dispiegamento delle capacità delle persone; può svilupparsi ulteriormente in direzione della medicina predittiva che, anticipando la conoscenza dei fattori di rischio, può influire positivamente sugli stili di vita e, quindi, concorrere anch'essa alla promozione del benessere e del ben vivere; infine, può contribuire con la ricerca e le sperimentazioni, sia pubbliche che private, alla ideazione di nuovi mezzi e modi per aiutare le

persone in difficoltà, migliorando la loro qualità di vita e contribuendo a rendere più gratificante la vita associata.

In questo modo il traguardo del benessere e del ben vivere può trasformarsi in un obiettivo strategico per un Paese come l'Italia.

Un'indagine presentata da Mediobanca nel marzo 2016 afferma che il giro d'affari dei 10 maggiori gruppi ospedalieri privati italiani ammonta a 3,8 miliardi di euro.

Oltre il 90% dei posti letto sono però accreditati presso il Sistema Sanitario Nazionale.

I dipendenti sono circa 19.000. 7 impiegati su 10 sono personale sanitario. Il costo del lavoro dipendente oscilla dai 37.000 euro della GVM ai 61.000 euro dello IEO. Nel quinquennio 2010-2014 gli stipendi non sono aumentati (unica eccezione il Gruppo San Donato: +12,5%).

L'Humanitas è la struttura ospedaliera privata che registra i maggiori utili: 150 milioni di euro in 5 anni; 53 milioni di dividendi.

TABELLA 8

I 10 maggiori gruppi ospedalieri privati italiani
Anno 2014
Valori assoluti

Società	Fatturato (milioni di euro)	Totale attivo (milioni di euro)	Dipendenti (numero)
Gruppo San Donato (Papiniano)	1.387	1.606	9.823
Humanitas	548	445	2.811
GVM	462	850	2.554
KOS	392	631	4.708
IEO – Istituto Europeo di Oncologia	260	230	1.814
Servisan	211	350	1.865
Multimedica	201	213	1.897
Giomi-Fingemi	159	347	1.735
Eurosanità	156	147	1.015
Raffaele Garofalo & C. (nel 2013)	96	143	718
Totale	3.872	4.962	28.940

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati R&S Mediobanca.

Il fatturato dei principali gruppi ospedalieri privati ha raggiunto 3,87 miliardi di euro nel 2014; il risultato netto si è attestato sugli 85 milioni di euro.

I posti letto sono 10.144. Ogni posto letto genera un ricavo medio di 186.000 euro.

TABELLA 9

Posti letto dei maggiori gruppi ospedalieri privati italiani
Anno 2014
Valori assoluti e percentuali

	Gruppo San Donato	Humanitas	GVM	IEO	Servisan	Totale
Numero (A)	5.382	1.418	2.004	511	829	10.144
Di cui accreditati Ssn (B)	5.251	1.406	1.472	505	-	-
B/A %	97,6	99,2	73,5	98,8	-	-
Fatturato per posto letto (valori in migliaia di euro)*	156	240	191	276	216	186

(*) Calcolato sui soli ricavi per prestazioni ospedaliere.
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati R&S Mediobanca.

Gli utili cumulativi nel quinquennio hanno raggiunto i 171 milioni di euro.

I debiti finanziari risultano contenuti – al 93% dei mezzi propri, al 130% se si tolgono gli avviamenti e le immobilizzazioni immateriali.

Il gruppo più solido e redditizio è Humanitas, che ha incassato quasi 150 milioni di euro in 5 anni, con debiti finanziari quasi assenti.

TABELLA 10

Indicatori economico-patrimoniali
Anno 2014
Valori assoluti e percentuali

Indicatori	Gruppo San Donato	Humanitas	GVM	IEO	Servisan
Fatturato (milioni di euro)	1.387	548	462	260	211
Di cui da Ssn in %	76,9	70,6	n. d.	17,7	n. d.
Mol (in % del fatturato)	12,7	14,7	16,2	9,7	11,0
Mon (in % del fatturato)	7,4	10,7	9,1	3,3	4,3
Risultato corrente ante imposte (in % del fatturato)	6,5	11,0	6,6	3,3	-1,6
ROE	13,7	19,8	1,6	7,7	7,2
Tax rate	53,9	46,5	68,5	39,1	76,9
ROI	13,2	28,4	7,4	8,8	2,3
Risultato netto cumulato 2010-2014 (milioni di euro)	27,6	149,7	7,7	21,2	6,9
Dividendi cumulati 2010-2014 (milioni di euro)	0,0	53,6	9,1	0,0	0,0
Debiti finanziari/patrimonio netto (%)	106,5	7	119,9	10,8	369,5
Debiti finanziari/Patrimonio netto tangibile (%)	219,8	8,4	138	11,2	533,3
Immob. materiali nette/Totale attivo	53,7	27,3	57	46	78,7
Mol/Oneri finanziari (volte)	12	252,4	6,7	38,7	2,7
Giorni clienti	63	98	237	80	59
Giorni fornitori	187	139	211	129	293
Personale sanitario dipendente in % del totale	81,1	74,9	63,7	72,8	44,8
Costo del lavoro per dipendente (valori in migliaia di euro)	45	50	37	61	46

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati R&S Mediobanca.

La spesa sanitaria nel sistema sanitario nazionale

Per "spesa sanitaria totale" si intende, secondo la definizione Ocse, «l'insieme delle spese sostenute da un paese, attraverso l'applicazione di tecnologie e competenze mediche, paramediche ed infermieristiche, al fine di curare le persone affette da malattie, prendersi cura delle persone affette da disabilità e sostenere programmi di prevenzione e promozione della salute».

Questo insieme di spese comprende la spesa sostenuta dallo Stato (spesa pubblica) e la spesa sostenuta dai cittadini (spesa privata, a sua volta suddivisa in spese sostenute dai residenti pagando direttamente "di tasca propria" e spese sostenute da assicurazioni private).

Il Rapporto Osserva Salute 2015 riporta come nel 2014 la spesa sanitaria media pro capite sia stata di 1.817 euro, in linea con l'anno precedente. Questo valore colloca il nostro tra i paesi che spendono meno, come quelli dell'Europa dell'Est; il Canada ha infatti speso il 100 per cento in più, la Germania il 68 e la Finlandia il 35.

La spesa pro capite più elevata si trova in Molise (2.226 euro), la più bassa in Campania (1.689).

Il disavanzo sanitario nazionale risulta in calo: da 1,744 miliardi di euro del 2013 a 864 milioni nel 2014; un risultato ottenuto contenendo i consumi sanitari e bloccando o riducendo volumi e prezzi dei fattori produttivi, con ripercussioni evidenti sui cittadini.

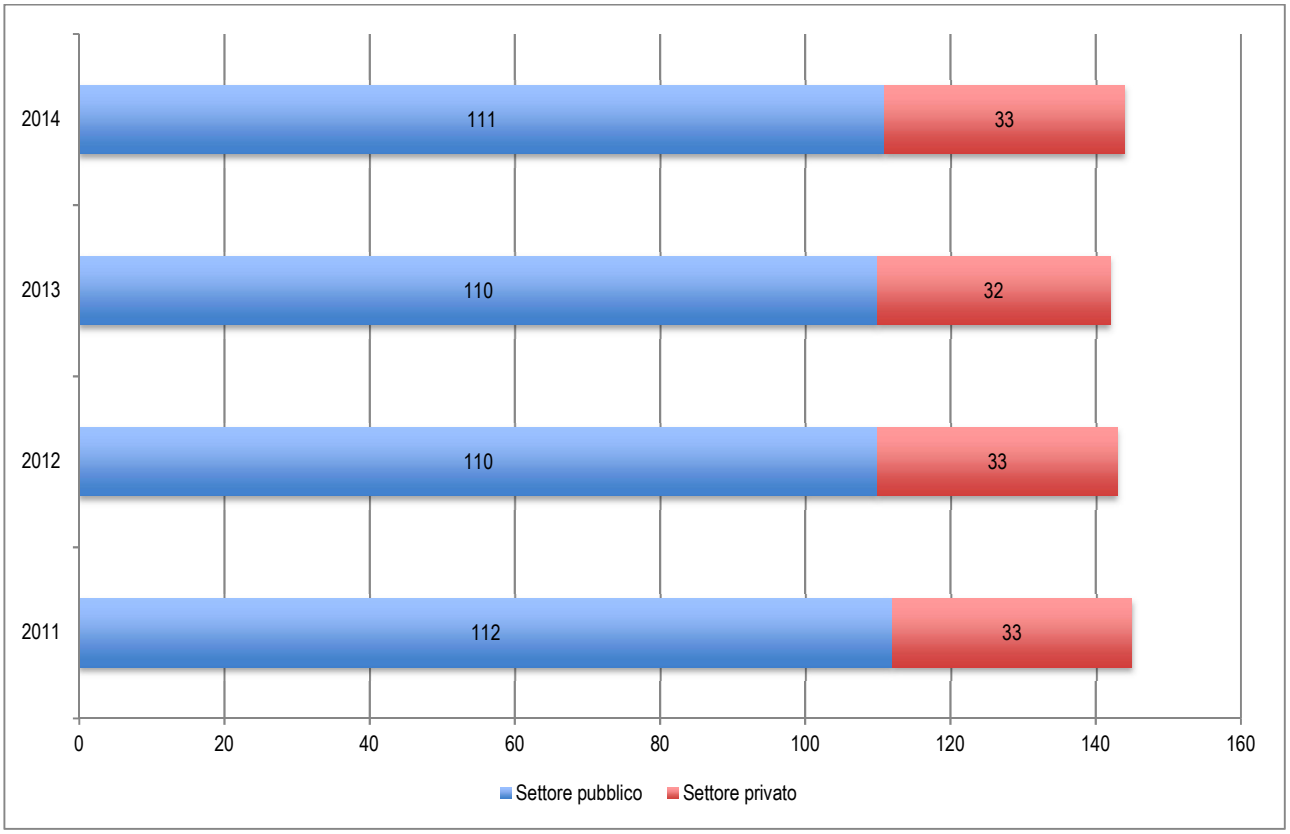
La spesa totale si attesta per il 2014 su 144 miliardi di euro complessivi, in aumento rispetto ai 142 del 2013, 143 nel 2012, ma in linea con i 145 nel 2011.

La spesa sanitaria pubblica nel 2014 ha raggiunto 111 miliardi di euro. La spesa out of pocket dei cittadini per la salute ammonta a 33 miliardi.

Il SSN copre poco più del 78% dei consumi sanitari in Italia; la quota risulta stabile rispetto all'anno precedente. I consumi sanitari privati sono rimasti sostanzialmente invariati nel corso degli ultimi anni.

GRAFICO 4

Spesa sanitaria corrente per settore
Serie storica
Valori assoluti (in miliardi di euro)



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

La spesa sanitaria corrente tra il 2011 ed il 2014 è cresciuta a tasso zero come conseguenza del rigore degli ultimi anni (fonte: Ragioneria generale dello Stato).

Dal Report Ocse emerge che il peggior rapporto tra spesa sanitaria e Pil si registra negli Stati Uniti.

In Italia la percentuale è dell'8,8%, suddivisa tra 6,6% a carico dello Stato e 2,2% privato, di poco al di sotto della media Ocse.

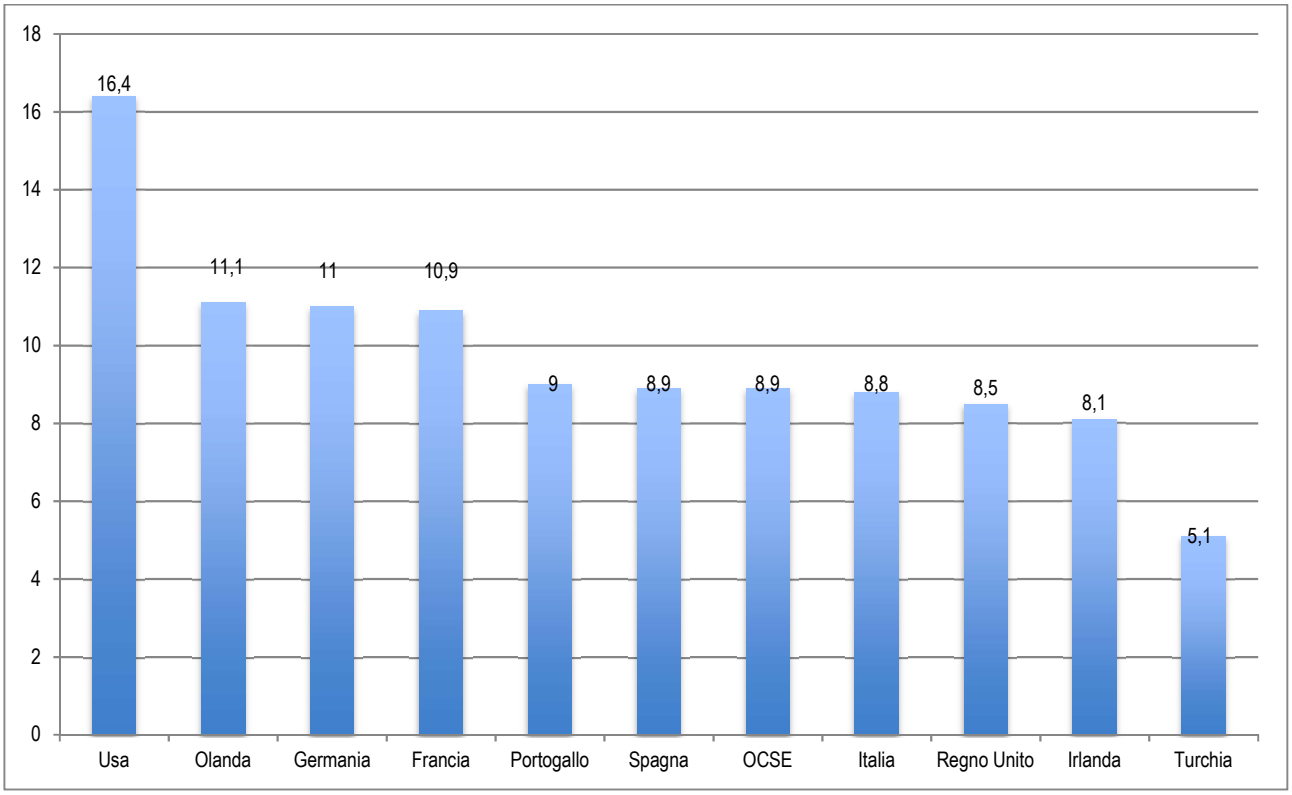
Secondo la banca dati CIA World Factbook in Italia la spesa per la salute in percentuale sul Pil si attesta nel 2014 al 9,5%; 11,6% in Francia, 11,1% in Germania, 9,6% in Spagna.

La spesa sanitaria rappresenta in Italia il 13% della spesa pubblica complessiva, a fronte del 15% della media Ocse.

La riduzione della spesa nel nostro Paese è dovuta in massima parte alla riduzione del personale sanitario e dei posti letto.

GRAFICO 5

La spesa sanitaria in percentuale del Pil
Anno 2013
Valori percentuali



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Ocse.

La spesa sanitaria pro capite nel nostro Paese rimane inferiore ai livelli precedenti la crisi economica, e nettamente inferiore alla spesa registrata nei paesi Ocse ad alto reddito.

L'Ocse promuove nel complesso il sistema sanitario italiano in virtù dei dati relativi alla speranza di vita ed allo stato di salute della popolazione, ma anche per la qualità generale dell'assistenza sanitaria per acuti. Segnala però due punti deboli: prevenzione e assistenza agli anziani.

La spesa pro capite per la prevenzione si ferma a 67,4 dollari (in Svezia 144, in Germania 119).

Il problema dell'assistenza agli anziani coinvolge tutto il mondo occidentale, anche se emerge con particolare evidenza in Italia. Oggi il rapporto è 1 pensionato ogni 2 lavoratori attivi, ma entro i prossimi 35 anni si prevede che il rapporto diventi 1 a 1: insostenibile per tutti gli attuali modelli di welfare. Ed una politica improntata alle privatizzazioni non sarebbe automaticamente sinonimo di qualità ed efficienza.

Come sottolineato dal Rapporto Oasi 2015, nelle stagioni, come quella attuale, di tagli alla spesa pubblica, la sanità è destinata a costituire un settore fortemente penalizzato, rispetto ad esempio alla previdenza (difficile ridurre la liquidità erogata alle famiglie) ed alla scuola (la spesa è costituita soprattutto dagli stipendi del personale).

La sanità mostra un elevato tasso di esternalizzazione della spesa pubblica, il 35% del fondo sanitario nazionale viene infatti impiegato nell'acquisto di prestazioni presso soggetti accreditati o convenzionati.

Il Servizio Sanitario Nazionale ha consolidato il raggiunto equilibrio di bilancio senza produrre nuovamente deficit, sebbene come conseguenza dell'innovazione tecnologica nuove attrezzature, device e farmaci risultino più costosi. Negli ultimi anni si è assistito ad una fortissima riduzione dei disavanzi di Asl e ospedali. Ciò è stato possibile attraverso rigidi budget di spesa per i singoli fattori produttivi e controlli a livello regionale. Dopo la fase iniziale di razionalizzazione è però destinato a ridursi drasticamente il margine per ulteriori risparmi che non compromettano la qualità del servizio.

Alcune delle misure di contenimento della spesa sanitaria hanno riguardato i farmaci. Si è moltiplicata la quota di mercato dei farmaci generici favorendo la diminuzione dei prezzi; tuttavia, la loro penetrazione in Italia è rimasta nettamente inferiore rispetto alla media Ocse: la quota di spesa farmaceutica pubblica nel nostro Paese è inoltre inferiore rispetto ad altri paesi Ocse.

Anche se per il 2014 i conti risultano finalmente in ordine, i tagli ad infrastrutture e tecnologie rischiano di far accumulare un disavanzo nascosto che emergerà a breve nei prossimi anni.

La spesa è scesa ma il sistema copre solo una parte dei bisogni dei cittadini e molte patologie non vengono curate, così come la prevenzione e le visite specialistiche hanno conosciuto una seria riduzione in relazione all'affanno economico.

La conseguenza è la crescita del Welfare "fai da te", come dimostra il fatto che il numero delle badanti supera quello dei dipendenti di Asl e ospedali.

In questo quadro, si pone seriamente un problema di equità sociale.

In tempi di crisi il divario relativo alla spesa sanitaria delle famiglie tra le diverse regioni aumenta.

I consumi sanitari privati, come compensazione delle carenze del comparto pubblico (in primis le liste d'attesa), risultano fortemente correlati con il reddito dei cittadini. Il 40% delle visite specialistiche, il 49% delle prestazioni di riabilitazione ed il 23% degli accertamenti diagnostici sono a carico dei cittadini (Rapporto Oasi 2015). Paradossalmente, proprio in relazione con le possibilità di spesa, i consumi privati risultano minori proprio nei territori in cui più debole è il servizio sanitario pubblico.

Nel dibattito sul contenimento della spesa nel nostro Paese emerge immancabilmente la polemica relativa alla notevole forbice tra regioni rispetto a numerose voci di spesa. Se in molti auspicavano da tempo la politica dei costi standard, non sembra possibile prescindere dalla constatazione che si tratta di realtà locali estremamente eterogenee. Inoltre, sono prima necessari anche interventi strutturali di modernizzazione delle strutture del Sud.

Su un piano generale, appare evidente come una politica dei tagli lineari non possa che essere perdente. Evitare gli sprechi, anche intervenendo dove possibile ed opportuno sulle differenze di spesa talvolta macroscopiche tra le diverse regioni, produrrebbe risultati più efficaci. Alcuni servizi dovrebbero essere davvero eliminati o ridotti, ma altri dovrebbero essere potenziati in funzione del buon funzionamento del sistema.

Fino a pochi anni fa erano evidentemente moltissimi gli sprechi da abbattere: dai ricoveri e gli esami inappropriati alle prescrizioni di farmaci inutili, dal mantenimento di reparti sottoutilizzati (dunque addirittura pericolosi) alle spese eccessive ingiustificate, per finire – come la cronaca e l'attività delle Fiamme Gialle testimoniano – con il contrasto delle innumerevoli truffe nel settore che sottraggono somme enormi all'erario.

TABELLA 11

Entrate e pagamenti per debito sanitario (*)
Anno 2014
Valori assoluti e percentuali

Regioni	Entrate	Pagamenti
Piemonte	509.654	509.654
Veneto	810.249	810.249
Liguria	40.000	40.000
Emilia Romagna	140.000	140.000
Toscana	404.000	404.000
Umbria	12.227	12.000
Marche	0	0
Lazio	2.356.081	2.285.081
Abruzzo	0	0
Molise	0	1.043
Campania	993.000	763.000
Puglia	318.171	318.171
Calabria	0	15.150
Sicilia	606.097	606.097
Totale	6.189.479	5.904.445

(*) Dati provvisori.
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Corte dei Conti.

I dati della Corte dei Conti, sebbene ancora provvisori e parziali, testimoniano una riduzione del debito commerciale (conseguenza delle norme di recente introduzione, per quanto riguarda i debiti verso fornitori degli enti dei servizi sanitari che hanno potuto contare su anticipazioni di liquidità).

TABELLA 12

Debiti verso fornitori degli Enti del Sistema Sanitario Nazionale(*)
Anno 2014
Valori assoluti e percentuali

Regioni	2013	2014	Var.%2014-2013
Piemonte	2.260.792	2.095.511	-7,3
Veneto	2.042.795	1.375.523	-32,7
Liguria	502.333	475.313	-5,4
Emilia Romagna	1.784.887	1.590.174	-10,9
Toscana	1.577.304	-	-
Umbria	167.652	168.788	0,7
Lazio	5.971.757	3.476.099	-41,8
Abruzzo	644.100	657.977	2,1
Molise	534.389	-	-
Campania	5.696.254	3.872.351	-32,0
Puglia	1.286.872	1.200.000	-6,7
Calabria	-	-	-
Sicilia	1.696.871	1.966.094	15,8

(*) Dati provvisori.
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Corte dei Conti.

LA SPESA FARMACEUTICA

I dati forniti dall'Istat in merito ai consumatori di farmaci in Italia evidenziano un costante aumento negli anni: da 17,5 milioni nel 1993 a 23,5 milioni nel 2008 a 24.6 milioni nel 2014. L'incremento riguarda le fasce d'età dai 35 anni in su, non i ragazzi.

TABELLA 13

Consumatori di farmaci, per classe di età
Serie storica
Valori assoluti (migliaia di persone)

Classe di età	1993	1998	2008	2010	2012	2014
Fino a 14 anni	1.524	1.396	1.487	1.424	1.252	1.114
15-34 anni	2.753	2.626	2.873	2.728	2.449	2.475
35-64 anni	7.317	7.686	9.825	9.986	10.110	10.500
65 anni e più	5.986	6.933	9.377	9.477	9.830	10.596
Totale	17.580	18.643	23.563	23.641	23.641	24.686

Nota: Consumatori di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista.
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

La spesa farmaceutica complessiva (pubblica e privata) in Italia nel 2015 (periodo gennaio-settembre) ammonta a 21,3 miliardi di euro; il 76,5% dei quali rimborsati dal SSN.

La spesa farmaceutica territoriale totale pubblica ha raggiunto 9.727 milioni di euro, pari a 159 euro pro capite, il 9,6% in più rispetto allo stesso periodo del 2014. All'origine dell'incremento soprattutto la maggiore spesa per medicinali di classe A, erogati in distribuzione diretta o per conto: +37,4%.

TABELLA 14

Composizione della spesa farmaceutica in Italia
Anno 2015 (gennaio-settembre)
Valori assoluti e percentuali

Spesa farmaceutica	Spesa (milioni di euro)	%	Var.% 2015/2014
Spesa convenzionata lorda	8.189	38,5	-0,7
Distr. Diretta e per conto di fascia A	3.328	15,6	37,4
Classe A privato	932	4,4	3,3
Classe C con ricetta	2.242	10,5	0,8
Automedicazione (farmacie pubbliche e private	1.812	8,5	4,2
ASL, Aziende Ospedaliere, RIA e penitenziari(*)	4.764	22,4	12,8
Totale	21.267	100,0	7,8

(*) Al netto della spesa per i farmaci erogati in distribuzione diretta e per conto di fascia A e dell'ossigeno e degli altri gas medicali.
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Agenzia italiana del farmaco.

La compartecipazione a carico del cittadino – ticket per confezione e quota eccedente il prezzo di riferimento sui medicinali a brevetto scaduto – si attesta sui 1.136 milioni di euro (+1,4%). L'incidenza è lievemente cresciuta passando dal 13,3% al 13,9%.

Il ticket fisso per ricetta continua a scendere (-2,4%).

La quota a carico del cittadino eccedente il prezzo di riferimento per i medicinali a brevetto scaduto è aumentata del 3,5%.

TABELLA 15

Spesa farmaceutica territoriale
Serie storica (gennaio-settembre)
Valori assoluti (in milioni) e percentuali

Spesa farmaceutica	2011	2012	2013	2014	2015	Var.% 2015/2014
Spesa convenzionata lorda (1+2+3+4)	9.375	8.666	8.450	8.244	8.189	-0,7
Compartecipazione del cittadino (1+2)	975	1.052	1.074	1.121	1.136	1,4
Ticket per confezione (1)	401	401	421	411	401	-2,4
Quota prezzo di riferimento (2)	574	651	653	710	735	3,5
Sconto (3)	624	584	698	669	654	-2,2
Spesa convenzionata netta (4)	7.776	7.029	6.678	6.455	6.399	-0,9
Distr. Diretta di fascia A (5)	2.124	2.124	2.240	2.422	3.328	37,4
Spesa territoriale (4+5)	9.900	9.153	8.918	8.877	9.727	9,6

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Agenzia italiana del farmaco.

La spesa privata ha fatto segnare in un anno un incremento del 2,3%, dovuto principalmente alla maggiore spesa per farmaci di automedicazione (+4,2%) e acquisto privato di farmaci di classe A (+3,3%).

TABELLA 16

Spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale pubblica e privata
Serie storica (gennaio-settembre)
Valori assoluti (in milioni) e percentuali

Spesa farmaceutica	2011	2012	2013	2014	2015	Var.% 2015/2014
Spesa convenzionata netta (1)	7.776	7.029	6.678	6.455	6.399	-0,9
Distribuzione diretta e per conto di fascia A (2)	2.124	2.124	2.240	2.422	3.328	37,4
Totale spesa pubblica (1+2)	9.900	9.153	8.918	8.877	9.727	9,6
Compartecipazione del cittadino (3)	975	1.052	1.074	1.121	1.136	1,4
Acquisto privato di fascia A (4)	810	852	905	902	932	3,3
Classe C con ricetta (5)	2.421	2.275	2.251	2.224	2.242	0,8
Automedicazione (SOP e OTC) (6)	1.610	1.608	1.736	1.739	1.812	4,2
Totale spesa privata (3+4+5+6)	5.816	5.787	5.966	5.986	6.122	2,3
Totale spesa farmaceutica	15.716	14.940	14.884	14.863	15.849	6,6
Quota a carico SSN (%)	63,0	61,3	59,9	61,4	-	-

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Agenzia italiana del farmaco.

La spesa per medicinali acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche ha raggiunto 133,1 euro pro capite, con un aumento del 21,8% rispetto al 2014. Le dosi giornaliere per 1.000 abitanti, al contrario, sono scese dell'0,8% attestandosi a 151,5.

TABELLA 17

Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto regionale 2015 e 2014 (gennaio-settembre) (popolazione pesata)
Anno 2015 (gennaio-settembre)
Valori assoluti e percentuali

Regioni	Spesa SSN pro capite		DDD/1.000 abitanti die	
	Valori in euro	Var.% 2015/2014	N.	Var.% 2015/2014
Piemonte	114,6	11,2	155,2	-3,9
Valle d'Aosta	104,9	32,9	181,1	-15,4
Lombardia	117,9	30,0	98,8	-7,5
Provincia autonoma di Bolzano	131,0	3,7	194,1	-29,2
Provincia autonoma di Trento	96,7	16,7	150,2	-1,6
Veneto	122,9	15,8	209,6	-0,1
Friuli Venezia Giulia	114,0	13,5	157,1	-15,1
Liguria	127,6	20,9	179,6	2,8
Emilia Romagna	138,5	26,2	315,9	7,6
Toscana	159,3	25,3	194,8	-6,6
Umbria	125,7	9,0	181,8	-6,1
Marche	132,7	17,3	150,0	-7,0
Lazio	134,1	21,8	115,9	-0,7
Abruzzo	130,5	21,0	101,7	1,8
Molise	117,9	16,8	107,3	2,5
Campania	153,4	26,8	103,1	9,3
Puglia	161,1	21,3	129,3	-1,6
Basilicata	147,9	26,5	130,1	0,0
Calabria	136,8	21,3	117,9	-0,2
Sicilia	122,4	19,6	122,3	9,5
Sardegna	162,6	19,6	158,0	0,9
Nord	121,8	21,4	173,4	-1,6
Centro	141,5	21,5	151,3	-4,6
Sud e Isole	144,2	22,3	119,9	4,1
Italia	133,1	21,8	151,5	-0,8

N.B. Non sono inclusi nella spesa e nei consumi l'ossigeno e gli altri gas medicinali.
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Agenzia italiana del farmaco.

TABELLA 18

Spesa delle famiglie per farmaci, per ricette
Serie storica
Valori assoluti

Spesa farmaceutica	2008	2009	2010	2011	2012
Spesa media per ricetta di specialità medicinali e galenici (euro)	21.95	21.11	20.51	19.14	17.42
Spesa per ricette di specialità medicinali e galenici (valori in migliaia di euro)	12.085.778	12.051.083.66	12.027.589.46	11.220.887.46	10.345.409.88
Spesa per ricetta di specialità medicinali e galenici (rispetto agli abitanti) (euro)	201.99	200.21	198.86	186.98	173.33

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Istat.

Il Sistema Sanitario Nazionale ha dimostrato negli ultimi anni di controllare la spesa farmaceutica; la sua incidenza sulla spesa sanitaria complessiva è infatti scesa dal 18,2% del 2001 al 15,3% del 2013 (Cergas-Sda Bocconi).

IL RILANCIO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

Il Sistema Sanitario Nazionale è tradizionalmente al centro di pesanti polemiche e rappresenta un difficile terreno di scontro per la politica, nonché oggetto di rimostranze da parte dei cittadini.

Eppure, numerosi indicatori di salute della popolazione collocano l'Italia nelle posizioni più alte tra i paesi europei e nel nostro Paese non mancano poli di eccellenza di rilevanza internazionale in àmbito medico-scientifico.

Un rilancio del SSN sarebbe oggi necessario per non disperdere grandi potenzialità e non lasciare che i servizi di tutela e cura della salute divengano sempre più un privilegio riservato solo ad una parte della popolazione.

Come suggerito dall'analisi del Cergas e della Sda Bocconi, diverse sarebbero le strade da intraprendere per migliorare l'efficienza e la sostenibilità del SSN.

La domanda di intervento sanitario si presenta oggi sempre più diversificata e complessa, anche i canali di accesso devono essere dunque rivisti in modo specifico in relazione ai differenti gruppi di pazienti e alle loro esigenze. Occorre correlare le specificità dei bisogni alle caratteristiche distintive dei servizi: la popolazione sana la cui domanda principale è quella di prevenzione e controllo, i pazienti occasionali, acuti, cronici, e parzialmente o totalmente non autosufficienti. Ciò vale anche per le modalità di compartecipazione alla spesa.

È opportuno riorganizzare la distribuzione territoriale delle strutture procedendo ad accorpamenti laddove la casistica è insufficiente, senza che venga meno la capillarità erogativa. Le strutture di dimensioni più ridotte possono essere dismesse o destinate a cure intermedie e servizi di prossimità.

Negli ultimi 15 anni le aziende sanitarie pubbliche si sono ridotte di circa il 25%. I processi di fusione (o anche solo di cooperazione interaziendale) però non sempre hanno obbedito ad una logica chiara, fondamentale per il raggiungimento di risultati utili. I processi di fusione hanno poi un costo, che va valutato e pianificato.

L'opera di razionalizzazione, finalizzata anche alla riduzione dell'indebitamento, deve comprendere anche la dismissione o la destinazione a reddito degli immobili non riconvertibili.

Un obiettivo a cui non è possibile rinunciare, come è stato fatto troppo spesso in questi anni, è promuovere l'innovazione: rinnovamento delle infrastrutture e delle tecnologie, investimento nella ricerca, pena un abbassamento inaccettabile della qualità dei servizi erogati. La strumentazione e le tecnologie da rinnovare devono sempre essere in relazione con la specificità delle diverse strutture ospedaliere, in una diversificazione razionalizzata.

I sistemi informativi già a disposizione dovrebbero essere sfruttati per l'acquisizione di informazioni, in particolare relativamente alla frequenza delle patologie prese in carico e all'adesione dei pazienti alle terapie.

Non è poi possibile ignorare i consumi sanitari privati e la loro effettiva capacità di rispondere ai bisogni di cura e salute. Andrebbero invece visti come una risorsa, considerando che circa il 40% delle visite specialistiche sono out of pocket. Intervenendo sulla regolamentazione, sui processi di autorizzazione, sui tariffari, sarebbero opportune modifiche in particolar modo in àmbiti come la medicina estetica e le assicurazioni sanitarie integrative.

Si tratta di integrare, almeno in parte, il pacchetto delle prestazioni pubbliche con quelle private intendendo il sistema sanitario come un percorso unico, evitando sovrapposizioni e colmando le carenze informative. Sarebbe utile, anche in quest'ottica, sviluppare un'imprenditoria pubblica, intesa in termini di capacità ed approccio organizzativo.

Il contenimento della spesa sanitaria ha comportato una riduzione soprattutto nel maggior comparto di spesa, il personale. Ne è un effetto l'invecchiamento del personale. Il monitoraggio delle competenze delle diverse figure professionali è invece fondamentale, come pure l'attribuzione di responsabilità. Puntando però sulla flessibilità delle condizioni contrattuali in termini di orari.

In un quadro tanto complesso appare cruciale il ruolo dei medici, fondamentale punto di incontro tra il sistema sanitario ed i pazienti. Non solo sul piano professionale, ma anche per la relazione con il paziente per il quale autorevolezza e comprensione rappresentano un aiuto prezioso per affrontare la malattia – come conferma il sempre maggior numero di iniziative nel campo della valorizzazione del rapporto positivo medico-paziente (il progetto Ippocrates nell'Istituto dei Tumori di Milano; il movimento Slow medicine, lo sviluppo della medicina narrativa, per citare alcuni esempi emblematici).

A fronte dell'evidente centralità del loro ruolo i medici italiani si trovano, d'altra parte, chiamati a fronteggiare le debolezze e le criticità della sanità del nostro Paese in una fase economica particolarmente delicata.

Aumentano in tutto il mondo i casi di "esaurimento emotivo" dei medici, a causa di tempi sempre più stretti, incombenze burocratiche e rischi di problemi legali. Il ricambio della forza lavoro rallenta, i ritmi

dell'aggiornamento, al contrario, accelerano. In Italia è un dato di fatto l'invecchiamento progressivo della classe medica, ma anche l'esigenza di aggiornamenti a ritmi sempre più serrati.

Solo intervenendo su questi paradossi e mettendo in condizione i medici più qualificati di operare in Italia e di dedicarsi ai pazienti nelle condizioni più idonee sarà possibile sperare in un reale risanamento della sanità nazionale.

La spesa sanitaria relativa alle varie forme di assistenza integrativa

L'assistenza sanitaria integrativa in Italia si caratterizza come un modello di sussidiarietà mista.

Le Società di Mutuo Soccorso da oltre un secolo erogano, come enti aperti, prestazioni non solo sanitarie, sotto la vigilanza del Ministero dello Sviluppo economico.

Nel vero e proprio boom degli ultimi venti anni, la crescita dei Fondi integrativi ha conosciuto un'ulteriore accelerazione negli ultimi 5 anni con la sottoscrizione dei contratti collettivi nazionali nei settori dell'industria metalmeccanica, dell'artigianato, dell'edilizia, della chimica, dei trasporti. Nei 5 anni precedenti si erano aggiunti il settore del turismo e quello del terziario privato. I Fondi hanno recentemente esteso la loro copertura sanitaria anche al lavoro non dipendente.

L'espansione dei Fondi integrativi non è stata omogenea sul territorio nazionale: forte al Nord, lenta al Centro, molto ridotta nel Mezzogiorno, anche come conseguenza della più difficile applicazione della contrattazione collettiva al Centro-Sud.

Sono quasi 8 milioni gli utenti iscritti ai Fondi di categoria (formati da lavoratori e loro famigliari).

In Italia la spesa sanitaria out of pocket gestita da assicurazioni integrative equivale al 13% della spesa sanitaria privata. In Francia la quota arriva al 65,8%, in Germania al 43%.

La spesa sostenuta dai Fondi integrativi contrattuali ammonta a 5 miliardi.

La sanità integrativa al momento solo raramente è convenzionata con strutture sanitarie pubbliche, quasi esclusivamente con quelle private.

Nei prossimi anni si affermerà probabilmente una nuova concezione di welfare, inteso come connubio tra sanità pubblica e privata.

Il Terzo pagante integra la sua offerta di assistenza con quella del SSN, come risposta alle sue criticità. Sarebbe per questo vantaggioso sia per i cittadini sia per la sanità pubblica una sinergia tra SSN e Fondi integrativi.

L'obiettivo è un sistema della salute integrato. L'arretramento della spesa pubblica non deve tradursi nell'obbligo ad una maggiore spesa privata o, peggio, alla rinuncia alle cure per chi non ha le possibilità economiche di pagarle. Né risulta percorribile la strada di finanziare la sanità pubblica con un ulteriore aggravio della pressione fiscale a livello locale.

Appare oggi evidente la necessità di una nuova normativa.

Al momento attuale il trattamento fiscale è diverso tra lavoratori dipendenti e titolari d'impresa: è prevista la deducibilità del contributo di iscrizione per i lavoratori e le loro famiglie e detraibilità delle prestazioni erogate per i titolari e le loro famiglie. Inoltre, non è ancora chiara la collocazione fiscale delle indennità per i periodi di malattia, convalescenza e gravidanza: si parla di considerarle come reddito e quindi tassarle tradendo il principio di mutualità.

Il 20% dei Fondi è attualmente destinato, per legge, a prestazioni sanitarie e odontoiatriche. Manca una quota fissa anche per la prevenzione.

Occorrerebbe poi armonizzare le condizioni relative alle Casse Mutue con quelle relative ai Fondi contrattuali.

Sarebbe opportuno favorire lo sviluppo di Fondi aperti, accessibili a tutti i cittadini anche individualmente.

È, infine, necessario ridurre la forte disparità fra le regioni in termini di assistenza sanitaria integrativa.

Allo scopo di salvaguardare un welfare sanitario universale e solidaristico occorre coniugare regole certe ed applicate, gestori responsabili e pluralismo degli erogatori.

Capitolo 2

Il settore odontoiatrico

La spesa sanitaria odontoiatrica. Uno sguardo europeo

La spesa sanitaria odontoiatrica rappresenta, anche a livello europeo, una delle maggiori voci d'intervento: nel 2009 essa costituiva il 5% della spesa sanitaria totale e il 16% di quella privata[1]. Non di rado, i costi inerenti alla salute orale sono superiori a quelli sostenuti per malattie cardiache, tumori, ictus e demenza.

Il quadro assistenzialistico europeo contempla un'ampia gamma di sistemi, raggruppabili, secondo la proposta del presidente del Platform for Better Oral Health in Europe, il professore Kenneth Eaton, in cinque grandi modelli di riferimento:

- *Nordic model*: interessa la Danimarca, la Finlandia, la Norvegia e la Svezia. Prevale un sistema sanitario odontoiatrico pubblico finanziato da una tassazione nazionale o locale che prevede servizi gratuiti per gli under 18 e per alcune categorie di adulti, altrimenti assistiti privatamente (esistono, anche per gli adulti, delle forme di compartecipazione alla spesa da parte dello Stato). Oltre il 90% di quanti hanno meno di 18 anni e il 60-90% degli adulti si prendono cura regolarmente della propria salute orale. In particolare, in Danimarca il 98% dei bambini in età scolare fa controlli annuali per proteggere la propria salute orale; è dell'80% la percentuale di svedesi che fanno annualmente visita al dentista.
- *Bismarkian model*: lo esemplificano l'Austria, il Belgio, la Francia, la Germania, il Lussemburgo e i Paesi Bassi. I sistemi si basano sulle assicurazioni di malattia pagate dai datori di lavoro e dai dipendenti, per cui i costi dell'assistenza odontoiatrica sono totalmente o parzialmente rimborsabili secondo i sistemi assicurativi. Il coinvolgimento statale è pressoché minimo e sul territorio sono presenti solo strutture pubbliche, dedicate al settore, di dimensioni ridotte.
- *Beveridgian model*: è peculiare del Regno Unito e consta di una commistione tra finanziamento pubblico e quello privato. È completamente gratuito per tutti gli under 18 e per "gruppi speciali". La maggior parte della popolazione, il 66%, cura regolarmente la propria salute orale.
- *Southern European model*: riguarda l'Italia, la Grecia, il Portogallo, la Spagna, Cipro e Malta. Il settore privato gioca il ruolo da protagonista e l'intervento di coperture assicurative è ancora marginale; poche le strutture pubbliche di riferimento. Alcune prestazioni sono previste gratuitamente per i minori di 18 anni. In alcuni paesi, come Spagna e Portogallo, la percentuale di quanti controllano periodicamente la propria salute orale è particolarmente bassa, fermandosi al 30-40%. Nello specifico, nel 2012 meno del 35% degli spagnoli è ricorso al dentista.
- *Eastern European model*: interessa la Bulgaria, la Repubblica Ceca, l'Estonia, l'Ungheria, la Repubblica di Lettonia, la Polonia, la Romania, la Slovacchia e la Slovenia. Si è progressivamente passati da un sistema per lo più pubblico, che forniva cure gratuite, a un sistema prevalentemente privato; ciò ha prodotto, in alcuni contesti, l'esclusione della fasce più vulnerabili della popolazione. Esemplificativo di tale situazione il dato che vede nel 2012 meno del 10% della popolazione rumena essere andata dal dentista.

[1] Reena Patel, *The State of Oral Health in Europe,* Report commisioned by the Platform for better Oral Health in Europe, settembre 2012.

La spesa sanitaria per l'assistenza odontoiatrica europea sembra essere destinata a salire nei prossimi anni: se nel 2012 si fermava a 76 bilioni di euro[2], la stima, secondo un aumento del 2% annuo, per il 2015 rasenta gli 84 bilioni di euro per poi raggiungere i 93 bilioni nel 2020. A gravare principalmente sul bilancio totale, sono paesi come la Germania (24.09 bilioni nel 2015 e 26.60 nel 2020), l'Italia (15.16 nel 2015 e 16.74 nel 2020, che si traduce prevalentemente in spesa out of pocket), la Francia (10.57 nel 2015 e 11.67 nel 2020) e il Regno Unito (10.24 nel 2015 e 11.31 nel 2020).

TABELLA 1

Spesa stimata per la fornitura di servizi di assistenza sanitaria odontoiatrica nei paesi dell'EU (27)
Anni 2015-2020
Valori assoluti (in bilioni di euro)

Spesa per servizi di assistenza sanitaria odontoiatrica	2015	2020
Austria	1.77	1.95
Belgio	2.15	2.38
Bulgaria	0.07	0.08
Cipro	0.06	0.07
Repubblica Ceca	0.48	0.53
Danimarca	0.95	1.05
Estonia	0.06	0.07
Finlandia	0.87	0.96
Francia	10.57	11.67
Germania	24.09	26.60
Grecia	2.91	3.21
Ungheria	0.18	0.19
Irlanda	0.92	1.02
Italia	15.16	16.74
Latvia	0.05	0.06
Lituania	0.06	0.07
Lussemburgo	0.10	0.11
Malta	0.03	0.03
Paesi Bassi	3.48	3.85
Polonia	0.81	0.90
Portogallo	0.80	0.88
Romania	0.26	0.28
Repubblica Slovacca	0.12	0.13
Slovenia	0.15	0.16
Spagna	5.01	5.53
Svezia	2.86	3.16
Regno Unito	10.24	11.31
Totale (bilioni)	84	93

Fonte: Reena Patel, The State of Oral Health in Europe, Report commisioned by the Platform for better Oral Health in Europe, settembre 2012.

Al netto dei diversi sistemi sanitari di riferimento la sfida che l'Europa dovrebbe cogliere è quella di appianare il più possibile le iniquità in termini di accesso alle cure: «Disuguaglianze in àmbito sanitario fra persone appartenenti a diversi livelli di istruzione, di professione e di reddito sono riscontrabili in tutti gli Stati. Le persone aventi una soglia socio-economica più bassa sono maggiormente predisposte a una cattiva alimentazione e alle dipendenze da tabacco e alcol, ovvero i principali fattori che contribuiscono allo sviluppo di molte patologie. Profonde disparità si verificano anche in tema di salute orale nei paesi dell'Ue, legate alle condizioni socio-economiche, all'età, al sesso e allo stato di salute generale. In particolare, le patologie cariose rappresentano uno dei maggiori problemi di salute per molte persone in Europa orientale e più in generale nei vari Stati europei in presenza di realtà economicamente svantaggiate e vulnerabili. Non solo, l'incidenza del cancro orale e delle malattie parodontali è, inoltre, fortemente correlata alla deprivazione sociale ed economica» (Reena Patel, 2012 - nostra traduzione, *ndr*).

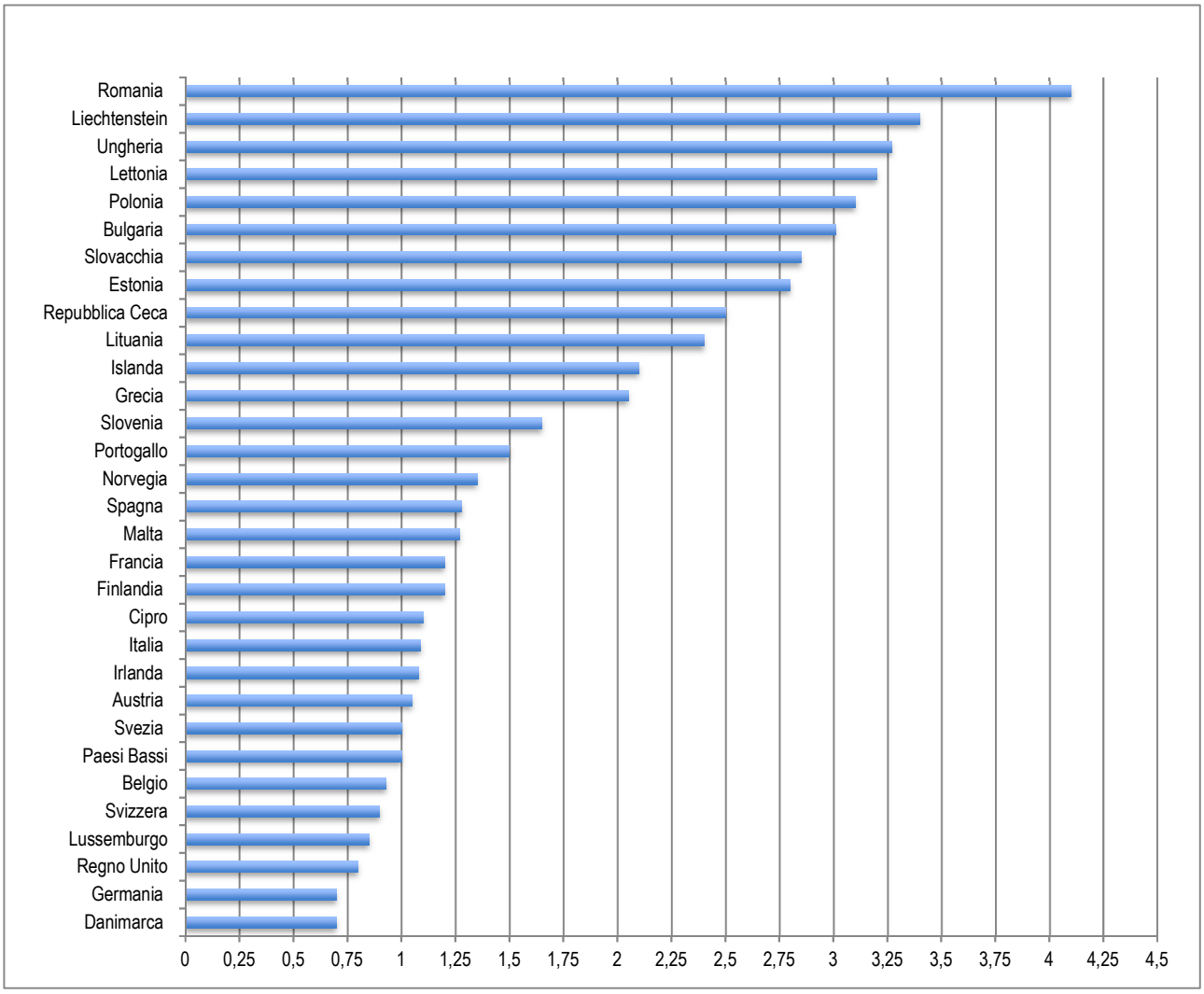
Si noti, dal grafico sottostante, come l'indice di DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth), atto a misurare il numero di elementi cariati, persi e otturati, sia particolarmente elevato in molti dei paesi economicamente svantaggiati, come la Romania, la Repubblica della Lettonia, l'Ungheria, la Polonia, la Bulgaria, la Slovacchia, l'Estonia, con un indice compreso tra 2.75 e 4.25. Dalla parte opposta della classifica, con un valore di DMFT

[2] Idem.

inferiore a 1, la Danimarca, la Germania, il Regno Unito, il Lussemburgo, la Svizzera, il Belgio, i Paesi Bassi e la Svezia. L'Italia, si trova poco al di sopra, con un indice tra 1 e 1.25. L'ottimo piazzamento della Danimarca evidenzia come un investimento sui programmi di prevenzione e sulle buone pratiche (frequente esposizione al fluoro, dieta salutare, lavarsi i denti regolarmente e sottoporsi a controlli periodici) rappresenti una soluzione strategica importante, anche per il contenimento di futuri costi riguardanti la spesa odontoiatrica. È sufficiente considerare che fino a circa 40 anni fa, la salute orale dei bambini danesi era tra le più insoddisfacenti a livello europeo; grazie a una politica mirata di prevenzione sostenuta dall'assistenza sanitaria odontoiatrica pubblica, tra il 1974 e il 2000 il valore medio di DMFT all'età di 12 anni è sceso del 78%, passando da 4.5 a 0.98; tutti i Comuni sono obbligati a prevedere strutture pubbliche per fornire servizio sanitario odontoiatrico ai bambini e agli adolescenti residenti, dalla nascita fino ai 18 anni. Gran parte delle cliniche, non a caso, si trovano nei pressi delle scuole primarie. È in questo paese, al fine, che si conta la percentuale più alta, oltre il 70%, di zero DMFT all'età di 12 anni (grafico 2).

GRAFICO 1

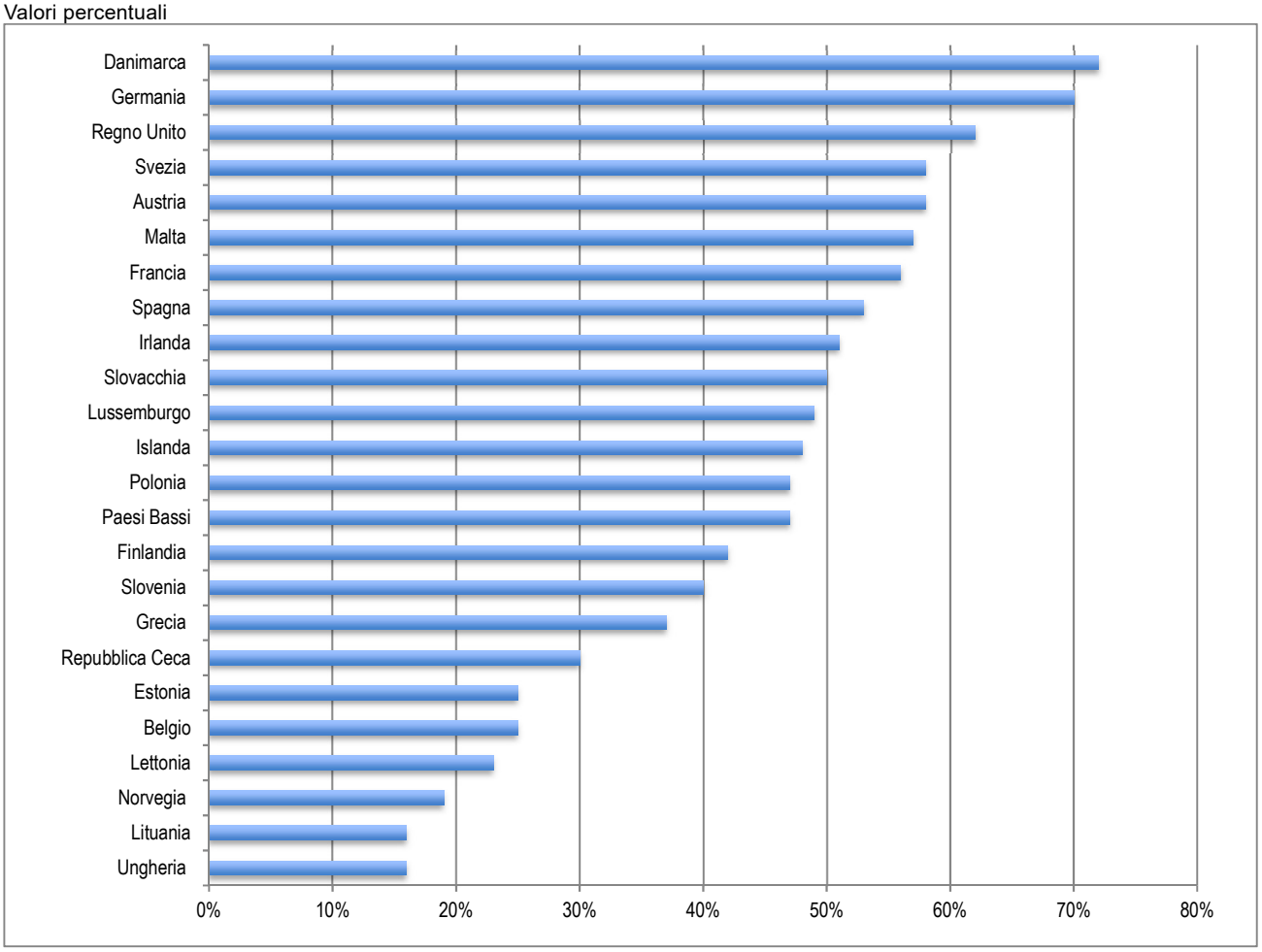
Media di DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth) all'età di 12 anni



N.B: Il confronto tra i dati pubblicati dai singoli paesi risulta particolarmente difficile, in quanto i dati non vengono raccolti in modo uniforme su periodi fissi. Pertanto la presente rilevazione va valutata con la giusta cautela.
Fonte: Anthony S Kravitz, Alison Bullock, Jon Cowpe, Emma Barnes, Manual of dental practice 2014 (Edtion 5), The Council of European Dentists, febbraio 2104.

GRAFICO 2

Zero DMFT (Decayed, Missing, Filled Teeth) all'età di 12 anni
Valori percentuali



Fonte: Anthony S Kravitz, Alison Bullock, Jon Cowpe, Emma Barnes, Manual of dental practice 2014 (Edtion 5), The Council of European Dentists, febbraio 2104.

LE RISORSE UMANE IN CAMPO

In Europa si stimano nel 2013 circa 440.000 dentisti registrati (+40.000 rispetto al 2008), di cui circa 361.000 attivi[3]. La Germania può contare sulla compagine più numerosa con 88.882 dentisti registrati nel 2012, di cui 69.236 attivi, seguita, sempre per lo stesso anno, dall'Italia con 58.723 unità riconosciute e 45.896 attive. Al terzo posto, la Francia con 41.505 professionalità registrate e un egual numero di risorse operanti sempre nel 2012, seguita a breve distanza dal Regno Unito che contempla un totale di 40.156 professionisti nel 2013, di cui 34.534 in attività. Tra i dentisti attivi, solo una quota minoritaria è impiegata nel servizio odontoiatrico pubblico, assorbito principalmente dalle cliniche. La presenza nel pubblico è più evidente nei paesi nordici e in quelli baltici, a eccezione dell'Estonia. In particolare, in Svezia dei 7.528 attivi, ben 4.065 lavorano in cliniche pubbliche; anche in Finlandia il numero di professionisti che esercitano in tali strutture rappresenta quasi la metà degli attivi, 2.165. Ampio il divario rispetto a paesi come la Francia, l'Italia o la Spagna in cui le professionalità operanti nel servizio odontoiatrico pubblico rappresentano rispettivamente un esiguo 8,4%, 8,6% e 9,8%.

[3] Tali valori sono il frutto delle somme rispettivamente del numero dei dentisti registrati e del numero dei dentisti attivi presenti nella tabella 2: poiché gli anni di riferimento non sono uguali per tutti i paesi è opportuno ritenere i risultati puramente indicativi.

TABELLA 2

Numero dentisti in Europa, registrati, attivi e operanti nel servizio odontoiatrico pubblico
Valori assoluti

Paese	Anno	Popolazione	Numero dentisti registrati	Numero dentisti attivi	Dentisti che lavorano nel servizio odontoiatrico pubblico				
					Cliniche pubbliche	Università	Ospedali	Forze armate	Altri
Austria	2013	8.489.482	4,820	4,421	601	206	110	0	
Belgio	2011	11.153.405	8,879	7,777	0	200	0	10	
Bulgaria	2013	7,282,041	8,350	8,350	0	258	35	46	
Croazia	2007	4,475,611	4,537	3,875	446	137	No data	No data	33
Cipro	2013	865,878	1,073	827	39		0	2	0
Danimarca	2013	5,605,836	7,989	5,161	1.215	112	58	15	
Estonia	2013	1,324,814	1,615	1,250	0	18	35	5	0
Finlandia	2013	5,434,357	5,925	4,500	2.165	86	113	72	
Francia	2012	65,657,000	41,505	41,505	2.828	393	219	48	
Germania	2012	80,523,746	88,882	69,236	450	2.000	200	450	
Grecia	2013	10,772,967	14,125	9,000	452	237	452	71	836
Ungheria	2013	9,906,000	5,500	4,973	20	240	35	40	
Irlanda	2013	4,591,087	2,627	2,200	333	50	10	5	
Islanda	2012	322,930	351	269	3	23	5		
Italia	2012	59,685,227	58,723	45,896	3.157	400	300	100	
Lettonia	2012	2,178,443	1,724	1,474	10	31	31	0	
Liechenstein	2013	37,009	57	48	0	0	0	0	
Lituania	2013	2,962,000	3,660	3,610	538	80			13
Lussemburgo	2008	537,000	512	452	0				
Malta	2013	421,364	230	170	35	24	31	0	
Norvegia	2013	5,063,709	5,350	4,576	1.109	234	35	23	
Paesi Bassi	2013	16,789,800	12,169	8,773	250	110	214	30	
Polonia	2012	38,533,299	33,633	21,800	500	400	250	300	
Portogallo	2012	10,487,289	9,097	9,097	43	446	90	16	
Regno Unito	2013	63,887,988	40,156	34,534	1.800	566	2.084	244	250
Repubblica Ceca	2012	10,516,125	9,354	7,821	0	295	30	31	
Romania	2013	20,057,458	15,500	14,400	1.200	950	234	80	
Slovacchia	2013	5,410,728	3,357	3,298	80	120	29	22	
Slovenia	2013	2,060,253	1,762	1,358	523	27	31	0	
Spagna	2012	47,059,533	31,261	29,000	1.300	864	350	340	
Svezia	2010	9,580,424	14,454	7,528	4.065	431	N/R	N/R	
Svizzera	2013	8,058,100	4,850	4,800	200	300	50	0	

Fonte: Anthony S Kravitz, Alison Bullock, Jon Cowpe, Emma Barnes, Manual of dental practice 2014 (Edtion 5), The Council of European Dentists, febbraio 2014.

A prevalere, infatti, è soprattutto la modalità di esercizio in regime privato, che costituisce a livello europeo la quota maggioritaria per tutti i paesi, a eccezione di Finlandia e Svezia, a marcata vocazione pubblica, dove la percentuale di dentisti che operano come liberi professionisti si ferma rispettivamente al 44% e al 46%. Sul fronte opposto, per alcuni paesi come Paesi Bassi e Islanda, la pratica liberale riguarda il 100% dei professionisti; si mantiene, comunque sopra al 90% per gran parte delle nazioni dell'Unione, tra cui l'Italia (91%).

TABELLA 3

Dentisti che praticano in regime liberale part time o full time
Valori percentuali

Dentisti che praticano in regime liberale part time o full time	Anno	%
Finlandia	2013	44,0
Svezia	2010	46,0
Slovenia	2013	59,0
Lituania	2008	61,0
Danimarca	2013	66,0
Irlanda	2013	68,0
Norvegia	2013	69,0
Croazia	2013	76,0
Ungheria	2013	76,0
Grecia	2013	82,0
Austria	2013	87,0
Romania	2008	88,0

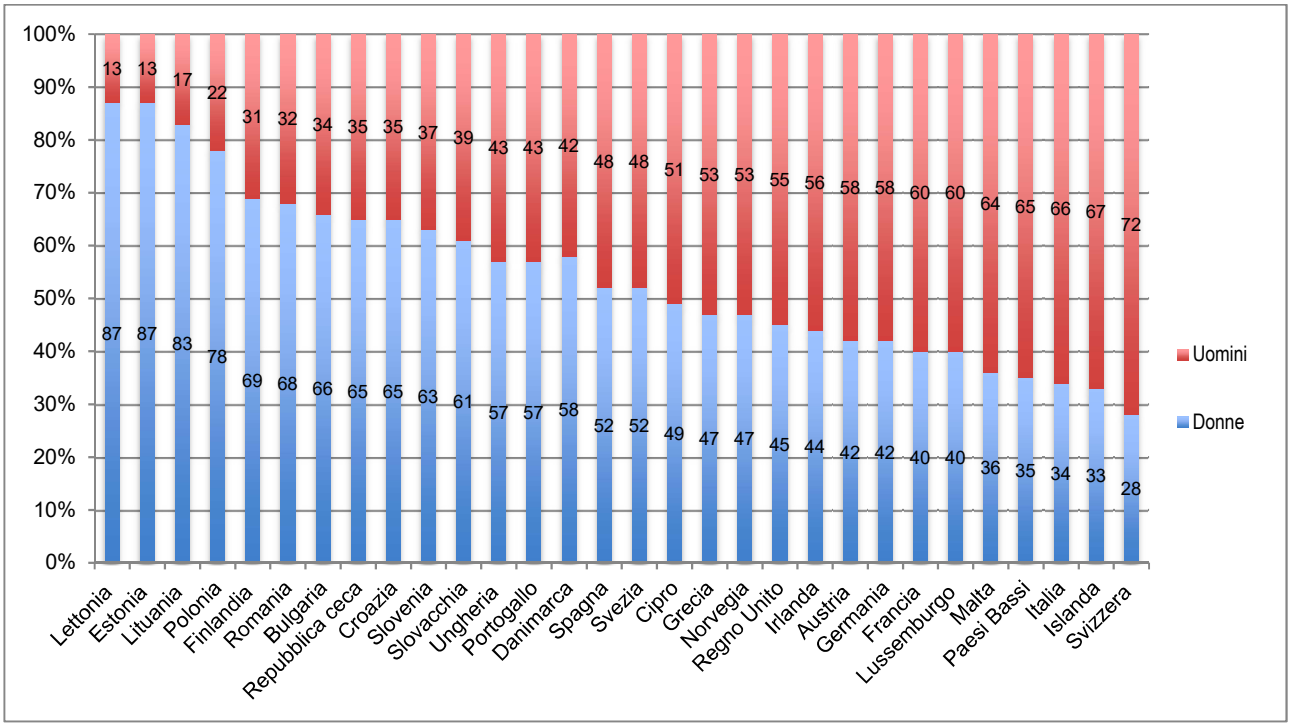
Francia	2012	90,0
Svizzera	2013	90,0
Italia	2011	91,0
Regno Unito	2013	92,0
Polonia	2013	96,0
Repubblica Ceca	2012	94,0
Liechtenstein	2013	94,0
Portogallo	2012	94,0
Cipro	2013	95,0
Lettonia	2012	95,0
Slovacchia	2013	95,0
Germania	2012	96,0
Bulgaria	2013	96,0
Estonia	2013	96,0
Belgio	2011	97,0
Malta	2013	98,0
Lussemburgo	2013	99,0
Spagna	2012	99,0
Islanda	2012	100,0
Paesi Bassi	2013	100,0

Fonte: Anthony S Kravitz, Alison Bullock, Jon Cowpe, Emma Barnes, Manual of dental practice 2014 (Edtion 5), The Council of European Dentists, febbraio 2014.

La classificazione dei dentisti per genere, relativamente agli anni presi in riferimento nella tabella 2, mostra una tendenziale predominanza del genere femminile nei paesi in cui prevale un servizio odontoiatrico pubblico, come nei Paesi Nordici e nei Paesi dell'Est. In particolare, la platea femminile supera l'80% nei Paesi Balcanici: Lettonia (87%), Estonia (87%), Lituania (83%). Contrariamente, la Svizzera raggiunge il primato per numero di dentisti uomini, il 72%, seguita da Islanda (37%) e Italia (66%).

GRAFICO 3

Dentisti in Europa per genere
Valori percentuali



N.B. Le percentuali si riferiscono al numero di dentisti totali registrati riportati in tabella 2; rimangono invariate se si considera il numero di dentisti attivi, ad eccezione dei valori di Cipro (65%) e della Danimarca (83%). Il dato relativo al Liechenstein non è disponibile.
Fonte: Anthony S Kravitz, Alison Bullock, Jon Cowpe, Emma Barnes, Manual of dental practice 2014 (Edtion 5), The Council of European Dentists, febbraio 2014.

IN ITALIA

Due sono i macro-fenomeni che caratterizzano il nuovo millennio in tema di sanità. In primo luogo, si riscontra una generalizzata tendenza all'aumento della spesa sanitaria non solo in Italia, ma in gran parte dei paesi a economia avanzata, dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione, ai cambiamenti del quadro epidemiologico e alla lievitazione dei costi riconducibili all'evoluzione delle tecnologie legate al comparto medico-scientifico.

Il sopraggiungere della crisi economica ha provocato un'inversione dell'orientamento, puntando su una manovra di contenimento dei costi sanitari, che per l'Italia si è tradotta in una contrazione della spesa dal 7,3% del 2009 al 7,1% del 2012. L'intenzione di perseguire su tale direzione è suggerita anche nelle previsioni sull'evoluzione della spesa sanitaria del DEF 2015, secondo cui l'incidenza sul Pil, a fronte di un progressivo aumento in termini di valori assoluti, scenderà nel 2019 al 6,5%.

TABELLA 4

La spesa sanitaria nel conto della PA: le previsioni del DEF 2015
Anni 2014-2019
Valori assoluti (in milioni di euro) e percentuali

La spesa sanitaria nel conto della PA: le previsioni nel DEF 2015	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Valore assoluto	111.028	111.289	113.372	115.509	117.709	120.094
Var%		0,2	1,9	1,9	1,9	2,0
% su Pil	6,9	6,8	6,7	6,7	6,6	6,5

Fonte: Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2015, settembre 2015.

In secondo luogo si è osservata, complice l'aumento dei ticket sanitari, una progressiva crescita della spesa privata che, seppur arrestatasi negli ultimi anni, si attesta comunque su cifre considerevoli: 32 miliardi nel 2013 (su un totale di spesa sanitaria corrente di 142 miliardi) e 33 miliardi nel 2014 (su un totale di 144 miliardi). A ciò bisogna aggiungere che la voce predominante in àmbito privato è costituita dalla spesa out f pocket[4]. Il settore odontoiatrico, storicamente, ne assorbe una quota significativa, laddove soprattutto è prevista un'assistenza odontoiatrica completamente a carico del SSN solo per determinate fasce di pubblico. In particolare, il D.lgs 502/1992 e successive modifiche e integrazioni e il Dpcm 28/11/2001[5] individuano due categorie beneficiarie: da una parte, i programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva (0-14 anni). Alcune Regioni (come, ad esempio, Valle d'Aosta, Puglia e Veneto, innalzano il tetto ai 16 anni per la cura delle carie e per il trattamento non chirurgico delle paradontopatie. L'altra categoria garantita contempla i soggetti in condizione di particolare vulnerabilità, che può essere di tipo sociale (condizioni di svantaggio sociale ed economico correlate di norma al basso reddito e/o a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale che impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche a pagamento) o sanitaria (condizioni di tipo sanitario che rendono necessarie le cure odontoiatriche (Ministero della Salute - www.salute.gov.it)).

Alla restante popolazione viene garantito l'accesso alle cure al fine della diagnosi precoce delle patologie neoplastiche del cavo orale e il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche.

Anche in presenza di prestazioni specialistiche erogabili attraverso la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino, si può notare come ciascuna Regione adotti un proprio tariffario (le Regioni possono altresì non prevedere alcune delle prestazioni presenti nel nomenclatore nazionale) (tabella 5), che può coincidere o meno con il tariffario nazionale previsto dall'ex Dm 18.10.2012. In alcuni casi si tratta di uno scarto irrilevante, in altre circostanze può superare il centinaio di euro. Ad esempio, i trattamenti ortodontici sia con apparecchio mobile sia con apparecchio fisso hanno un costo vigente al 31.10.2014 ben al di sopra della media nazionale (116,20 euro cadauno secondo le tariffe nazionali dell'ex Dm 18.10.2012) in Toscana (800 e 500 euro) e in Valle d'Aosta (620 ognuno dei trattamenti). La Valle d'Aosta conta le tariffe più alte anche per la prestazione dall'applicazione di corona e perno (377 euro contro i 44,16 euro del tariffario nazionale), così come per l'impianto di protesi dentaria (258 euro contro gli 81,30 euro).

[4] Convegno organizzato da Fondo Est, "Il Futuro dell'Assistenza Sanitaria Integrativa: modello italiano e modelli europei a confronto", dicembre 2015.

[5] Il D.lgs 502 1992 definisce i criteri per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e il Dpcm 29/11/2001 definisce i livelli essenziali di assistenza.

TABELLA 5

Prestazioni specialistiche ambulatoriali. Confronto tra le tariffe nazionali ex Dm 18.10.2012 e le tariffe regionali vigenti al 31.10. 2014

Valori assoluti (in euro)

Presteazioni specialistiche e ambulatoriali	Tariffe DM 18.10.2012	Tariffa media	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	PA Bolzano	PA Trento	Veneto	Friuli VG	Liguria	Emilia R.	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna
Asportazione di lesione dentaria dalla mandibola	53,04	56,32	53,00	50,00	131,95	44,20	46,30	47,75	56,40	53,04	64,00	64,00	48,60	55,00	53,04	53,04	53,04	53,04	53,04	53,04	53,04	53,04	44,16
Trattamento ortodontico con apparecchi mobili	116,20	168,71	116,20	620,00	118,76	116,20	121,85	173,00	148,20	116,20	139,00	500,00	127,80	200,00	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20
Trattamento ortodontico con apparecchi fissi	116,20	183,00	116,20	620,00	118,76	116,20	121,85	173,00	148,20	116,20	139,00	800,00	127,80	200,00	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20
Trattamento ortodontico con aparecchi ortopedico funzionali	116,20	168,71	116,20	620,00	118,76	116,20	121,85	173,00	148,20	116,20	139,00	500,00	127,80	200,00	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20	116,20
Riparazione di apparecchio ortodontico	26,75	28,05	26,80	29,40	26,90	26,80	26,75	32,40	34,20	26,75	32,00	22,00	29,40	35,00	26,75	26,75	26,75	26,75	26,75	26,75	26,75	26,75	26,75
Radiografia di arcata dentaria	10,33	11,06	\	11,40	11,60	10,30	10,35	11,15	13,20	\	14,40	13,00	11,40	10,30	10,33	10,33	10,33	10,33	10,33	10,33	10,33	10,33	10,33
Ortopanoramica delle arcate dentarie	20,66	22,77	20,70	22,70	23,20	20,70	22,70	27,90	31,70	20,66	30,00	26,00	22,70	20,70	20,66	20,66	20,66	20,66	20,66	20,66	20,66	20,66	23,24
Inserzione																							
Applicazione di corona e perno	44,16	77,55	44,20	377,00	44,87	44,20	46,30	47,75	56,40	\	200,00	200,00	48,60	44,20	44,16	44,16	44,16	44,16	44,16	44,16	44,16	44,16	44,16
Inserzione di ponte fisso	69,72	87,54	69,70	227,00	71,25	69,70	73,10	75,35	89,00	\	\	200,00	76,70	84,00	69,72	69,72	69,72	69,72	69,72	69,72	69,72	69,72	69,72
Inserzione di protesi rimovibile	129,11	153,48	129,10	516,00	131,95	129,10	135,40	139,60	164,90	129,11	155,00	128,00	142,00	161,00	129,11	129,11	129,11	129,11	129,11	129,11	129,11	129,11	129,11
Impianto di protesi dentaria	81,34	97,45	81,30	258,00	82,86	81,30	85,30	87,95	103,60	81,34	128,29	75,00	89,50	160,00	81,34	81,34	81,34	81,34	81,34	81,34	81,34	81,34	81,34

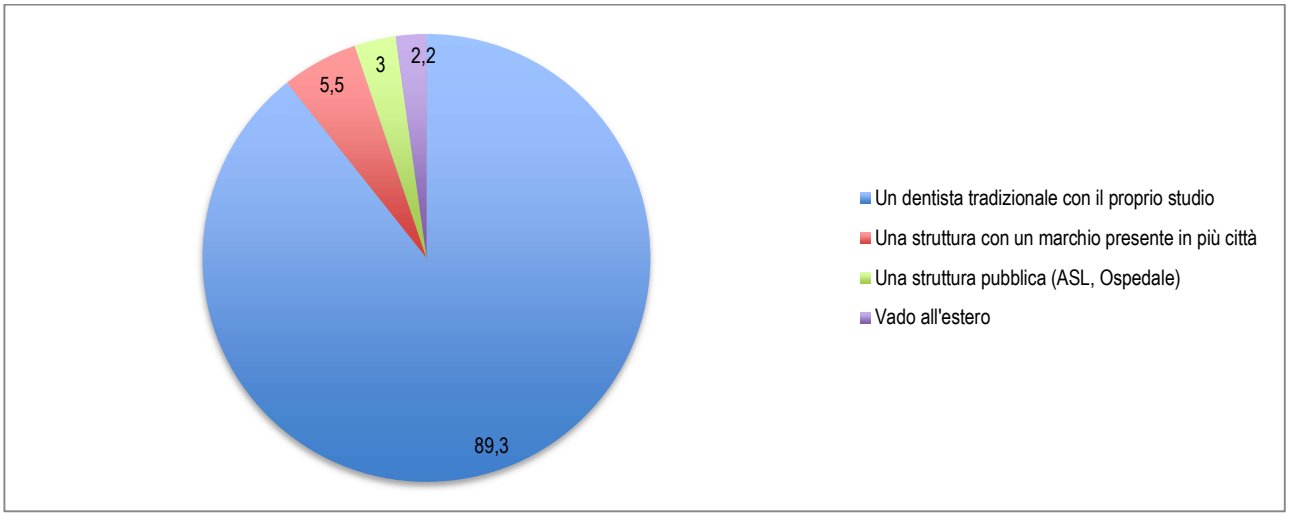
Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.

Il ricorso alle cure offerte dal Servizio Sanitario Nazionale in àmbito odontoiatrico risulta ancora molto limitato, evidenza ulteriormente corroborata dai dati del sondaggio "Il dentista che vorrei"[6], per cui solo il 3% del campione dichiara di rivolgersi a una struttura pubblica (Asl, ospedale), seguito da quanti, il 5,5%, preferiscono orientarsi verso strutture con un marchio presente in più città. È ancora il dentista di studio privato ad attirare, invece, il maggior numero di consensi (89,3%), forte di un'acquisita fidelizzazione del cliente, su cui il settore pubblico sembra non poter contare (grafico 4). Il legame medico-paziente risulta particolarmente decisivo nel settore in questione, dove il 40,4% degli interessati si reca dallo stesso dentista da più di dieci anni, mentre la percentuale di coloro che vi si rivolgono da meno di un anno scende all'11,8% (grafico 5).

[6] Il sondaggio è stato realizzato da Odontoiatria 33 in collaborazione con AIOP, attraverso la somministrazione di un questionario ai lettori di Dica33 nel mese di ottobre 2015 per un totale di 1.088 risposte utili.

GRAFICO 4

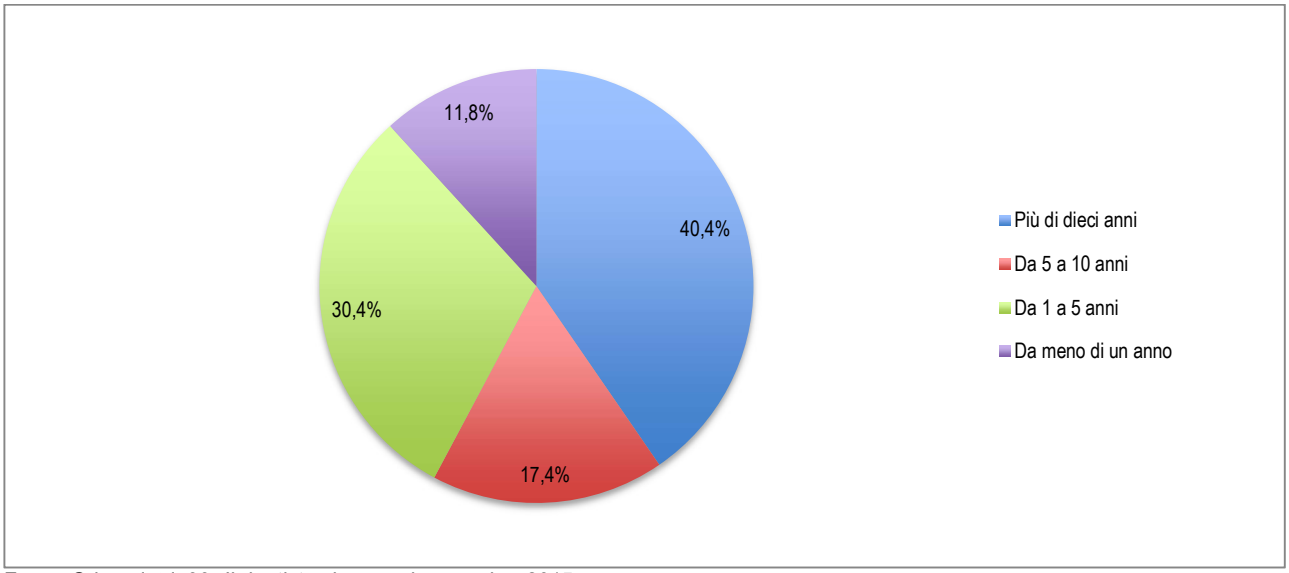
A chi si rivolge il cliente
Anno 2015
Valori percentuali



Fonte: Odontoiatria33, *Il dentista che vorrei*, novembre 2015.

GRAFICO 5

Da quanto tempo vai dallo stesso dentista
Anno 2015
Valori percentuali



Fonte: Odontoiatria33, *Il dentista che vorrei*, novembre 2015.

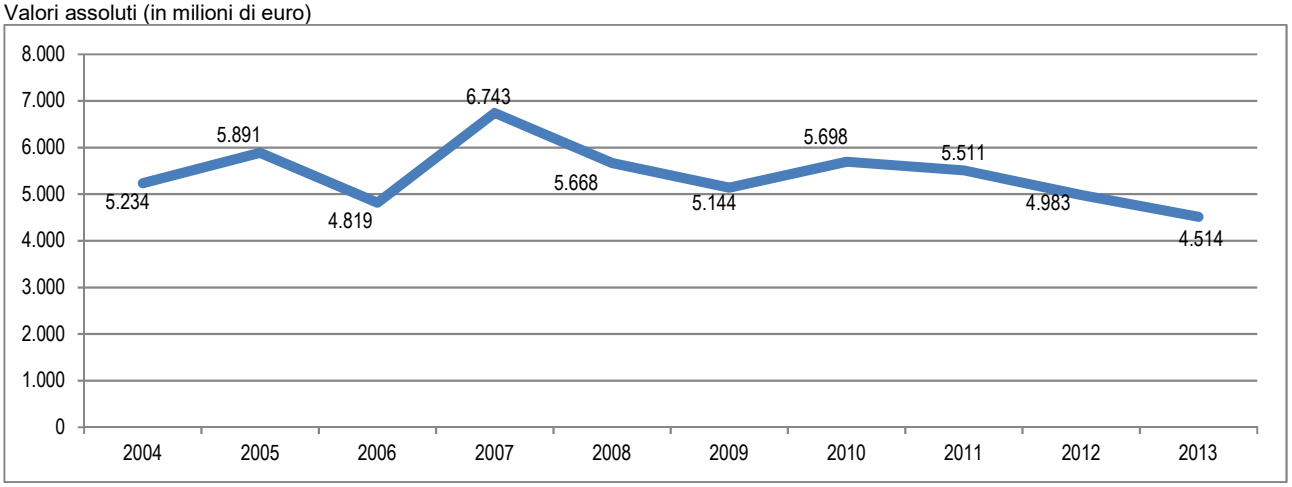
La spesa sanitaria odontoiatrica in Italia

Dall'analisi della spesa odontoiatrica delle famiglie nel decennio 2004-2013 emerge un andamento interessante: a una prima fase oscillatoria negli anni 2004-2010 in cui si registrano i picchi del 2005 (5.891 milioni di euro), del 2007 (6.743) e del 2010 (5.6989), segue una progressiva diminuzione dei valori negli anni successivi per arrivare alla cifra più bassa mai registrata nel periodo di riferimento relativa al 2013 (4.514

milioni di euro). Tale valore, se si accoglie il suggerimento del Rapporto OCPS 2015, potrebbe non tenere conto di ulteriori voci di spesa nell'àmbito delle cure dentali, come impianti, protesi, trattamenti e apparecchi: se si considerano le stime, che partono dall'offerta, prodotte dall'Agenzia delle Entrate per il 2013, il dato tende a lievitare significativamente. Si giunge, infatti, ai 6,6 miliardi derivanti dai ricavi e dai compensi dichiarati dei servizi e degli studi odontoiatrici a cui sommare i 960 milioni di euro frutto dei ricavi e dei compensi dichiarati dei servizi per la fabbricazione e riparazione di protesi dentarie. Qualora si prendesse in considerazione anche la quota di evasione strutturale, il 18% circa, i dati si assesterebbero rispettivamente sui 7,8 e 1,3 miliardi di euro[7].

GRAFICO 6

Andamento spesa odontoiatrica delle famiglie
Anno 2004-2013
Valori assoluti (in milioni di euro)



Fonte: Servizio Studi Andi.

Il calo degli ultimi tre anni è senz'altro la spia di un cambiamento che sta avvenendo anche in un settore, storicamente redditizio, come quello odontoiatrico, sostenuto per circa il 90%[8] da esperti operanti in regime libero-professionista. Tra i maggiori imputati alla base di questa contrazione del settore, l'incidenza dei costi legati alla burocrazia e alle tasse, il ritardo nei pagamenti, la presenza di una concorrenza praticata dai franchising low cost se non da forme sleali, conseguenza di un diffuso abusivismo. Secondo l'indagine congiunturale 2014 del centro studi ANDI, la previsione del ricavo per il 2014 rispetto al 2013 sarebbe stata inferiore per il 52,4% dei professionisti del settore, uguale per il 43% e superiore solo per il 4,6%; inoltre, fra quanti lavorano per un tempo effettivo inferiore alle proprie possibilità, ovvero un tempo minore rispetto a quello che potenzialmente potrebbero impiegare, il 95% adduce come motivazione un numero di pazienti insufficienti o un calo o un mancato incremento. In questo modo, la categoria sembrerebbe imboccare la via segnata già da altri ordini professionali: nel periodo 2005-2014 il reddito medio annuale (tenuto conto dell'inflazione) è, infatti, diminuito in maniera importante per gli avvocati (-35%), gli ingegneri, architetti e geometri (-22%) e i commercialisti e ragionieri (-14,3%)[9]. Le riflessioni suggerite dall'indagine non sembrano trovare riscontro nei dati prodotti dall'Agenzia delle Entrate, per cui il fatturato totale degli studi dentistici italiani si mantiene costante nel biennio 2013-2014, attestandosi rispettivamente a 6.711.854.991 euro e a 6.753.397.743. Tuttavia, la generalità del dato, permette di non escludere l'effettiva esistenza di sacche di criticità (ad esempio, piccoli studi che operano esclusivamente in regime libero-professionista), più vulnerabili agli effetti dello stallo economico e maggiormente esposti in un mercato estremamente competitivo foraggiato dai franchising dentistici.

Il minor afflusso della clientela, d'altra parte, è dovuto principalmente alle nuove abitudini di vita dei cittadini italiani che, in tempi di crisi, sembrano aver preso in prestito dalla governance il concetto di spending

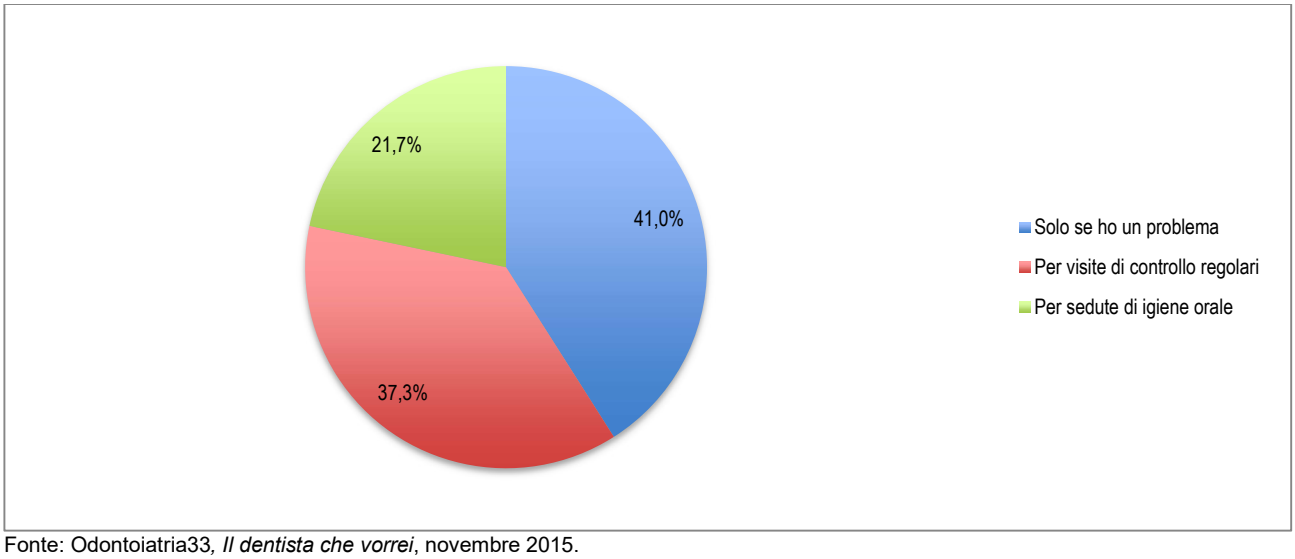
[7] Cfr, Mario Del Vecchio, Erika Mallarini, Valeria Rappini (a cura di), Rapporto OCPS 2015, Osservatorio sui consumi privati in sanità, Milano, Egea, 2015.
[8] AIO, Il terzo pagante.
[9] Allegri A., "Professionisti sono loro i nuovi poveri", il Giornale, 18 gennaio 2016.

review per adottarlo all'economia domestica. Il colpo della mannaia non ha risparmiato il settore sanitario: nel 2015 ben il 40,9% degli italiani affermava di avere difficoltà a pagare le spese mediche, eventualità che nel 2016 interessa ancora oltre un italiano su tre, il 34,3%. Le difficoltà nutrite dalla popolazione trovano ulteriore conferma nella percentuale di coloro che, tra quanti hanno richiesto un prestito, lo hanno fatto per sostenere le cure mediche, il 19,8%[10].

Relativamente al comparto odontoiatrico, i dati forniti dall'Istat (tabella 6) mostrano nel periodo 2005-2013 una leggera contrazione di quanti hanno fatto ricorso al dentista negli ultimi dodici mesi: nel 2005 erano il 39,7% e nel 2013 il 37,7%[11]. Più in generale emerge come la percentuale della popolazione che si è rivolta a un dentista nell'ultimo anno è di gran lunga inferiore alla quota del 50%. La riduzione, seppur minima, interessa anche le fasce d'età dei minori e degli adolescenti, i 3-5 anni (dal 16,6% del 2005 al 14,3% del 2013) e i 6-14 anni (dal 48,9% al 46,9%), per i quali l'attività di prevenzione dovrebbe giocare un ruolo primario, così come sottolineato dalle Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e della prevenzione delle patologie orali in età evolutiva: «La promozione della salute, ivi compresa quella orale, rappresenta un fattore di crescita socio-culturale e deve essere basata su interventi multidisciplinari con il coinvolgimento di diversi attori (pediatri, neonatologi, odontoiatri, igienisti dentali, insegnanti, genitori, caregiver). Corretti atteggiamenti e comportamenti adottati sin dall'età pediatrica permetteranno al bambino di maturare le decisioni più idonee per migliorare il proprio stile di vita, tutelando così la salute»[12]. Una riduzione dei controlli preventivi si traduce inevitabilmente nel dato allarmante lanciato dalla Sioi (Società italiana odontoiatria infantile) in occasione del Primo Convegno Nazionale delle Sezioni regionali della Sioi nel 2014, per cui negli ultimi 5 anni l'incidenza di patologie cariose è aumentata del 15% nella popolazione pediatrica (www.odontoiatria33.it). Più in generale, sono gli stessi italiani ad ammettere di lesinare in tema di prevenzione: il 41% ammette di andare dal dentista solo se ha un problema, contro il 37,3% che vi ricorre per visite di controllo regolari e il 21,7% che vi si reca per sedute di igiene orale (grafico 7).

GRAFICO 7

Perché vado dal dentista
Anno 2015
Valori percentuali



Fonte: Odontoiatria33, *Il dentista che vorrei*, novembre 2015.

In riduzione anche il numero di persone rivoltesi al dentista libero professionista, scesa dal 34,7% del 2005 al 32,3% del 2013, con cali più evidenti nelle fasce d'età 3-5 anni (dal 14,2% all'11,9%), 15-24 (dal 37%

[10] Dati evinti dal *27° Rapporto Italia* e dal *28° Rapporto Italia*, Eurispes, Roma.
[11] Il decremento arriva al 30% rispetto al 2005 se si considerano le quattro settimane precedenti alla rilevazione condotta dall'indagine Istat, "Condizione di salute e ricorso ai servizi sanitari", luglio 2014.
[12] Ministero della Salute, Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e della prevenzione delle patologie orali in età evolutiva, novembre 2013.

al 33,5%), 25-34 (dal 38,6% al 35%) e 35-44 (dal 40% al 36,2%). In lieve aumento, invece, nel 2013 (+0,5% rispetto al 2005) il ricorso al dentista di una struttura pubblica o convenzionata, a fronte di un tariffario tendenzialmente più conveniente rispetto a quello proposto dagli studi odontoiatrici privati.

TABELLA 6

Persone di tre anni e più che hanno fatto ricorso a un dentista o ortodontista per classe d'età
Anni 2005-2013
Valori percentuali
Per 100 persone della stessa classe d'età

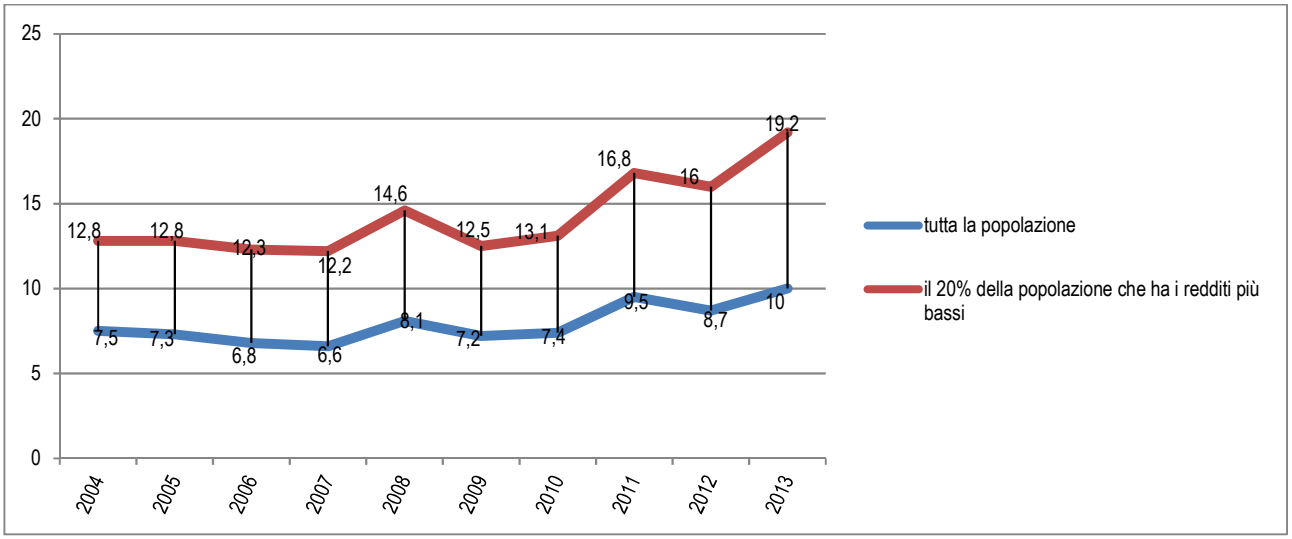
Fascia d'età	Ricorso al dentista negli ultimi dodici mesi		Dentista di una struttura pubblica o convenzionata		Dentista libero professionista	
	2005	2013	2005	2013	2005	2013
3-5	16,6	14,3	2,4	2,4	14,2	11,9
6-14	48,9	46,9	7,1	8,5	41,8	38,4
15-24	44,8	42,1	7,8	8,7	37,0	33,5
25-34	43,9	41,6	5,4	6,6	38,6	35,0
35-44	44,0	42,2	4,0	6,0	40,0	36,2
45-54	43,2	43,1	4,3	5,0	39,0	38,1
55-64	40,0	38,3	4,3	3,9	35,7	34,5
65-74	32,0	31,0	4,4	3,8	27,5	27,2
75 e più	20,1	19,6	3,7	2,7	16,4	16,9
Totale	39,7	37,7	4,9	5,4	34,7	32,3

Fonte: Istat, "Italia in cifre", 2015.

Tuttavia, anche per il settore pubblico sembra non si possa parlare di tripudio di consensi: a confermarlo l'Ufficio parlamentare del bilancio che descrive una decrescita del numero degli italiani che si rivolgono al dottore in generale e al dentista in particolare; con riferimento a quest'ultima tipologia professionale dal 2004 al 2013 è aumentata sensibilmente la percentuale di quanti hanno rinunciato ad andarvi per motivi di ordine economico (i ticket sanitari relativamente alla specialistica ambulatoriale nel periodo 2001-2012 sono aumentati del 19%[13]), di ordine logistico (strutture troppo lontane) e gestionale (liste di attesa molto lunghe), passando dal 7,5% al 10%. I valori diventano ancora più indicativi se si considerano le fasce più a rischio della popolazione, ovvero quel 20% avente i redditi più bassi: nel 2004 era il 12,8% a rinunciare al dentista, mentre nel 2013 si tratta di quasi un italiano su cinque, il 19,2%.

GRAFICO 8

Italiani che rinunciano al dentista perché troppo costoso o distante o troppo lunga la lista d'attesa
Anni 2004-2013
Valori percentuali



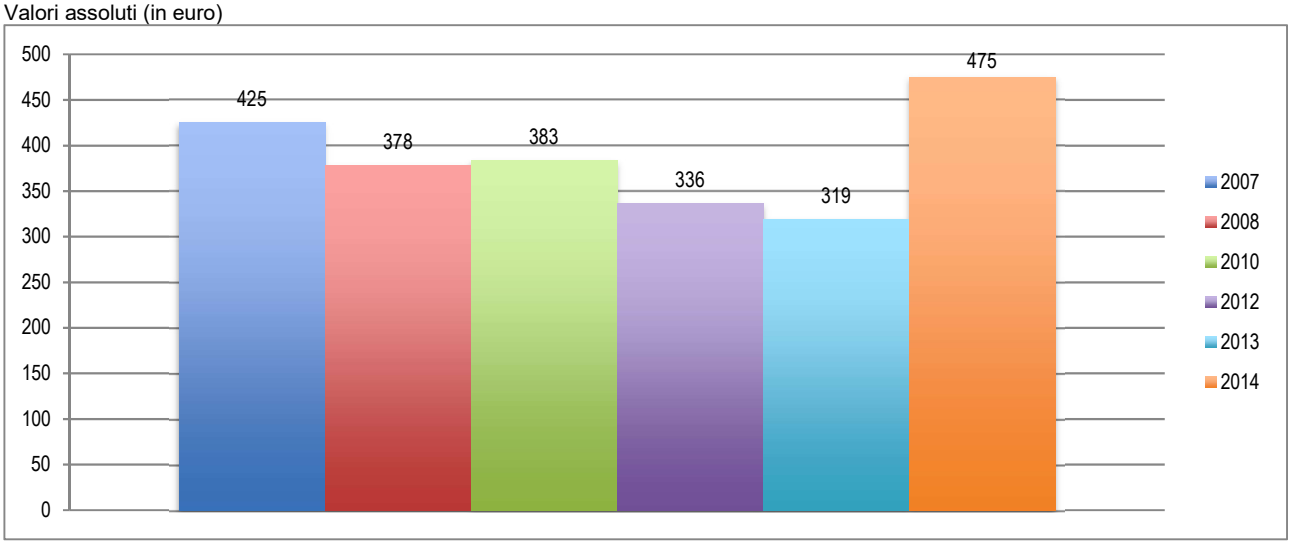
Fonte: Ufficio parlamentare del bilancio su dati Eurostat rilevati nel novembre 2015.

[13] Petrini R. , "Costi molto alti gli italiani non si curano più", *la Repubblica*, 19 gennaio 2016.

Il grafico che segue sottolinea come vi sia stata un'effettiva contrazione delle spesa dedicata alle cure odontoiatriche negli anni più duri della crisi economica. Se nel 2007 la spesa familiare era di 425 euro, già a partire dell'anno successivo essa non riesce a superare quota 400 euro per scendere ulteriormente fino al 2013 al valore di 319 euro. Solo nel 2014 si osserva una ripresa della spesa sanitaria dedicata al comparto in questione che svetta a 475 euro. D'altra parte, quella odontoiatrica continua a essere la voce di spesa sanitaria che maggiormente grava sulle famiglie italiane (grafico 9), laddove tutte le altre voci (ricoveri, visite mediche, infermieri, analisi cliniche, occhiali/lenti a contatto, ausili sanitari, medicinali, articoli sanitari) oscillano tra i 26 euro e i 247 euro.

GRAFICO 9

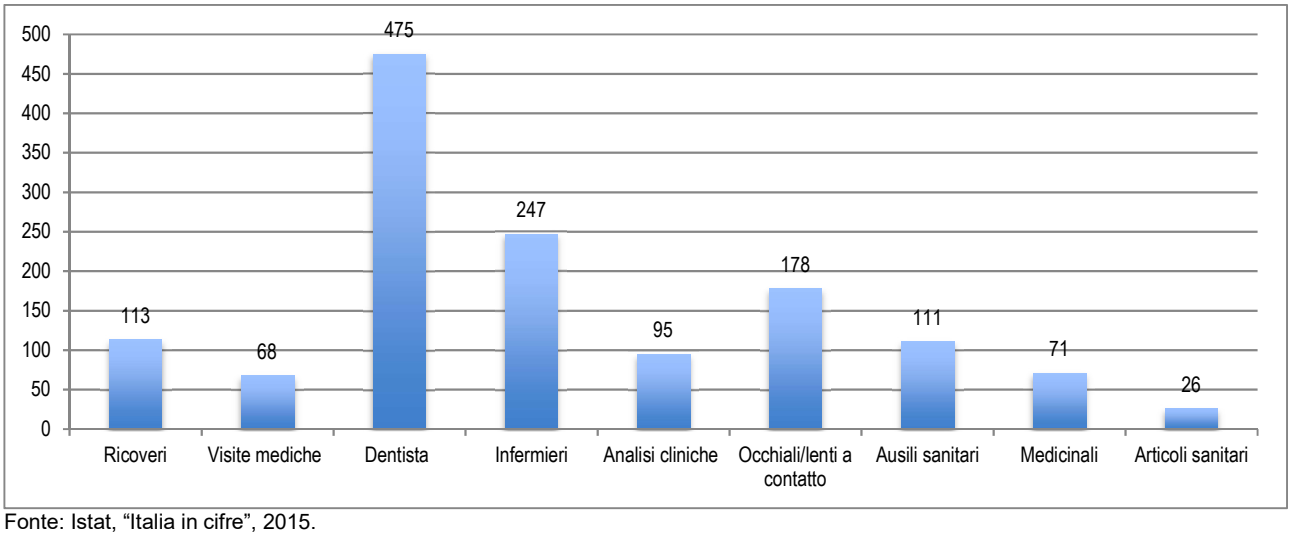
Spesa effettiva familiare per il dentista
Anni 2009-2014
Valori assoluti (in euro)



Fonte: Istat, Italia in cifre 2009, 2010, 2012, 2013, 2014, 2015.

GRAFICO 10

Spesa effettiva familiare per beni e servizi sanitari
Anno 2014
Valori assoluti (in euro)



Fonte: Istat, "Italia in cifre", 2015.

Non sono pochi gli italiani, infatti, che auspicano una riduzione delle tariffe. Quasi un italiano su tre, il 30,4% si aspetta di non pagare nulla per una visita specialistica odontoiatrica, mentre le attese in merito a una seduta per l'igiene orale risultano in linea con quanto si evince dalla media nazionale che indica un costo di 86 euro: l'82,4% degli intervistati concorda, infatti, che tale prestazione possa oscillare tra un minimo di 50 e un massimo di 100 euro. Diversa la situazione se si contempla uno degli interventi più frequenti tra le cure odontoiatriche, l'otturazione: sebbene il 48% trovi equo un prezzo tra i 100 e 200 euro, in linea con il dato nazionale di 124 euro, un importante 45% del campione vorrebbe che l'erogazione fosse gratuita. La maggioranza degli intervistati, il 37,7%, gradirebbe veder scendere sotto i 600 euro il prezzo della corona, mentre un'analoga percentuale, il 37,2% trova sostenibile un prezzo tra i 600 e gli 800 euro, corrispondente alla media nazionale di 708 euro. Per quel che concerne un impianto con corona al 46,7% che ratifica il costo della media nazionale (1.194 euro), fa da contraltare la significativa percentuale (29,4%) di quanti non disdegnerebbero un prezzo inferiore ai mille euro.

TABELLA 7

Quanto mi aspetto di pagare per...
Anno 2015(*)
Valori assoluti (in euro) e percentuali

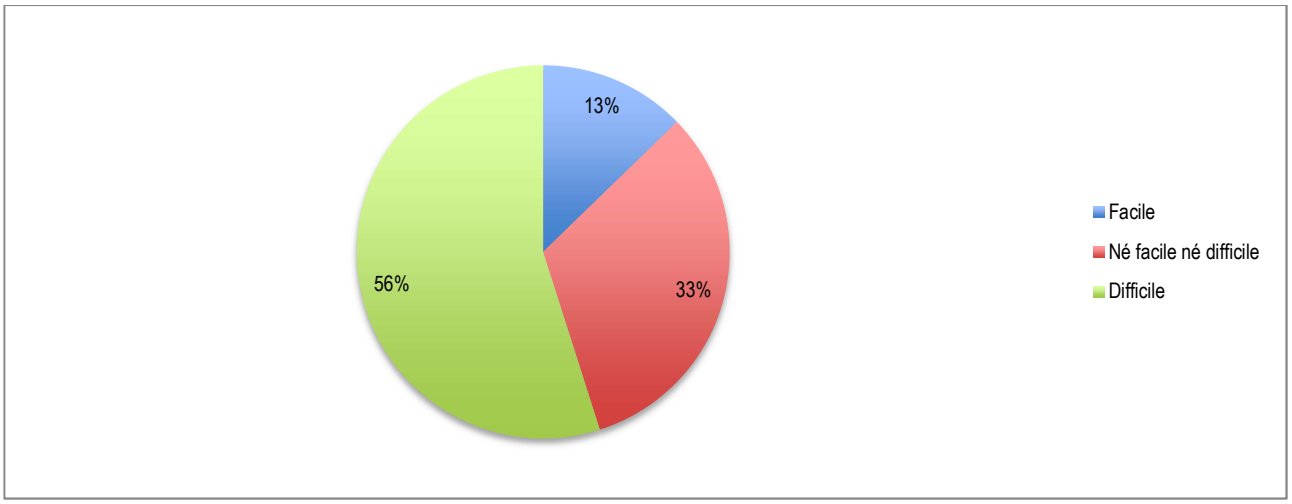
Quanto mi aspetto di pagare per… visita specialistica odontoiatrica					
0	**50-100**	**110-150**	**> 150**	**Media nazionale**	
30,4	55,2	13,0	1,4	-	
Quanto mi aspetto di pagare per… seduta di igiene orale					
0	**50-100**	**110-150**	**> 150**	**Media nazionale**	
3,7	82,4	13,2	0,7	86	
Quanto mi aspetto di pagare per… otturazione(**)					
0	**100-200**	**200-400**	**> 400**	**Media nazionale**	
45,0	48,0	6,3	0,7	124	
Quanto mi aspetto di pagare per… corona(***)					
< 600	**600-800**	**800-1200**	**1.200-1.800**	**> 1.880**	**Media nazionale**
37,7	37,2	19,0	5,3	0,8	708
Quanto mi aspetto di pagare per… impianto con corona					
< 1.000	**1.000- 2.000**	**2.000-3.000**	**3.000-3.500**	**> 3.500**	**Media nazionale**
29,4	46,7	15,4	5,4	3,1	1.194

(*) I dati relativi alla media nazionale fanno riferimento all'inchiesta condotta da Altroconsumo nel 2013: risulta utile in questa sede compararli con gli altri dati riportati circa la percezione dei clienti per capire quanto la loro opinione si discosti dai parametri oggettivi.
(**) Il dato della media nazionale specifica un'otturazione su un dente molare.
(***) Il dato della media nazionale specifica una corona su un dente molare.
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati sondaggio Dica 33, *Il dentista che* vorrei, novembre 2015 e inchiesta Altroconsumo, *Quanto costa un sorriso sano*, aprile 2013.

La criticità nella gestione delle risorse finanziarie per la salute orale sembra, d'altra parte, interessare trasversalmente la popolazione italiana, dalle fasce più disagiate a quelle economicamente più solide. A suggerirlo è l'indagine OCPS Cure dentali. Voice of customer, che ha reclutato un campione proveniente nel 50% dei casi da regioni "alto spendenti"; ulteriore caratteristica dei partecipanti, l'appartenenza alla categoria degli heavy consumer con un'elevata frequenza di accesso al dentista nell'ultimo anno, pari a 5,6 volte all'anno per persona e 9,5 volte per famiglia e con un'altrettanta significativa media di spesa dichiarata per cure odontoiatriche di 5.944 euro (con un minimo di 4.200 euro e un massimo di 15.000 euro). Ne è emerso che oltre la metà del campione, il 56% reputa difficilmente sostenibile la spesa per il dentista, mentre uno su tre non la considera né facile né difficile; solo per una percentuale minoritaria, il 13%, l'affrontare le cure dentistiche risulta facile.

GRAFICO 11

Sostenibilità della spesa per il dentista
Anno 2014
Valori percentuali



Fonte: Indagine OCPS, Cure dentali. Voice of customer, 2014.

L'offerta di forme di pagamento integrate da terzi

Parlare di Terzo Pagante significa introdurre nella classica diade assistito-struttura sanitaria un terzo elemento che funge da tramite; si tratta di un terzo asse che contempla diverse categorie di riferimento, tra queste: «fondi negoziali, così chiamati perché definiti nell'ambito dei contratti collettivi di lavoro; casse aziendali, in cui l'iniziativa è del datore di lavoro, che offre tale copertura ai propri lavoratori ed eventualmente alle loro famiglie, a volte con una quota-parte di premio a carico dei lavoratori o dei familiari; casse professionali, in primo luogo quelle originate dall'iniziativa di ordini e collegi professionali; compagnie di assicurazione, che offrono copertura sanitaria direttamente a individui e famiglie, società di mutuo soccorso o Sms, che originano nelle esperienze di mutuo aiuto per lo più nate a fine Ottocento e hanno spiccate caratteristiche solidaristiche»[14]. Più in generale si possono distinguere due tipologie di fondi:

- fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, istituiti o adeguati ai sensi dell'art.9 del D.lgs 502/1992 e successive modificazioni;
- enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fini assistenziali, di cui all'art.51, co.2, lettera a), del Dpr 917/1986, e successive modificazioni.

La funzione primaria del terzo pagante è quella di farsi carico in proprio del rischio finanziario inerente alle prestazioni sanitarie erogate: in questo caso si è di fronte a fondi definiti come "auto-assicurati"; in alternativa, la gestione del rischio può essere demandata a compagnie assicurative, con le quali vengono siglati opportuni contratti, per cui si parla in questo frangente di fondi "assicurati" (Rapporto OCPS, 2015). Quale che sia la modalità di esercizio, risulta interessante capire le dinamiche che sottendono i rapporti tra assistito-terzo pagante-struttura sanitaria, soprattutto in relazione al ruolo giocato dal terzo pagante nel settore odontoiatrico, branca particolarmente esposta in termini di spesa out of pocket e, quindi, oggetto di un potenziale interesse da parte di terzi attori atti a colmare la scarsa presenza del servizio pubblico nel comparto. Ne consegue, parimenti, una necessaria dialettica con quelli che ancora oggi rappresentano la più vagliata alternativa al settore pubblico da parte dei cittadini in tema di cure odontoiatriche, ovvero i liberi professionisti. Un rapido sguardo diacronico alla normativa afferente ai fondi integrativi permette di inquadrare meglio l'evoluzione del fenomeno.

[14] Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V., (a cura di), Rapporto OCPS 2015, Osservatorio sui consumi privati in sanità, Milano, Egea, 2015.

EXCURSUS SUI FONDI INTEGRATIVI

La legge 833/78 istituiva il Sistema Sanitario Nazionale di stampo universalistico con conseguente ridimensionamento del ruolo da protagonista fino ad allora detenuto dalla previgenti Casse Mutue.

Un nuovo slancio in termini d'intervento di un sistema che apra ai fondi integrativi viene dato dal decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche che definisce i criteri per la determinazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA); la norma conferisce alle Regioni la possibilità di inserire nuove forme di assistenza per alcuni tipi di prestazioni sanitarie non contemplate nei LEA. In particolare, l'articolo 9 del presente decreto stabilisce che: «Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio Sanitario Nazionale, e con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi» (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, articolo 9). Con particolare riferimento al settore odontoiatrico tale norma, insieme al Dpcm 29/11/2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", identifica due particolari fasce per le quali è prevista l'assistenza sanitaria a carico del SSN: programmi di tutela della salute odontoiatrica in età evolutiva e assistenza odontoiatrica a determinate categorie di soggetti in condizione di particolare vulnerabilità. Inoltre, ciascuna Regione e Provincia Autonoma ha recepito le norme statali con proprie deliberazioni, individuando le specifiche categorie di soggetti destinatari degli interventi e le prestazioni loro erogabili (www.salute.gov.it). Il Dpcm del 29 novembre 2001 introduce un'importante novità, in quanto sottolinea il principio secondo cui «il servizio sanitario non è chiamato a coprire qualsiasi tipo di prestazioni, ma solo quelle individuate come essenziali per la tutela della salute dei cittadini, aprendo potenziali spazi a soggetti terzi paganti»[15].

Con l'articolo 1, comma 198, della Finanziaria del 2008, si individuano gli àmbiti di intervento dei Fondi integrativi (già previsti dall'art.9 del decreto legislativo 229 del 1999) del Servizio Sanitario Nazionale e degli enti, casse e società di mutuo soccorso, che comprendono cure aggiuntive non comprese nei LEA e con questi integrate, quali le prestazioni di medicina non convenzionale, le cure termali (limitatamente alle prestazioni non a carico del SSN) e l'assistenza odontoiatrica non a carico del SSN (www.salute.gov.it). Tali disposizioni trovano poi attuazione nel decreto ministeriale del 31 marzo 2008 che specifica come, a partire dall'anno 2010, per poter accedere alle agevolazioni fiscali previste per la sanità integrativa, gli enti, le casse e le società di mutuo soccorso devono dimostrare che il 20% degli interventi erogati faccia riferimento a prestazioni odontoiatriche e all'assistenza socio-sanitaria (per persone non autosufficienti); nello stesso decreto si dispone, inoltre, l'istituzione, presso il Ministero della Salute, dell'Anagrafe dei Fondi Sanitari, le cui procedure e modalità di funzionamento vengono definite dal decreto ministeriale del 27 ottobre 2009.

L'istituzione di un fondo integrativo, quale che sia la tipologia, permette di accedere a una fiscalità agevolata, così come stabilito dall'articolo 51 comma 2, lettera a) del Tiur approvato con Dpr 22/12/86 n. 917, per cui non concorrono a formare il reddito «i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli àmbiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della Salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10, comma 1, lettera e-ter)»[16]. Secondo il citato articolo 10 e-ter dal reddito complessivo si deducono «i contributi versati, fino ad un massimo di euro 3.615,20, ai fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale istituiti o adeguati ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che erogano prestazioni negli àmbiti di intervento stabiliti con decreto del Ministro della Salute da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 51, comma 2, lettera a). Per i contributi versati nell'interesse

15 Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V., (a cura di), Rapporto OCPS 2015, Osservatorio sui consumi privati in sanità, Milano, Egea, 2015.
16 Articolo 51 comma 2, lettera a) del Tiur approvato con Dpr 22/12/86 n. 917.

delle persone indicate nell'articolo 12, che si trovino nelle condizioni ivi previste, la deduzione spetta per l'ammontare non dedotto dalle persone stesse, fermo restando l'importo complessivamente stabilito»[17].

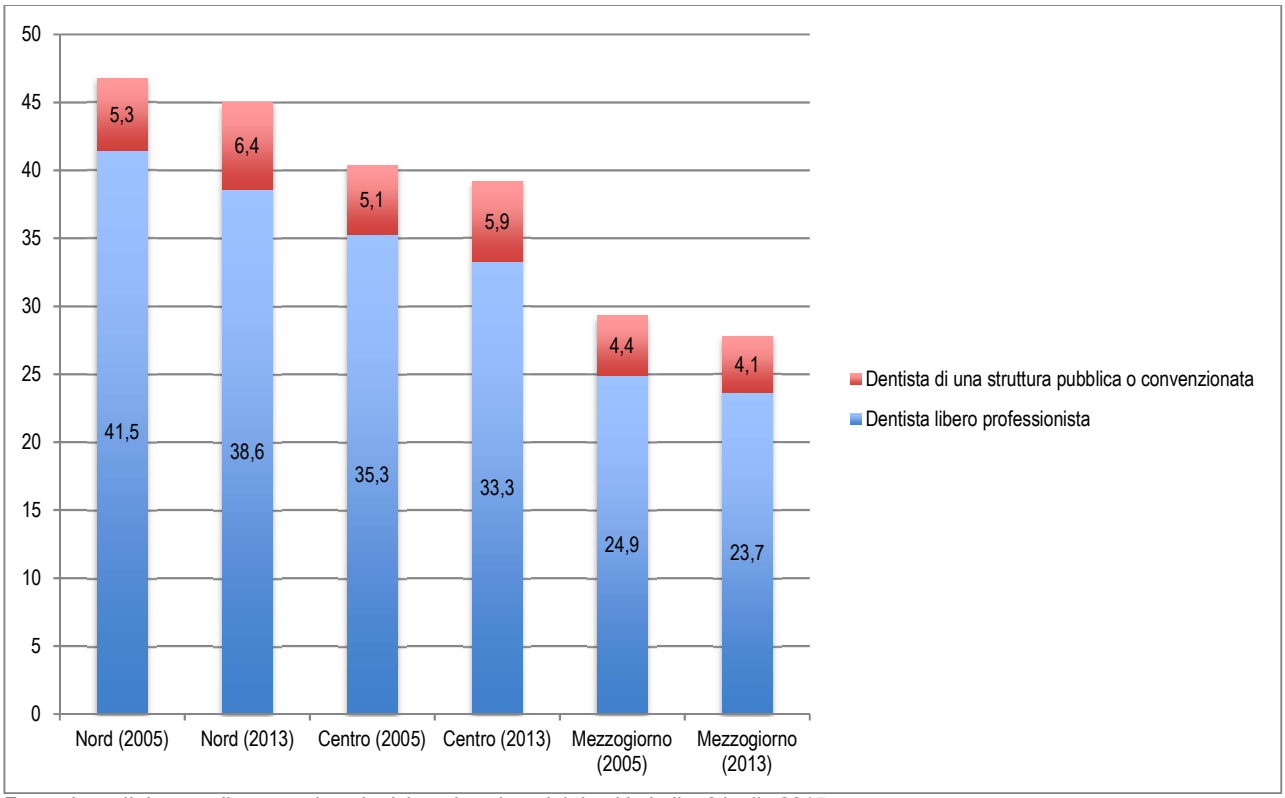
IL RUOLO DEI FONDI NEL SETTORE ODONTOIATRICO

Prima di vagliare l'impatto e le dinamiche che i fondi possono avere sul settore odontoiatrico, è utile fare una considerazione preliminare: l'attuale incidenza dei fondi nei confronti del comparto odontoiatrico riveste, ancora oggi, un ruolo marginale, sebbene in crescita, rispetto ad altri settori sanitari. Tale evidenza è prodotta da una congerie di fattori, tra i quali spicca il fattore "reputazionale": infatti, nella branca in questione il grado di fidelizzazione del paziente all'odontoiatra di fiducia risulta essere più marcato rispetto a quanto avviene per altri specialisti[18].

Il grafico sottostante mostra come tra le persone di 3 anni e più che hanno fatto ricorso al dentista negli ultimi 12 mesi prevalga l'abitudine di rivolgersi al dentista libero professionista piuttosto che al dentista di una struttura pubblica o convenzionata in tutte e tre le aree geografiche e per entrambi gli anni considerati. Un confronto tra le due annualità evidenzia un trend di crescita, seppur minimo in un lasso temporale di 8 anni, del favore incontrato dai dentisti che esercitano in strutture pubbliche o convenzionate, sia al Nord (dal 5,3% a 6,4%) sia al Centro (dal 5,1% al 5,9%); sostanzialmente invariato il dato relativo al Sud, con un'oscillazione minima dal 4,4% al 4,1%.

GRAFICO 12

Persone di 3 anni e più per tipo di professionista al quale hanno fatto ricorso negli ultimi 12 mesi e ripartizione geografica
Anni 2005 e 2013
Valori percentuali
Tassi standardizzati per 100 persone



Fonte: Istat, Il ricorso alle cure odontoiatriche e la salute dei denti in Italia, 6 luglio 2015.

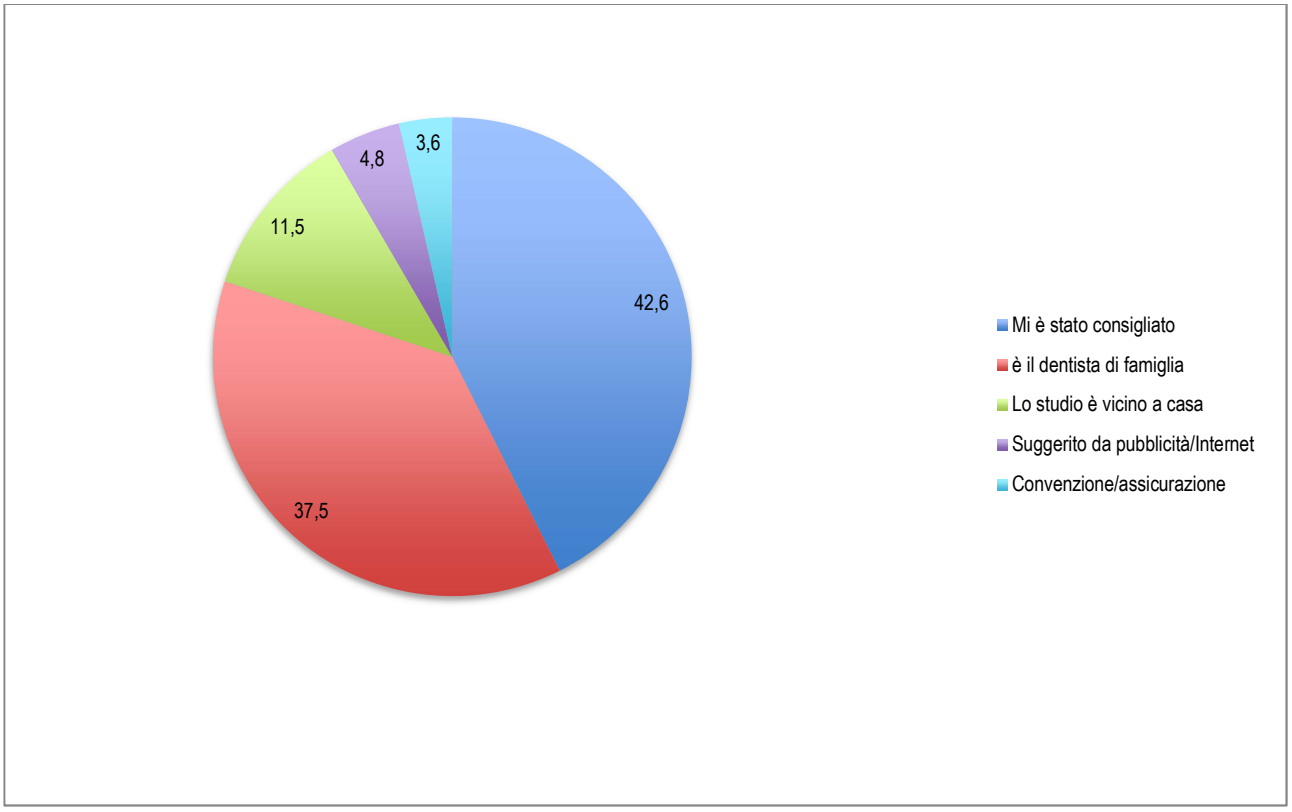
[17] Articolo 10, comma 1, lettera e-ter del Tiur approvato con Dpr 22/12/86 n. 917.

[18] Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V., (a cura di), Rapporto OCPS 2015, Osservatorio sui consumi privati in sanità, Milano, Egea, 2015.

Indicative della particolare sinergia che si crea nel rapporto paziente-odontoiatra, e quindi di una più ardua permeabilità dei fondi nel settore in termini di capacità di convogliare gli assistiti presso strutture accreditate, sono le modalità con cui i pazienti scelgono il proprio dentista. Il sondaggio "Il dentista che vorrei" evidenzia un prevalere del ruolo svolto dal passaparola nella scelta del professionista, fondamentale per il 42,6% degli intervistati. Non solo, quello del dentista sembrerebbe quasi essere un professionista "ereditabile": il 37,5% afferma, infatti, che il proprio dentista è quello di famiglia. L'elemento comodità, ovvero lo studio vicino casa, influenza poco più di una persona su dieci (11,5%), mentre il suggerimento proveniente da pubblicità/Internet non arriva al 5% delle risposte. Infine, la scelta operata in virtù di una convenzione/assicurazione interessa solamente un 3,6% di risposte, a sottolineare come i nuovi canali presenti sul mercato non godano ancora di una diffusa fiducia dei consumatori per quel che concerne il settore in oggetto.

GRAFICO 13

Come ho scelto il mio dentista
Anno 2015
Valori percentuali



Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Odonotiatria 33, Il dentista che vorrei, novembre 2015.

Preso atto di questa prima risultanza, occorre tener presente un altro elemento chiave per inquadrare l'intero fenomeno e la sua possibile evoluzione. Sin dalla sua nascita la sanità integrativa[19] si è dimostrata piuttosto reticente nei confronti di un investimento nell'assistenza odontoiatrica. A monte di tale orientamento vi è la consistente probabilità, da parte degli assistiti, di dover accedere alle cure odontoiatriche con maggiore frequenza di quanto avvenga per altre prestazioni specialistiche, soprattutto per alcune fasce d'età (tra i 6 e i 16 anni per prestazioni di ortodonzia, implantologia e protesica e sopra i 45 per prestazioni di endodonzia). Per il terzo pagante questo si traduce in una delicata gestione del rischio: «Da una parte, infatti, si ha una

[19] Le riflessioni che seguono sono desunte da Marianna Cavazza, Carlo De Pietro, Paolo Lazzari, *L'odontoiatria: il settore e i fondi*, in Mario Del Vecchio, Erika Mallarini, Valeria Rappini (a cura di), Rapporto OCPS 2015, *Osservatorio sui consumi privati in sanità*, Milano, Egea.

elevata frequenza degli eventi in termini assoluti che restringe i margini di pooling e cioè di mutualizzazione del rischio per l'operatore; dall'altra, invece, l'associazione tra fasce di età e maggiore frequenza di un determinato intervento richiede il calcolo del rischio per ciascuna prestazione. A questo primo aspetto se ne aggiunge un secondo conseguente alla consistente asimmetria informativa presente tra il soggetto terzo pagante (cioè il fondo sanitario) e l'erogatore (cioè lo studio odontoiatrico) e riguarda la scelta di metodica di intervento da adottare e una scarsa conoscenza dei costi in quanto caratterizzati da un'elevata variabilità. In particolare, in presenza di una patologia (carie) il dentista può optare tra più trattamenti alternativi assai diversi in termini di costo: può decidere di effettuare una semplice otturazione a un valore medio di 100/120 euro. Diversamente, può fare un intarsio a un costo medio di 250/300 euro. Potrebbe anche decidere di devitalizzare il dente e applicare una corona: in questo caso il costo complessivo si aggirerebbe intorno ai 1.000/1.200 euro. Come opzione estrema potrebbe, infine, ritenere necessario un impianto, estraendo il dente: in quest'ultimo caso, il costo complessivo dell'operazione sarebbe intorno ai 2.000 euro». Si tratta, quindi, per il Terzo Pagante, di cercare di ovviare a due particolari criticità, dettate dall'"azzardo morale" da parte dell'assicurato e dall'"induzione della domanda da parte dell'erogatore" (lo studio odontoiatrico). Per quanto riguarda l'azzardo morale, esso si può espletare ex ante o ex-post: «Nel primo caso, l'azzardo morale si può tradurre in una minore attenzione alla prevenzione e all'igiene dentale da parte di una persona assicurata (…), nonostante questo poi comporti comunque una situazione di disutilità a quest'ultima (…). Nel secondo caso, una volta emersa l'effettiva necessità di assistenza odontoiatrica, il paziente consuma prestazioni inappropriate rispetto al proprio bisogno, eventualmente indotte dallo stesso odontoiatra». Non in ultimo, gli assicurati potrebbero adottare comportamenti di "selezione avversa", rischio tipico del settore assicurativo in generale, per cui tendono maggiormente ad assicurarsi persone con elevata probabilità ad ammalarsi rispetto alle persone che godono di buona salute; nel caso specifico dell'odontoiatria gli assistiti «(…) potrebbero decidere di aggiungere la copertura dell'assistenza odontoiatrica al pacchetto base di prestazioni già garantito dal fondo qualora prevedano di avere bisogno di quest'assistenza nell'arco di un breve-medio periodo. Infatti, nel caso dell'odontoiatria, è spesso possibile fornire un primo intervento capace di ovviare a situazioni di emergenza e poi lasciar trascorrere un piuttosto lungo periodo di tempo prima di richiedere l'intervento definitivo». Diversi sono gli strumenti in possesso dei terzi paganti per prevenire o arginare le possibili distorsioni menzionate, esplicati nella tavola sottostante.

TAVOLA 1

Problemi per il terzo pagante e misure a contrasto
Anno 2015
Valori percentuali

Problemi per il terzo pagante	Misure a contrasto
Azzardo morale da parte dell'assicurato	Gate keeping (richiesta agli assicurati di passare attraverso un medico di riferimento o un servizio di consulenza web o telefonico prima di accedere alle prestazioni specialistiche). Ticket (compartecipazioni alla spesa da parte dell'assicurato). Franchigie (importi economici sotto i quali il terzo pagante non riconosce all'assicurato alcun rimborso).
Selezione avversa da parte dell'assicurato	Migliore stima del rischio individuale attraverso esami o visite più approfonditi. Periodi di carenza (lasso di tempo che deve passare dalla sottoscrizione della copertura assicurativa al momento in cui si può cominciare a fruire della copertura assicurativa). Riassicurazione da parte del terzo pagante.
Domanda indotta dall'offerta	Gate keeping. Contenimento dei rimborsi riconosciuti (negoziazione di tariffari più bassi con i professionisti e le strutture sanitarie, oppure previsione di massimali, cioè degli importi massimi che saranno rimborsati dal terzo pagante). Sistemi di rimborso prospettici e forfettari (invece che dettagliati e a pie' di lista). Strutture sanitarie di proprietà del terzo pagante o, quanto meno, rete convenzionata con sistemi di verifica dell'appropriatezza dei servizi erogati.

Fonte: Rapporto OCPS 2015.

Molti di questi rischi, in particolare, risultano più frequenti nel caso in cui il fondo adotti un sistema di gestione definito "a rimborso indiretto", pratica ancora in uso e largamente utilizzata prima dell'introduzione del summenzionato vincolo ministeriale del 20% entrato a regime a partire del 2010. In questo caso, di fronte a una prestazione sanitaria il fondo si limita a rimborsare la fattura già saldata da parte del paziente al momento della prestazione; il terzo pagante, quindi, si inserisce solo al termine del rapporto assistito-erogatore del servizio. Diverse le difficoltà che si ingenerano, dall'«(…) impossibilità sia di vagliare la qualità del medico

che eroga le cure, sia di valutare l'appropriatezza della prestazione una volta erogata», fino ai possibili rischi enunciati precedentemente con conseguenza assunzione di misure cautelative da parte del fondo, nonché lievitazione dei costi amministrativi e quindi, in ultimo, ulteriori oneri per l'assistito. D'altra parte, l'adozione di questo modello, permette al cliente/assistito di non veder limitata la propria possibilità di scelta del professionista di riferimento, considerato il particolare rapporto che l'assistito tende a creare con l'odontoiatra di fiducia.

In alternativa, il modello adottabile è quello basato su convenzioni dirette tra Terzo Pagante o TPA[20] e struttura e/o singolo professionista; l'intervento del terzo pilastro si fa in questo caso molto più attivo, entrando «(…) nel merito di chi eroga e come si erogano le prestazioni odontoiatriche ai propri assistiti»[21]. La prestazione, previa approvazione del piano di cura e del preventivo stilato dal professionista (in questo modo si riduce il rischio di azzardo morale ex-post e d'induzione della domanda), viene direttamente saldata dal fondo stesso. Tale modello è soggetto a limiti iniziali di accettazione dovuti principalmente a:

- forte influenza del fattore reputazionale precedentemente citato;
- incidenza in termini di costi per il convenzionamento diretto: «il costo, infatti, non è rappresentato solo dal processo di affiliazione (contratto, controlli, invio documenti) ma anche e soprattutto dal mantenimento e il controllo della rete stessa» delle strutture convenzionate.

A fronte di ciò si ravvedono anche possibili vantaggi:

- l'assistito non deve anticipare il pagamento, mentre l'erogatore del servizio può contare sulla capacità di solvibilità dello stesso;
- minore rischio di azzardo morale ex-post, attraverso strategie come la richiesta di un piano di cure preventivo che legittimi le prestazioni richieste;
- per il fondo la costruzione di una solida rete di affiliazioni si traduce nello «(…) snellimento delle procedure operative, imponendo una loro standardizzazione agli studi convenzionati che devono a volte attrezzarsi per applicarle». Non solo, un'ulteriore facilitazione consiste nell'«utilizzare un unico tariffario con prezzi inferiori a quelli di mercato che, da una parte, consente di calcolare più facilmente il rischio e, dall'altra, è il risultato di un maggiore potere contrattuale capace di spuntare prezzi migliori garantendo all'erogatore una potenziale quota di domanda certa».

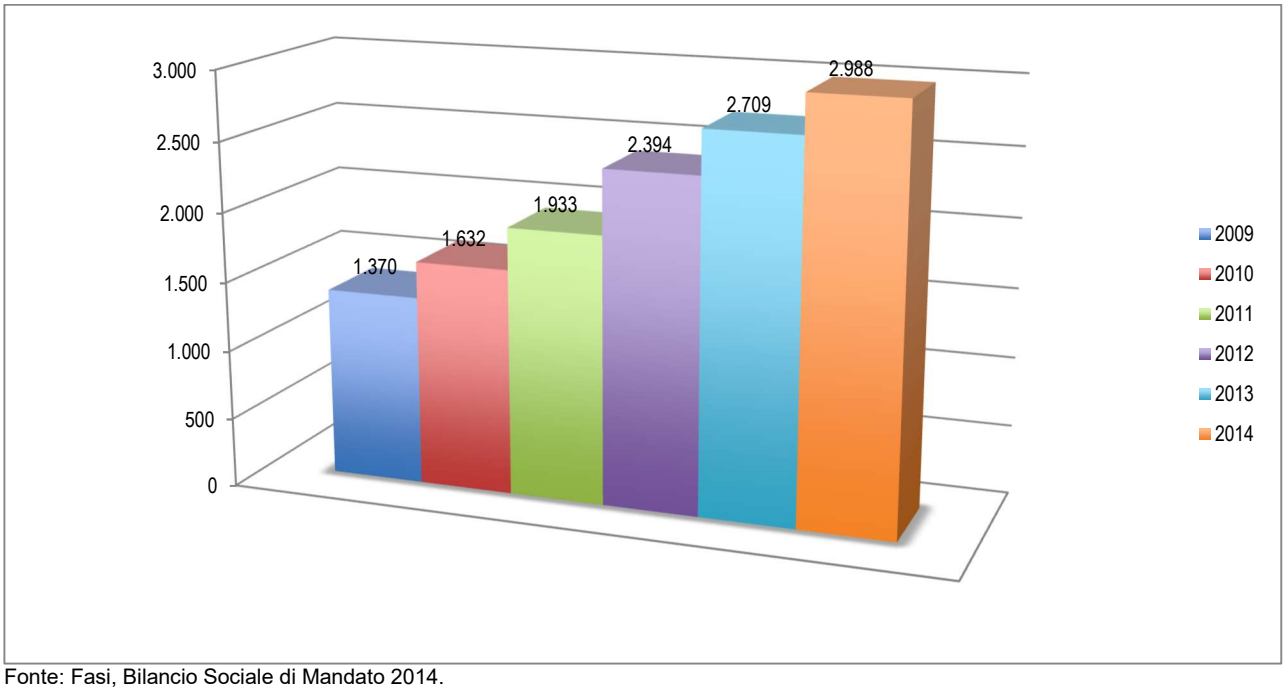
Il convenzionamento diretto sembra essere la soluzione certamente più conveniente sia per il fondo sia per il paziente. L'accesso a svariate prestazioni odontoiatriche risulta essere più vantaggioso se effettuato attraverso gli erogatori convenzionati con il TPA Pronto-Care: il totale del costo delle cure varia dai 1.055 attraverso una copertura in rete ai 1.625 euro mediante una copertura fuori rete, ovvero indiretta. Il risparmio finale per l'assistito attraverso il circuito di studi Pronto-Care è di ben 406 euro.

In mancanza di dati strutturali in grado di inquadrare l'intero fenomeno, può essere utile far riferimento ai bilanci disponibili di alcuni fondi, capaci di indicare una tendenza orientativa del settore. Nel caso del FASI (Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi), ad esempio, si può notare come negli anni il numero di strutture che hanno deciso di convenzionarsi con il fondo in oggetto siano cresciute notevolmente, passando dalle 1.370 del 2009 alle 2.988 del 2014 (+118% in cinque anni) (grafico sottostante). Parallelamente, nello stesso arco temporale (grafico 15) si è assistito a una significativa contrazione delle prestazioni indirette, dal 64% del 2009 al 48% del 2014), a favore di quelle dirette, cresciute nello stesso periodo di 16 punti percentuali, dal 36% al 52%, dati indicativi di un possibile progressivo sdoganamento dal modello a gestione indiretta.

20 Una TPA (Third Party Administration) è una società addetta allo svolgimento di tutte le pratiche amministrative inerenti alla coperture assicurative; il fondo integrativo può assolvere anche questa funzione o delegare, appunto, un'altra realtà.
21 Le riflessioni che seguono sono desunte da Marianna Cavazza, Carlo De Pietro, Paolo Lazzari, *L'odontoiatria: il settore e i fondi*, in Mario Del Vecchio, Erika Mallarini, Valeria Rappini (a cura di), Rapporto OCPS 2015, Osservatorio sui consumi privati in sanità, Milano, Egea.

GRAFICO 14

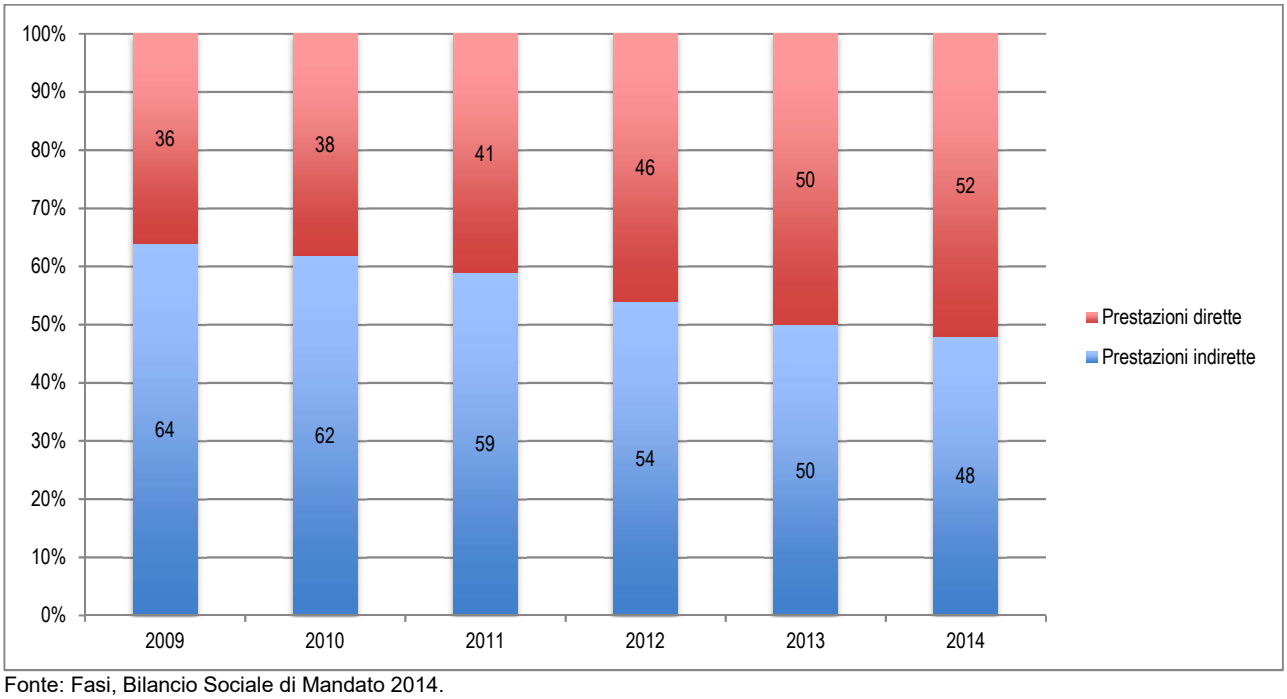
Totale strutture convenzionate con il Fasi
Anno 2009-2014
Valori assoluti



Fonte: Fasi, Bilancio Sociale di Mandato 2014.

GRAFICO 15

Incidenza prestazioni liquidate, forma diretta *vs* forma indiretta (2009-2014)
Anno 2009-2014
Valori percentuali



Fonte: Fasi, Bilancio Sociale di Mandato 2014.

FONDI INTEGRATIVI: UN BENEFICIO PER TUTTI?

In termini di valore economico è oggi difficile avere contezza delle risorse finanziarie che gravitano intorno ai terzi paganti: una stima prodotta dall'Ania (Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici)[22] per il 2014 parlava di circa due miliardi di premi assicurativi derivanti dal ramo malattie delle compagnie assicurative. Il dato è sicuramente parziale, in quanto buona parte dei fondi ha natura auto-assicurata, quindi non delega alle compagnie di assicurazione il rischio economico derivante dalle coperture sanitarie prestate agli assistiti[23]. Un veicolo di informazione alternativo può essere costituito dai singoli bilanci societari, laddove per i fondi è opportuno sottolineare le lacune normative in materia di pubblicità degli stessi, per cui il quadro dedotto non può che essere estremamente limitato e puramente indicativo. A titolo esemplificativo si riportano alcune dimensioni numeriche (contributi, prestazioni e numero assistiti) di due importanti fondi auto-assicurati, Casagit (Cassa Autonoma di Assistenza Integrativa dei Giornalisti Italiani) e il già citato Fasi.

TABELLA 8

Fondi sanitari autogestiti per contributi, prestazioni e numero di assistiti
Anno 2014
Valori assoluti (in euro)

Fondi	Contributi(*)	Prestazioni	Numero assistiti
Casagit	81.868.000	72.326	53.558(**)
Fasi	336.593.997	695.846	128.282

(*) Per il Fondo Casagit la categoria contributi comprende le voci contributi e proventi; per il fondo Fasi include le voci contributi, proventi da attività finanziaria e patrimoniale e altri proventi.
(**) Si intende il totale iscritti al profilo uno.
Fonte: Elaborazione Eurispes su dati Casagit, Bilancio 2014. *Analisi dei dati di conto economico* e dati Fasi, *Bilancio Sociale di Mandato*, 2014.

Più definito il quadro relativo al numero delle persone che accedono a forme sanitarie integrative (che contempla quindi fondi integrativi, casse mutue e assicurazioni sanitarie). Secondo la ricerca condotta dalla compagnia RBM Salute in occasione della V edizione del Welfare Day 2015, le forme sanitarie integrative in Italia hanno un ruolo ancora minoritario: infatti, è inferiore di più del 30% rispetto alla media Ue la quota di spesa privata intermediata da forme di sanità integrativa. In particolare più dell'80% della popolazione italiana non dispone di forme sanitarie integrative: coloro che vi fanno maggiore ricorso sono i lavoratori dipendenti (57% su 12,2 milioni), mentre per i lavoratori autonomi la percentuale si mantiene sotto il 15% (14% su 22,7 milioni). La distribuzione geografica rivela una maggiore adesione alle alternative praticabili al SSN soprattutto al Nord e al Centro, mentre l'area del Sud, dove non a caso sono maggiori le criticità socio-economiche, conta meno aderenti: il rapporto è di 1 a 15 al Sud, di 1 a 7 nel Nord-Est, 1 a 5 al Centro e 1 a 4 nel Nord-Ovest. Con riferimento alle cure odontoiatriche il quadro a disposizione dei cittadini risulta essere piuttosto limitante: nel 78% dei casi le Forme Sanitarie integrative da CCNL coprono solamente le prestazioni di prevenzione odontoiatrica, nel 69% delle situazioni prevedono anche le cure odontoiatriche considerate minori, mentre i costi relativi a prestazioni più economicamente impegnative trovano un livello di copertura inferiore: 39% in caso di implantologia, 34% per chirurgia odontoiatrica e 21% per le spese[24].

La situazione che si configura, quindi, è quella di una platea di beneficiari estremamente ristretta, soprattutto se si considera il settore odontoiatrico, dove le maggiori agevolazioni sono per lavoratori che possono usufruire dei vantaggi derivanti dai contratti collettivi nazionali, ovvero si «(…) avvantaggiano i più avvantaggiati (…): individui che non solo lavorano, ma hanno anche un datore di lavoro che aderisce al fondo e individui che, a prescindere dalle condizioni lavorative, hanno redditi sufficienti sia a pagare il premio sia a beneficiare dell'agevolazione»[25]. Una grossa fetta della popolazione rimarrebbe, quindi, esclusa dai possibili benefici; non solo, il bacino più vulnerabile, costituito dai soggetti malati, risulterebbe doppiamente emarginato, a causa della larga diffusione, anche nei fondi chiusi, della pratica del dumping, «ossia, della

[22] Ania, *Fondi sanitari, la necessità di un riordino*, maggio 2015.
[23] Cfr, Rapporto OCPS 2015.
[24] "Sanità integrativa. L'80% degli italiani non ne dispone. Più diffusa tra i dipendenti e al Centro-Nord. Copertura scarsa per farmaci e grandi interventi ospedalieri. La ricerca Rbm Salute", *Quotidianosanità.it*, 16 giugno 2015.
[25] Granaglia E., I fondi sanitari integrativi: alcuni rilievi critici, Astrid.

rescissione del contratto o, comunque, della non copertura di condizioni croniche che potrebbero nel tempo svilupparsi»[26]. È evidente come a fronte del sostegno esercitato dai terzi paganti al pilastro sanitario nazionale, il nuovo assetto non sia scevro da rischi di iniquità.

Un'ulteriore considerazione relativa ai fondi e in particolare legata al comparto odontoiatrico, riguarda il rapporto che essi instaurano con le strutture convenzionate, in particolare con le catene low cost. Negli ultimi anni si è assistito all'ascesa di catene odontoiatriche insediatesi su gran parte del territorio italiano e capaci di offrire prestazioni a prezzi estremamente concorrenziali, tra queste, Gruppo DentalPro-Midco Spa, Caredent Bistar Srl, Apollonia-Odontosalute, Dental Coop, HDental, Dentadent, Vitaldent; non di rado tali franchising sono legati ai fondi integrativi in quanto a prestazioni convenzionabili, come riportato, a titolo di esempio, nella tabella sottostante.

TABELLA 9

Franchising dentali e fondi integrativi associati

Franchising dentale	Fondo Integrativo
Dental Coop	Fondo salute, Cesare Pozzo, Previmedical
HDental	Fondo Est, Unisalute
Dentedent	Fasi, Fasdac, Unisalute, Fondo Est, Faschim, ecc)

Fonte: Elaborazione Eurispes su dati presenti sui portali online dei rispettivi frinchising dentali.

Queste cliniche a buon mercato, oggetto di una disamina nella precedente indagine condotta da Eurispes e Aio, *Odontoiatria, sistemi regionali a confronto*, presentano, tendenzialmente, due elementi peculiari:

- giovani professionisti sottopagati: nell'impossibilità di aprire un proprio studio, molte giovani professionalità trovano uno sbocco nelle strutture *low-cost*, che prevedono una retribuzione lorda non superiore ai 15-20 euro l'ora[27];
- società di capitali: le nuove catene sul mercato, detenute da veri e propri investitori, opererebbero secondo logiche puramente di profitto che mal si sposano con principî di natura deontologica: «(…) i piani di trattamento sono stabiliti non da medici ma da direttori commerciali, (…) il paziente è considerato un mezzo per fare più prestazioni possibili e quindi più guadagno».

Queste le parole del presidente dell'ANDI, Gianfranco Prada, resesi concrete nella presentazione di vari emendamenti al Ddl concorrenza in discussione in Parlamento per arginare il fenomeno, attraverso l'obbligo, per le società del settore odontoiatrico, di avere minimo i due terzi del capitale sociale detenuti da iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Di simile tenore la proposta del presidente di AIO, Pierluigi Delogu, del 12 febbraio 2016, indirizzata ai presidenti di Camera e Senato, ai presidenti di commissione e agli onorevoli e senatori, che, condividendo l'ipotesi dei due terzi di iscritti all'Albo, si sofferma poi sul ruolo del direttore sanitario dei centri odontoiatrici, attualmente esercitabile sia dagli iscritti all'Albo degli Odontoiatri sia dagli iscritti all'Albo dei Medici: «(…) appare ineludibile la regolamentazione per legge della Direzione Sanitaria dei Centri Odontoiatrici-persone giuridiche. Il ruolo in questione deve essere ricoperto da figure iscritte all'Albo degli Odontoiatri senza deroghe. Le suddette figure dovrebbero seguire una formazione specifica per la mansione di dirigenza, e una volta contrattualizzate dovrebbero garantire la presenza fisica durante le ore di attività alla struttura che dirigono»[28] .

Proposte mal digerite dai rappresentati delle maggiori catene, giudicate frutto di manovre volte ad abbattere la libera concorrenza e dal sapore protezionistico. In una lettera indirizzata al presidente del Senato e ai senatori tutti, le motivazioni, avverse al vincolo dei 2/3, avanzate dai rappresentanti del Gruppo DentalPro-Midco SpA, Caredent-Bistar Srl, Gruppo Apolonnia-Odontosalute, Dental Coop, HDental, Gruppo Dentadent, secondo i quali tale manovra:

[26] Idem.
[27] Cfr., Trovato I., "Dentisti low cost, ma pieni di capitali", *Corriere della Sera-Economia*, 7 marzo 2016.
[28] AIO, DDL Concorrenza-proposta Associazione italiana Odontoiatri per la trasparenza nelle grandi strutture odontoiatriche e il rilancio del dentale in Italia, 12 febbraio 2016.

- «Non ha nessun fondamento di tutela della salute pubblica: ogni centro dentistico in forma societaria è già governato dal Direttore Sanitario e vi operano solo medici odontoiatri iscritti all'Ordine.
- Non ha nessun fondamento economico: in nessun altro campo della salute, infatti, esiste un simile obbligo che imponga una soglia minima di medici soci (si pensi agli ospedali privati, alle cliniche o ai centri diagnostici).
- È palesemente contrario ai basilari princìpi della libera concorrenza»[29].

Bisogna poi considerare l'eventualità non remota in cui gli investitori contino tra le loro fila profili di stampo criminale. Tale ipotesi, avanzata nell'indagine "Odontoiatria, sistemi regionali a confronto", vedrebbe la criminalità organizzata particolarmente interessata a investire nelle catene di franchising odontoiatrico per facilitare operazioni di *money laundering*. Di grande risonanza pubblica, il caso dell'arresto di parte del gruppo dirigenziale del noto marchio spagnolo Vitaldent a febbraio 2016 per frode fiscale e riciclaggio: l'indagine, partita due anni prima, era stata originata dal rinvenimento di un'ingente quantità di contanti nelle mani della compagna del proprietario della catena spagnola, Ernesto Colman, nei pressi della frontiera svizzera. Dall'indagine è emersa la pratica di chiedere agli imprenditori che avevano aperto strutture sotto il marchio in questione, la richiesta del 10% in nero sul totale del costo dell'operazione di apertura. La stampa spagnola ha fatto riferimento a circa 10 milioni di euro sottratti all'Erario e convogliati verso Svizzera e Lussemburgo, debitamente ripuliti attraverso l'investimento in beni immobili e di lusso[30].

Senza contare che molte delle sedi in franchising hanno visto la loro chiusura *ex abrupto*, con un conseguente danno per i proprietari, il personale impiegato e non in ultimi gli assistiti, legati a finanziamenti stipulati al momento dell'identificazione di un piano di cure che non ha poi trovato completo adempimento.

La consuetudine di offrire ai clienti vantaggi in termini di finanziamenti a tasso zero o agevolati risulta essere capillare nelle strutture in franchising: in questo modo il cliente, contrariamente dall'erogatore che può contare sulla solvibilità offerta dalle società finanziarie, rischia, in caso di cessazione dell'attività, di non vedere realizzate le prestazioni precedentemente preventivate.

L'Italia non sembrerebbe affatto esente da rischi di condotte illegali: proprio una clinica odontoiatrica di Terni, affiliata al franchising Vitaldent, nel giugno 2014 risultava coinvolta nell'operazione "Mediterraneo" che ha portato all'arresto di soggetti appartenenti alla 'Ndrangheta, in particolare alla cosca Molé: la clinica fungeva infatti da riciclaggio di denaro illecito[31].

Quale l'interesse dei fondi integrativi per siffatte realtà?

Di là dalle possibili congetture, è possibile delineare, alla base dei dati raccolti da Eurispes attraverso la somministrazione di interviste ai maggiori fondi, un generale orientamento del mercato, per cui si ravvede una sempre maggiore frequenza di richieste di convenzionamento da parte sia di studi privati sia di catene dentali.

Ciò che, invece, nell'imminente sembra essere scongiurata, è l'eventualità che gli stessi fondi integrativi siano interessati a impiantare proprie strutture sul territorio; evenienza che solleverebbe leciti dubbi circa la bontà dell'operazione, perplessità legate alle possibili derive monopolistiche a cui il settore sarebbe soggetto, oltre ai limiti di libertà di scelta a cui il singolo cliente risulterebbe esposto.

[29] Michel J Coen, Chicci Reggiani, Angelo Gottardo, Maurizio Magnolato, Gabriele Colla, Gabriele Intini, Difendiamo la libertà e la qualità delle cure odontoiatriche, in http://dentalcoop.it/difendiamo-la-liberta-e-la-qualita-delle-cure-odontoiatriche/

[30] "Arrestato in Spagna il gruppo dirigente della Vitaldent. Frode, riciclaggio e reati fiscali le accuse", *Odonotoiatria 33*, 16 febbraio 2016.

[31] Cfr., "'Ndrangheta, l'operazione Mediterraneo arriva a Terni: arrestato il titolare di uno studio dentistico", *Umbria 24,* 24 giugno 2014.

Capitolo 3

Possibili scenari futuri (possibile piattaforma di confronto dei terzi paganti con la categoria odontoiatrica, interesse ad impiantare strutture sul territorio, criteri di scelta dei professionisti da convenzionare)

IL BOOM DEI FONDI INTEGRATIVI

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario, che hanno evidentemente intercettato precisi cambiamenti ed esigenze.

In primo luogo, l'esigenza dei cittadini di tutelare la propria salute a fronte di un arretramento del SSN in termini di offerta di cura e di reale possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie – si pensi in particolare al fenomeno delle liste di attesa. I fondi e le casse hanno intercettato le esigenze delle famiglie, soprattutto quelle con reddito medio-basso, consentendo loro di usufruire di cure sanitarie altrimenti inaccessibili.

I vincoli di bilancio e le trasformazioni demografiche hanno messo in discussione il funzionamento dei sistemi sanitari pubblici universalistici (per prestazioni offerte, tempi di attesa, qualità dell'assistenza) ed hanno reso di fatto necessario l'affiancamento agli stessi di forme integrative in grado di coprire quella fetta di spesa sanitaria out of pocket che è ovunque in forte crescita, tanto da costringere una percentuale non trascurabile di cittadini a rimandare o rinunciare completamente alle cure. Il progressivo ridimensionamento dell'offerta del Servizio Sanitario Nazionale si è manifestato iniziando dalle prestazioni ritenute non fondamentali. Su questa linea si è proceduto a tagli sempre più articolati nell'ambito delle prestazioni del servizio, obbligando così i cittadini a provvedere direttamente in modo a volte integrativo ma da ultimo sempre più sostitutivo alla spesa sanitaria per visite, prestazioni e prodotti necessari per le cure delle quali hanno bisogno.

Su un piano più generale, l'evoluzione dei principali fattori socio-demografici che ha caratterizzato gli ultimi anni ha reso necessario un ripensamento dell'offerta di welfare nel nostro Paese. La crescita dell'aspettativa di vita, il declino dei tassi di natalità, i profondi cambiamenti intervenuti nel mercato del lavoro, uniti alle costanti esigenze di contenimento della spesa pubblica, hanno determinano una situazione in cui i rischi connessi all'invecchiamento e alle condizioni di salute sempre più difficilmente potranno trovare piena copertura nell'azione del sistema universalistico, così che, rispetto al passato, una quota sempre maggiore di rischi viene trasferita dallo Stato alle famiglie. I fondi sanitari hanno intercettato una parte di questa domanda.

La percezione, da parte dei cittadini, della qualità dei livelli di assistenza forniti dal SSN è in molti casi insoddisfacente e va peggiorando soprattutto nelle Regioni sottoposte a piano di rientro. Anche quando si può contare sulla qualità del servizio, il SSN non è in grado di rispettare i criteri di efficienza richiesti.

Le mancanze dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria tendono ad alimentare la sfiducia dei cittadini nella sanità pubblica. Di fatto, esistono prestazioni e servizi che non trovano una adeguata copertura pubblica. Tra questi vale la pena citare le prestazioni di Ltc (Long Term Care) e le prestazioni di odontoiatria.

Non va inoltre sottovalutato il sistema dei ticket, che rappresenta un gravoso onere per le famiglie, mentre le lunghe liste di attesa spesso costringono i cittadini a rivolgersi al privato per usufruire di una prestazione sanitaria in tempi ragionevoli.

In tale contesto, la sanità integrativa rappresenta la risposta a bisogni misurabili e definiti.

Conseguentemente alla diminuzione dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, comunità e gruppi si sono organizzati per offrire prestazioni in àmbito sanitario che siano più efficaci rispetto a quelle che il sistema pubblico è oggi in grado di fornire.

I fondi contrattuali, per le loro caratteristiche ed il funzionamento mutualistico, rispondono meglio di altri a queste necessità e possono rappresentare il futuro di un nuovo sistema sanitario in cui pubblico e privato sono in grado di collaborare ed integrarsi, l'uno a vantaggio dell'altro, per garantire livelli di assistenza sanitaria adeguati alle nuove sfide e necessità.

Il Terzo Pagante mira ad offrire al più vasto strato di popolazione possibile l'opportunità di usufruire di prestazioni sanitarie non previste dai LEA.

Le prestazioni "salva vita", che generalmente sono anche le più costose, vengono richieste sempre al SSN, al contrario la politica dei ticket, le liste d'attesa, l'esigenza di una accoglienza alberghiera, la fiducia in un determinato professionista possono determinare la necessità di utilizzare le prestazioni dei fondi o una assicurazione privata.

I fondi aggregano collettività e quindi estendono, con costi bassi, servizi e prestazioni importanti e di valore.

Riscontrano un alto consenso tra i lavoratori in quanto offrono servizi immediatamente disponibili e fruibili sostenendo il reddito delle persone nelle situazioni di difficoltà determinate dai problemi di salute e incoraggiano la prevenzione.

I principali bisogni che una protezione sanitaria integrativa riesce a soddisfare – dal punto di vista del cittadino/fruitore del servizio – sono:

- tempestività di erogazione delle prestazioni;
- possibilità di scelta del prestatore/specialista sanitario (concorrenzialità del sistema);
- fruizione di tariffe calmierate e trasparenti;
- opportunità di ampliare la fruizione di servizi di prevenzione della salute (fuori LEA in àmbito SSN o troppo costosi). Quest'ultima opportunità assume una grande valenza anche per il sistema sanitario pubblico in quanto utile ad educare alla prevenzione, misurare lo stato di salute di una collettività e orientare le future politiche della salute e del welfare in generale.

I fondi integrativi dovrebbero quindi rispondere ad una domanda diffusa e crescente di servizi sanitari (complementare o sostitutiva rispetto a quella coperta dal sistema pubblico), ad una attesa di maggiore qualificazione e professionalità del servizio, di flessibilità nei tempi di erogazione, nonché di promozione delle condizioni di "benessere" psico-fisico del cittadino, più complesse rispetto al passato e corrispondenti agli stili di vita di una società moderna.

LE CARATTERISTICHE DELL'OFFERTA DI PAGAMENTO INTEGRATO DA SOGGETTI TERZI NEL SETTORE SANITARIO

Fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni, forme di assistenza volontaristica: il panorama è ampio ed eterogeneo.

Lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi è stato promosso in Italia sia da una normativa fiscale di favore che gradualmente si è andata stratificando (deducibilità fiscale dei premi e/o dei costi sostenuti dall'assicurato), sia da una maggiore attenzione da parte della contrattazione collettiva (aziendale o territoriale).

Nell'ambito delle relazioni industriali la contribuzione datoriale destinata al finanziamento dei fondi sanitari si inquadra tra le leve della retribuzione accessoria (plus/benefit) tendenti a favorire migliori condizioni di vita sociale degli appartenenti ad una determinata comunità (welfare/benessere aziendale). Nel mondo del lavoro autonomo, invece, ove non sono previsti benefici derivanti dalle contribuzioni di terzi committenti, l'obiettivo di fare rete e di sviluppare massa critica, al fine di garantire economicità delle prestazioni e/o coperture sempre più ampie, è affidato alle organizzazioni e istituzioni di categoria, anche territoriali, in un'ottica di efficientamento delle tutele assicurative individuali (polizze vita).

Nell'arco di 20 anni si sono succeduti diversi modelli di fondi sanitari, in particolare si è passati da un modello principale che era quello dei fondi di natura aziendale, prevalentemente orientato ad esigenze di benefit e dunque un modello legato ad una natura di benefit premiale nei confronti dei dipendenti delle aziende, a fondi di natura contrattuale, legati all'esigenza di garantire, attraverso forme di mutualità di base, i lavoratori contro i rischi di tipo catastrofale. Più recentemente si è passati invece a fondi di tipo territoriale, che per diversi aspetti rappresentano una sintesi di questi due mondi, in quanto hanno la caratteristica di essere

prevalentemente incentrati sulla contrattazione territoriale, ma dal punto di vista delle coperture intercettano maggiormente le spese frequenti e quindi non i rischi catastrofali; in questo modo si avvicinano all'approccio tipico dei fondi di natura aziendale.

L'attuale offerta può quindi essere suddivisa in quattro cluster: i fondi di tipo aziendale, i fondi di tipo contrattuale, i fondi di tipo territoriale ed infine le polizze assicurative di tipo individuale.

I fondi di tipo contrattuale hanno delle coperture incentrate sui grandi interventi, quindi si concentrano su quella tipologia di prestazioni ospedaliere a bassa frequenza e ad alta severità, legata a patologie molto importanti, che hanno però delle possibilità di accadimento molto contenute.

Il modello dei fondi aziendali è invece basato sulle spese di frequenza, e dunque riguarda spese sanitarie che sono più frequenti e che incidono sulla vita quotidiana delle persone: dalle analisi e le visite specialistiche alle prestazioni di alta diagnostica e i ricoveri anche di minore severità, come può essere il day-hospital. Prevedono solitamente un ampliamento della copertura in caso di grandi interventi: quindi, si tratta di coperture più complete focalizzate su eventi di natura ricorrente.

Ci sono poi i fondi di natura territoriale che hanno la caratteristica di essere orientati su uno di questi due mondi, concentrandosi più sull'area ospedaliera o più sull'area extra ospedaliera in funzione dell'area geografica nella quale sono costituiti. Oggi le uniche aree in cui sono presenti dei fondi territoriali sono il Veneto, la Lombardia e il Trentino Alto Adige. Nell'area del Nord-Est ci sono prevalentemente fondi che coprono prestazioni di frequenza, accertamenti, analisi di laboratorio e visite, mentre per quanto riguarda l'area del Nord-Ovest si tratta di prestazioni di tipo assistenziale, quindi assistenza socio-sanitaria e assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda infine l'offerta delle compagnie assicurative, questa può essere divisa in due macro blocchi, quella delle compagnie generaliste tradizionali, quelle compagnie che coprono qualsiasi rischio dall'auto alla salute, e quelle compagnie che si occupano prevalentemente di salute. Le prime compagnie si occupano dell'area ospedaliera e lo fanno con una logica di tipo rimborsuale, corrispondendo un rimborso a fronte di una spesa ospedaliera di solito di entità piuttosto consistente. Le compagnie specializzate coprono invece l'assicurato a tutto tondo nel percorso di cura, partendo dalle analisi di laboratorio e arrivando fino all'ambito odontoiatrico. Il tratto distintivo di queste compagnie consiste nel puntare sul circuito convenzionato, mettendo cioè a disposizione del convenzionato una rete di strutture sanitarie private che vengono pagate direttamente dalla compagnia, all'interno della quale l'assicurato riceve un'assistenza in tempi contenuti e con prezzi concordati tra la compagnia e la struttura che eroga la prestazione.

Una delle principali caratteristiche delle forme di integrazione dell'assistenza sanitaria risiede nella possibilità di modulare forme di sostegno molto mirate – come l'assistenza domiciliare fornita quotidianamente da personale qualificato nei confronti di persone colpite da patologie senza prospettiva di guarigione, che impongono periodi di non breve durata di assistenza domiciliare.

L'offerta di servizio dei diversi operatori sanitari si caratterizza ancor oggi come forma di prestazione "rimborsuale" di costi sostenuti dall'assicurato, con applicazione di scoperti e franchigie, per eventi definiti. Rispetto ai trattamenti garantiti dal SSN (LEA), le prestazioni offerte dai diversi operatori pubblici e privati (fondi, casse professionali, assicurazioni, servizi regionali, forme individuali) possono assumere le seguenti caratteristiche:

a) *prestazioni sostitutive*: day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, grandi interventi, parto, alta diagnostica, visite specialistiche, ecc.;
b) *prestazioni integrative*: assistenza infermieristica, cure dentali, fisioterapia, etc.;
c) *prestazioni complementari*: rimborso di ticket specialistici, medicinali, trasporto sanitario, check-up o prevenzione, diaria giornaliera ricovero, etc.

L'ampliamento significativo della platea di assistiti, di fatto, è stata determinata dai fondi istituiti con la contrattazione nazionale (fondi ai quali aderiscono centinaia di migliaia di lavoratori, in alcuni casi oltre 1 milione per singolo fondo).

I fondi hanno privilegiato la gestione assicurativa e si avvalgono di servizi resi nelle reti convenzionate alle quali l'utente si rivolge solitamente pagando una franchigia che resta a suo carico; in alternativa rimborsano i ticket quando si fruisce di servizi nel settore pubblico o ancora pagano diarie nei casi di ricovero sempre nel pubblico.

Esiste una sostanziale differenza tra iniziative volontarie ad adesioni individuali, che sono per lo più erogate dalle assicurazioni, ed iniziative di tipo collettivo, laddove un intero gruppo aderisce ad una copertura

di assistenza sanitaria integrativa in relazione al fatto che possono ottenere costi ragionevoli per quello che riguarda i contributi richiesti.

IL FUNZIONAMENTO DEI FONDI PRIVATI

Il Fasdac è un fondo di derivazione contrattuale con gestione paritetica. Ha carattere mutualistico (le risorse, cui tutti concorrono nella stessa misura a parità di status, sono ripartite secondo il bisogno di ciascuno) improntato alla solidarietà intergenerazionale (i dirigenti attivi concorrono alla gestione dei dirigenti divenuti pensionati). Si autofinanzia esclusivamente attraverso i contributi versati dalle aziende e dagli iscritti (dirigenti in servizio, prosecutori volontari, pensionati diretti ed indiretti).

Ha natura di associazione privata non riconosciuta e non persegue fini di lucro. È interamente autogestito ed autoassicurato: assunzione in proprio del rischio di malattia dei propri iscritti e del relativo nucleo familiare assistibile senza adozione di meccanismi di selezione in entrata (fondati sulle loro condizioni di salute) o di uscita (fondati sul ricorso alle prestazioni). Per i familiari (coniuge o convivente more uxorio, figli fino al ventiseiesimo anno di età, genitori fiscalmente a carico) non è prevista alcuna contribuzione aggiuntiva rispetto a quella dovuta dal titolare dell'iscrizione.

L'assistenza è erogata in due forme: diretta (tramite una rete proprietaria costituita da oltre 4.000 strutture convenzionate per circa 6.300 contratti) ed indiretta (sotto forma di rimborso delle spese degli iscritti sostenute in Italia e all'estero).

Assidai. La natura giuridica di Assidai è "no profit" per cui vi è un'iscrizione al fondo piuttosto che un semplice pagamento come accade invece per le assicurazioni. Attraverso l'iscrizione ad Assidai, che è possibile effettuare come privati o aziende, si può godere di un piano sanitario con determinate caratteristiche e con specifiche aree di intervento per quanto concerne i rimborsi. L'iscrizione al fondo garantisce una serie di tutele per gli assistiti, proprio perché i valori che lo contraddistinguono sono la mutualità e la solidarietà, che si concretizzano, per esempio, nell'impossibilità per Assidai di recedere unilateralmente dall'iscrizione, in nessun limite di età di permanenza nel fondo, nel fatto che il contributo sia unico per l'intero nucleo familiare (figli fino a 26 anni), nella possibilità di estendere la copertura sanitaria ai figli fino al 55esimo anno di età, anche se sposati, scegliendo il Piano Sanitario "Familiari" e nell'inclusione, in tutti i piani sanitari, di servizi e prestazioni rivolte a persone non in grado di svolgere autonomamente le principali attività della vita quotidiana (Long Term Care).

Emapi è un fondo che riceve contributi dai propri associati, che sono gli enti di previdenza privati dei professionisti italiani, i quali erogano attraverso Emapi la copertura di assistenza sanitaria integrativa di base, cioè quella riferita ai grandi interventi chirurgici e ai gravi eventi morbosi. Questi interventi sono pagati dalla cassa previdenziale professionale di appartenenza; ogni singolo professionista può aggiungere un ampliamento della copertura destinata a tutto il nucleo familiare oppure scegliere la copertura di tipo globale che va ad ampliare l'offerta di prestazioni a cui l'iscritto ha diritto. Emapi è un fondo assicurato: il rischio viene trasferito su una compagnia di assicurazione, sottoposta al suo controllo, che eroga le prestazioni ed i rimborsi agli associati.

Gli iscritti alla Fondazione Enpam possono sottoscrivere una polizza sanitaria che Enpam ha selezionato con una gara.

Inarcassa, quale operatore istituzionale di riferimento per la categoria degli ingegneri ed architetti liberi professionisti, garantisce ai propri iscritti un doppio livello di tutela sanitaria:

a) Tutela sanitaria base, gratuita per tutti gli iscritti e pensionati. La tutela copre i grandi interventi chirurgici, i grandi eventi morbosi e le terapie radianti e chemioterapiche. Tra le garanzie accessorie: una indennità sostitutiva del ricovero, l'indennità dread desease, la prevenzione annuale, assistenza infermieristica, trasporto sanitario. La garanzia è estensibile ai familiari.

b) Tutela sanitaria integrativa, a pagamento, che copre tutte le forme di ricovero indipendentemente dalla patologia sottostante. Tra le altre prestazioni erogate rientrano quella di alta diagnostica, parto, visite specialistiche, cure neonatali, lenti, cure dentarie. Le prestazioni sono erogate:
   - in regime di assistenza diretta, con ricorso ai servizi della rete convenzionata, senza alcun costo aggiuntivo per l'iscritto;
   - in regime rimborsuale, con ricorso alla rete non convenzionata, con applicazione di franchigia e scoperto;
   - in regime di SSN, con rimborso integrale del ticket. Le prestazioni erogate sono intermediate da una compagnia assicurativa, selezionata mediante gara europea, con cui viene stipulata polizza di copertura collettiva della categoria.

Sanarti è un fondo a gestione convenzionata con compagnie di assicurazione e il piano sanitario comprende l'erogazione di assistenza sanitaria diretta (attraverso strutture convenzionate) o in forma rimborsuale (per i ticket). L'incasso dei premi invece, trattandosi di un fondo di natura contrattuale, avviene con pagamento a mezzo modello F24.

Sanimpresa permette agli iscritti alla cassa di: ottenere il rimborso dei ticket pagati presso le strutture pubbliche o convenzionate con il SSN; effettuare prestazioni di diagnostica in strutture convenzionate pagando solo una piccola franchigia; ricevere una diaria ospedaliera in caso di intervento chirurgico in strutture sanitarie pubbliche; effettuare interventi chirurgici in strutture sanitarie private convenzionate e non convenzionate con Unisalute (fatta salva una franchigia); usufruire del pacchetto gravidanza; ricevere il rimborso di cure oncologiche.

mètaSalute gestisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso convenzionamento con una compagnia di assicurazione che si occupa anche della liquidazione dei rimborsi. La contribuzione viene incassata trimestralmente mediante pagamento effettuato direttamente dalle aziende che trattengono mensilmente le quote dalle buste paga dei lavoratori iscritti. Il fondo è finanziato da contribuzione datoriale e contribuzione del lavoratore, senza l'intervento di ulteriori soggetti.

RBM è una compagnia assicurativa, quindi ha modelli gestionali funzionali alla tipologia di clientela alla quale si rivolge. Offre sia polizze individuali, che utilizzano il metodo dell'incasso del premio e sono distribuite attraverso il circuito bancario, on line o attraverso le agenzie, sia coperture di tipo collettivo, in quanto assicura una grande quantità di fondi, enti pubblici ed enti previdenziali che garantiscono questa copertura ai loro associati. A completamento di questa offerta RBM lavora attraverso due fondi aperti a quei cittadini che non hanno la possibilità di aderire a forme di copertura contrattuale o professionale. Questi due fondi hanno la caratteristica di operare come dei fondi tradizionali: non fanno selezione del rischio, non prevedono un'analisi preliminare di accettazione dell'assicurato, non prevedono una tariffa differenziata per età e prevedono un incasso su base mensile del contributo, come se fosse una trattenuta in busta paga. Il vantaggio di questo modello è di garantire all'assicurato una stabilità di relazione poiché non esistono meccanismi di interruzione anticipata della copertura o di aumento del premio per eccessiva onerosità della copertura, in quanto la compagnia assicura l'intero fondo e ciò consente di ammortizzare le punte di rischio e quindi di essere in grado di garantire coperture durature nel tempo e a tariffa bloccata.

Reale Mutua ha istituito una cassa di assistenza per consentire alle aziende e ai loro dipendenti di avvantaggiarsi dei benefici fiscali previsti dalla normativa. Questa cassa di assistenza, per quanto riguarda l'importo dei pagamenti e l'incasso dei premi, prende i contributi direttamente dalle aziende; questi contributi coprono sia i costi per la gestione della cassa, sia i costi attivati per la gestione delle coperture. I costi della cassa sono minimi e sono calcolati in una percentuale dei costi per il premio della polizza. Per quanto riguarda i rimborsi, il Gruppo Reale Mutua attraverso una società di servizi, Blue Assistance, si occupa di liquidare i sinistri o attraverso il rimborso delle spese sostenute oppure attivando il servizio Blue con il pagamento in forma diretta.

Le caratteristiche dei fondi desunte dalle risposte degli intervistati

LE TARIFFE. CRITERI DI DEFINIZIONE ED EVOLUZIONE

I diversi soggetti intervistati nell'ambito della sanità integrativa concordano nel definire le tariffe stabili o al ribasso. Negli ultimi tre anni le tariffe appaiono stabili o tendenzialmente in diminuzione per effetto di una sempre crescente popolazione assistita.

I criteri di definizione delle tariffe variano invece per i diversi fondi/casse.

Assidai pone il massimo impegno al fine di garantire che non ci siano incrementi eccessivi in merito al contributo di iscrizione/rinnovo iscrizione annuale. Il compito non è particolarmente agevole perché il trend dell'incremento della quota dei rimborsi richiesti al Fondo Assidai è costante. Il ricorso alla prestazione attraverso strutture convenzionate è uno strumento che contribuisce a raggiungere l'obiettivo della razionalizzazione dei costi. Assidai si comporta come una grande centrale di acquisto di prestazioni sanitarie per i propri iscritti. Mettendo in competizione il mercato attraverso una sana e corretta concorrenza si razionalizzano i costi senza compromettere qualità ed efficienza.

Per esempio, per il rinnovo dell'iscrizione al fondo per il 2015, non vi è stato alcun incremento del contributo richiesto per i Piani Sanitari Privati; per rinnovare la propria iscrizione per l'anno corrente è stato richiesto un incremento del contributo del 2%, che, in termini sostanziali, si è concretizzato in poche decine di euro in più da corrispondere sui diversi Piani Sanitari.

Emapi ha mantenuto dal 2007 il medesimo livello di contributi sia per le coperture di base sia per quelle integrate.

Fasdac. Le tariffe sono stabilite in logica di sostenibilità del modello erogativo tenendo conto di una serie di variabili. Tra le principali: il valore che il Servizio pubblico e/o le Associazioni di categoria (laddove esistenti) attribuiscono ad una determinata prestazione; la spesa che gli assistiti sostengono per la medesima prestazione sul libero mercato; la rilevanza sociale, economica e sanitaria della singola prestazione; il confronto con enti simili.

Per Inarcassa le tariffe specifiche delle singole prestazioni sono intermediate da una compagnia assicurativa. I premi individuali pro capite registrati nell'ultimo decennio a copertura del servizio e degli andamenti tecnici della polizza sono in costante aumento.

Trattandosi di un fondo a gestione convenzionata con compagnie di assicurazione, Sanarti non cura direttamente la modulazione delle tariffe.

In base all'ampiezza del livello di copertura, RBM ha piani sanitari che partono da un euro e mezzo al giorno e arrivano fino ai 2.250 all'anno; in questo range si passa da una copertura che riguarda il solo individuo o l'intero nucleo familiare a coperture che coprono solo il comparto ospedaliero e coperture che riguardano l'intera gamma di prestazioni sanitarie. Le tariffe sono rimaste mediamente stabili grazie all'aumento del numero degli iscritti, dunque grazie all'elemento delle economie di scala ed all'aumento della mutualità.

Sanimpresa ha rivolto il proprio impegno a garantire ai propri iscritti un numero crescente di prestazioni, mantenendo invariato il contributo di iscrizione/rinnovo annuale. Per il raggiungimento di tale obiettivo ha da sempre cercato di ridurre al massimo i costi di gestione del fondo, mantenendo un equilibrio tra il numero delle strutture convenzionate e le prestazioni offerte agli iscritti.

Per quanto riguarda le tariffe, queste vengono definite attraverso la convenzione tra Unisalute e le strutture che chiedono di associarsi. Il costo per la copertura sanitaria per ogni dipendente è pari a 68 centesimi al giorno, pari a 252 euro all'anno a completo carico delle aziende; agli iscritti viene poi offerta la possibilità di far accedere al fondo i propri familiari pagando la stessa quota, con modalità decrescente in base al numero dei familiari.

Negli ultimi anni la quota d'iscrizione è rimasta stabile anche a fronte di un aumento dell'offerta di prestazioni alle quali gli iscritti possono accedere.

Reale Mutua. Ogni gruppo di assicurati ha le sue caratteristiche, non soltanto in relazione alle condizioni di salute, ma anche alla maggiore o minore abitudine a rivolgersi alla sanità privata, alla maggiore o minore conoscenza della copertura che il datore di lavoro mette a disposizione e, infine, alla regione d'appartenenza, che influenza molto i costi sanitari e la qualità del servizio. Ciò rende impossibile stabilire una tariffa che vada bene per tutti. È dunque difficile definire se in generale le tariffe si siano alzate o abbassate. Va comunque tenuto conto dell'indicizzazione delle spese sanitarie, conseguenza dell'inflazione, che incidono sul lungo e medio periodo; all'opposto c'è un altro trend del quale bisogna tener conto, ovvero l'invecchiamento della popolazione, che ha portato Reale Mutua ad assicurare età anagrafiche che prima non venivano assicurate anche nel comparto delle polizze individuali.

Altro trend che va ricordato è il ridimensionamento dell'operatività del Sistema Sanitario Nazionale che incrementa il ricorso alle polizze e determina dunque un aumento dei costi.

Le tariffe non hanno subìto brusche variazioni, c'è stato piuttosto un adeguamento dei prezzi al contesto economico ed all'offerta sanitaria odierna.

Per quanto riguarda la modulazione delle tariffe, da novembre 2015 è stato introdotto un nuovo prodotto che si chiama Programma Wellness, che concede degli sconti agli assicurati: questi, attraverso semplici test che si possono fare in farmacia, come la misurazione della pressione e l'indice di massa corporea, dimostrano di essere in salute al momento della sottoscrizione della polizza e si impegnano a fare del movimento durante il periodo di copertura.

Definizione delle franchigie a carico del cliente

Non esiste una normativa generare di riferimento per la definizione delle franchigie a carico del cliente. Ogni fondo può stabilire in piena autonomia l'eventuale quota a carico dell'assistito, regolandosi in base ad una sua politica di gestione dei rimborsi.

Franchigie e scoperti, come pure le prestazioni, sono correlati ai livelli di servizio che si intende garantire in condizioni di massima economicità, tenuto conto degli equilibri finanziari e delle disponibilità in bilancio da rispettare.

Per quanto riguarda i fondi contrattuali, la ripartizione della spesa è decisa dalle fonti istitutive e, quindi, principalmente dalla contrattazione. La franchigia e lo scoperto sono elementi solitamente legati al contratto assicurativo perché in genere i fondi sono assicurati, dunque la quota di compartecipazione è un elemento che fa parte della tariffa assicurativa. In generale il fondo identifica prevalentemente l'area di intervento, ovvero sceglie se garantire le coperture in àmbito ospedaliero, se rimborsare le visite o se rimborsare le prestazioni odontoiatriche; la franchigia segue dunque un criterio matematico e solitamente serve ad evitare un sovra utilizzo.

Si è ormai affermata nel mercato una regola legata agli scoperti, secondo la quale all'interno del circuito convenzionato solitamente le compagnie non applicano scoperto perché se la compagnia è in grado di negoziare in modo adeguato il prezzo con le strutture, non ha bisogno di lasciare una quota del fatturato a carico dell'assicurato, in quanto in realtà il controllo del prezzo massimo l'ha già fatto con la convenzione. Al contrario, quando l'assicurato spende al di fuori del circuito convenzionato, viene applicata la franchigia con l'obiettivo di evitare il disinteresse dell'assicurato nello spendere una somma elevata. Lo strumento della franchigia viene utilizzato per le prestazioni di frequenza, ovvero quelle prestazioni che vengono ripetute più volte nell'arco dell'anno, in questo senso la franchigia serve a prevenire un sovra utilizzo, come del resto avviene nel Servizio Sanitario Nazionale con i ticket.

Fasdac differenzia le franchigie a seconda della forma di rimborso: in quella diretta esistono misure diverse a seconda della tipologia della prestazione (30% per l'odontoiatria; 20% per la diagnostica e le visite specialistiche; 15% per l'assistenza ospedaliera; nessuna franchigia per la fisioterapia, gli specifici programmi di prevenzione promossi dal fondo ed il pagamento dei ticket del SSN); in quella indiretta la franchigia assume

misure variabili essendo definita dalla differenza tra la spesa sostenuta dall'assistito sul libero mercato e la tariffa di rimborso prevista dal fondo.

Assidai prevede piani sanitari che hanno franchigie ed altri che non ne hanno.

Emapi prevede delle franchigie che scattano nel momento in cui un associato si rivolge ad una struttura non convenzionata per una prestazione medica coperta dal fondo.

Sanarti stabilisce contrattualmente con la compagnia di assicurazione franchigie che sono di importo diverso a seconda della tipologia di prestazione sanitaria erogata.

AGEVOLAZIONI FISCALI PREVISTE AL MOMENTO DELL'ISTITUZIONE DI UN FONDO INTEGRATIVO

È riconosciuto che esiste un vuoto normativo: non esistono agevolazioni fiscali in favore dei fondi di nuova istituzione.

Dal 2009 (c.d. decreto Sacconi) non sono state apportate modifiche alla normativa sui fondi sanitari.

I fondi devono essere iscritti all'Anagrafe dei Fondi, istituita presso il Ministero della Salute, con decreto ministeriale del 27 ottobre 2009, tra gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51 comma 2, lettera a) del Dpr 917/1986. Il decreto in parola contiene la prima regolamentazione del settore e riguarda gli àmbiti di operatività sia dei fondi cosiddetti doc (ex art. 9 decreto legislativo n. 229/99) sia degli enti/casse aventi esclusivamente finalità assistenziali. Per questi ultimi è stato confermato il limite di euro 3.615,20 di non concorrenza alla formazione dei redditi da lavoro dipendente per i contributi versati in base a contratti, accordi o regolamenti aziendali che garantiscano che il 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti venga riservato a prestazioni socio-sanitarie e odontoiatriche.

Si parla da tempo di introdurre agevolazioni fiscali per i fondi, anche l'attuale Governo si è espresso a favore, ma al momento la legislazione è ferma a vent'anni fa. Ciò ha creato una forte sperequazione tra quelli che sono i fondi privati e i lavoratori dipendenti da un lato, i quali hanno diritto alla detrazione del contributo versato per la copertura, e quelli che invece si rivolgono a professionisti i quali non danno diritto alla deducibilità fiscale, dall'altro.

PARTECIPAZIONE DI FONDI DI INVESTIMENTO NEI FONDI INTEGRATIVI

Generalmente non esiste partecipazione di fondi di investimento nei fondi integrativi.

Hanno risposto negativamente Fasdac, Assidai, Emapi, Inarcassa, Sanarti, Reale Mutua, mètaSalute, RBM.

Nel caso di RBM tutte le risorse sono impiegate per la copertura delle prestazioni e sono trasferite alla compagnia assicurativa per garantire la copertura delle prestazioni. Diversamente da un fondo pensione un fondo sanitario fa fronte con le sue risorse ai bisogni di spesa dell'assicurato, per cui non c'è in realtà un investimento delle risorse, perché le risorse sono trasformate in premio, il premio viene acquisito dalla compagnia: con questo la stessa compagnia deve, da un lato, far fronte alle prestazioni, dall'altro dotarsi di riserve tecniche; queste servono infine a garantire il pagamento delle prestazioni future degli assicurati. Per questi motivi è la compagnia che eventualmente investe una componente delle riserve tecniche coerentemente con quelli che sono i limiti normativi per poter valorizzare questa quota di capitale che ha a disposizione per la copertura del rischio.

Diverso il caso di Sanimpresa che, per quanto riguarda le riserve, finora ha investito in immobili, per il futuro sta valutando quali investimenti fare considerato il bail-in; sta valutando, con molte società, soluzioni che permettano di non mettere a rischio il capitale investito ed avere un minimo di rendimento. È stato ad esempio preso in considerazione il sistema delle Poste, perché sarebbe garantito dallo Stato. Tuttavia, il sistema assicurativo potrebbe apparire più convincente in quanto alcune società garantirebbero il capitale assicurando dei rendimenti che variano dallo 0,5% (nel caso andassero male tutti gli investimenti da loro effettuati) al 2,5%.

CONVENZIONI CON FRANCHISING DENTALI

In relazione al convenzionamento con franchising dentali si configura un panorama abbastanza eterogeneo.

Quasi tutti i fondi sono oggi collegati alla Associazione Nazionale Dentisti Italiani attraverso la quale sono in grado di offrire ai propri iscritti la migliore assistenza, in senso generale e riguardo alla qualità, con un rapporto tra costi e prestazioni fondamentalmente in equilibrio. Non mancano i casi di convenzione con i maggiori network odontoiatrici.

Assidai si avvale di un importante ed esteso network di strutture e medici convenzionati attraverso il proprio partner Previmedical.

Emapi può contare su un circuito presso il quale i propri iscritti si possono rivolgere ottenendo una prestazione convenzionata, che sono quelle di base come la rimozione del tartaro, visite periodiche oppure quelle riguardanti il trattamento di gravi patologie dentarie o quelle a seguito di infortuni, mentre tutto il resto non viene riconosciuto come prestazione da rimborso e quindi l'iscritto usufruisce di questo circuito all'interno del quale ha diritto ad alcune agevolazioni sui costi.

Nel caso di Inarcassa la compagnia assicurativa che eroga il servizio utilizza un network sanitario che comprende oltre 5.000 medici odontoiatri convenzionati.

Anche Sanimpresa è convenzionata con franchising dentali. Le prestazioni odontoiatriche coperte dalla polizza sono la visita, l'ablazione e tre impianti all'anno, solo in strutture convenzionate, questo perché con queste c'è un margine contrattuale maggiore, ed è quindi possibile garantire costi più bassi. Sanimpresa stipula convenzioni con quegli studi odontoiatrici, in aggiunta alla polizza, che offrono una doppia ablazione all'anno, lo sbiancamento e l'ortopanoramica gratis, in cambio di una comunicazione sul suo sito e sul periodico che viene inviato ai suoi iscritti.

Fasdac allo stato attuale ha convenzionato un solo network selezionato sulla base di criteri di qualità.

RBM ha un ampio network di odontoiatri convenzionati, una rete basata sul convenzionamento diretto con i dentisti, quindi non con i franchising.

Sanarti non è convenzionato con franchising dentali.

Neppure Reale Mutua, che preferisce il convenzionamento con i singoli studi dentali.

mètaSalute si avvale della rete messa a disposizione dalla compagnia assicurativa convenzionata, non è quindi convenzionato con franchising dentali.

DISTRIBUZIONE DEGLI INCASSI DEI FONDI. QUOTA DESTINATA ALLE TERAPIE MEDICHE E QUOTA DESTINATA ALLE TERAPIE ODONTOIATRICHE

Per quanto riguarda la distribuzione degli incassi dei fondi, le quote destinate alle terapie mediche ed alle terapie odontoiatriche risultano variabili.

Nel caso di Fasdac la quota destinata ai rimborsi a carattere "medico" è di circa il 78%; quella per i rimborsi "odontoiatrici" del restante 22%.

Per Inarcassa le prestazioni legate al ricovero ammontano a circa il 70% del totale. Le prestazioni extraricovero (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, etc.) ammontano a circa il 30%. Le prestazioni odontoiatriche valgono meno dell'1% del totale dei servizi erogati.

Per Reale Mutua le spese odontoiatriche coprono il 18%. La restante percentuale è riservata ad altre spese sanitarie, la più alta essendo la copertura più richiesta dagli assicurati.

Sanarti impegna nelle terapie odontoiatriche circa il 30% delle risorse.

RBM, rispetto alla media, copre una maggiore quota di terapie odontoiatriche, intorno al 40%. Da un lato perché può contare su un ampio circuito di dentisti, dall'altro perché è stata la prima compagnia ad introdurre polizze che coprono esclusivamente le spese per le prestazioni odontoiatriche. RBM copre l'intero campo di prestazioni in àmbito odontoiatrico, le limitazioni sono legate solo al periodo di fruizione, ovvero se un paziente si sottopone all'impianto dentale, il secondo impianto dello stesso dente sarà rimborsato solo dopo due anni, perché la convenzione fatta con l'odontoiatra prevede che il materiale utilizzato debba avere una durabilità di almeno due anni.

Sanimpresa ha concordato un pacchetto complessivo all'interno del quale non è possibile distinguere le quote; tuttavia, la spesa per la prestazione odontoiatrica rappresenta la terza voce nella spesa per le prestazioni – la voce più alta di tutte è quella per gli interventi, seguita dalla prevenzione.

I fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, gli Enti, le Casse e le Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, hanno l'obbligo di destinare una quota non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, per l'erogazione di prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabili. Ed esattamente:

a) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi- residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;
b) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in àmbito domiciliare, semiresidenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;
c) prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali e altre prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza;
d) prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie.

Convenzionamento diretto e indiretto con gli odontoiatri

Prendendo in esame la forma più diffusa di convenzionamento con le strutture odontoiatriche, tra diretta ed indiretta, emergono scelte diverse, ma si osserva una prevalenza del convenzionamento diretto.

Reale Mutua ed RBM operano solo attraverso il convenzionamento diretto con i singoli studi dentistici. La stessa scelta è stata fatta da Sanimpresa, che ha escluso in àmbito odontoiatrico la libera scelta per due ragioni: poter concordare con la struttura convenzionata il tariffario, a tutto vantaggio degli iscritti; creare un sistema trasparente e funzionale, sia dal lato del fornitore che del paziente.

Inarcassa e Fasdac privilegiano il convenzionamento diretto dei medici. Fasdac sottolinea come questo garantisca il rimborso nella misura prestabilita del 70% sulla base di valori preventivamente concordati per ciascuna prestazione.

Emapi, per alcune prestazioni, prevede un convenzionamento diretto.

La polizza messa a disposizione da Enpam prevede invece il convenzionamento indiretto.

Sanarti è un fondo a gestione convenzionata con compagnie di assicurazione che hanno convenzioni con gli odontoiatri.

mètaSalute al momento non si convenziona direttamente ma si avvale della rete della compagnia assicurativa convenzionata.

Le terapie e gli interventi coperti dai fondi integrativi in àmbito odontoiatrico. Evoluzione recente in termini di tariffario, quote effettivamente rimborsabili, prestazioni convenzionabili

Benché le richieste di prestazioni siano sensibilmente aumentate negli ultimi anni, i diversi fondi hanno mantenuto il livello generale dell'offerta di servizi odontoiatrici, quindi le prestazioni non rimborsate non sono aumentate, grazie alla buona gestione del rapporto Fondi-Odontoiatri e all'ottima gestione economico-

finanziaria che i fondi stessi riescono ad attuare. In generale, i diversi fondi operano con un accantonamento di risorse piuttosto consistente a garanzia dell'equilibrio e la stabilità dell'offerta.

Il fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese – con un massimale annuo di euro 220,00 – per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative. Sono comprese anche eventuali visite e/o sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche. mètaSalute liquida le spese sostenute per i seguenti interventi chirurgici: osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale;neoplasie ossee della mandibola o della mascella;cisti radicolari; cisti follicolari;adamantinoma;odontoma;asportazione di cisti mascellari;asportazione di epulide con resezione del bordo;intervento per iperostosi, osteomi (toro-palatino, toro mandibolare, ecc.);ricostruzione del fornice (per emiarcata);ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico;rizotomia e rizectomia;ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare.Il massimale annuo è di 2.000,00 euro. Il fondo ha cercato nel tempo – a seguito dell'incremento della contribuzione ricevuta – di aumentare i massimali a disposizione tenendo presente che la garanzia odontoiatrica è quella a più alta frequenza. Le prestazioni iniziali non sono – fino a oggi – mai state ridotte ma solo migliorate.

L'offerta erogata attraverso i servizi assicurativi di RBM in àmbito odontoiatrico è totale e negli anni le quote sono rimaste stabili se non si sono addirittura ridotte.

Per Sanimpresa le prestazioni convenzionate sono la visita, un'ablazione all'anno e tre impianti all'anno; alcuni studi privati offrono dei servizi in più come lo sbiancamento e l'ortopanoramica, in cambio di visibilità sul periodico.

Fasdac copre tutte le prestazioni odontoiatriche sia in forma diretta che indiretta con la sola esclusione di alcune prestazioni di paradontologia. Negli ultimi anni il fondo è passato dal rimborso secondo il criterio a percentuale a quello secondo le tariffe stabilite dal Nomenclatore/Tariffario che nel 2013 è stato opportunamente rimodulato in aumento.

Per quanto concerne Inarcassa, le prestazioni odontoiatriche sono previste nella polizza integrativa ad adesione volontaria con onere a carico dell'iscritto. La polizza copre le seguenti prestazioni: visita odontoiatrica e ablazione del tartaro; interventi chirurgici per osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o mascella, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma. Le coperture non hanno subìto modifiche nel corso degli ultimi anni.

Assidai, in generale, per i piani sanitari che prevedono tali prestazioni, rimborsa le cure dentarie ed ortodontiche senza richiedere specifiche in merito alle terapie e agli interventi eseguiti. In alcuni piani sanitari viene esclusa l'ablazione del tartaro e vi sono limitazioni per i trattamenti ortodontici.

Nel caso di Emapi l'offerta delle prestazioni odontoiatriche è aumentata.

Sanarti è un fondo relativamente "giovane" e sin dall'avvio dell'erogazione delle prestazioni, in àmbito odontoiatrico, ha garantito e tuttora garantisce la visita, una seduta annuale di igiene nonché interventi di implantologia.

Reale Mutua negli ultimi anni non ha modificato né il tariffario né le prestazioni.

Il ricorso degli studi privati alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato

Non c'è dubbio che la crisi economica e il ritrarsi del servizio socio-sanitario rispetto alle prestazioni odontoiatriche (ma certamente non soltanto rispetto a queste) abbiano prodotto una richiesta più consistente di prestazioni non più fornite dal servizio pubblico, dunque i diversi studi odontoiatrici hanno dovuto produrre una nuova offerta, anche per quanto riguarda il rapporto qualità-prezzo della prestazione, dando vita ad un nuovo equilibrio che investe tanto i pazienti che i loro fondi. Si è venuta così a costituire una nuova dinamica nel rapporto richiesta di prestazioni e offerta che ha sostanzialmente assorbito le difficoltà che inizialmente i cambiamenti, i tagli e le riduzioni di servizi avevano provocato, anche grazie ad un'evoluzione dei prezzi e dei materiali che tiene conto della mutata situazione, sia per la normale evoluzione della ricerca sia per la sempre più ridotta presenza del servizio pubblico.

Si riscontra una crescita notevole delle convenzioni tra studi privati e fondi integrativi, anche perché la crisi economica ha certamente prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Gli studi subiscono inoltre la forte concorrenza delle tariffe low-cost operate da odontoiatri in altri paesi e dei franchising dentali, che negli ultimi anni hanno conosciuto una forte espansione. Per questa ragione molti professionisti ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato e come un mezzo utile per raggiungere la clientela.

All'inizio della crisi si è registrata una tendenza alla chiusura da parte degli studi dentari alle forme di sanità integrativa. Fino a qualche anno fa il circuito convenzionato prevedeva un numero ristretto di professionisti, oggi questo numero è più che quadruplicato. I primi a convenzionarsi sono stati in realtà gli studi importanti, questo per mantenere alto il numero di pazienti, nonostante la crisi che li ha colpiti.

Pur non potendo generalizzare le scelte dei singoli professionisti, risulta senza dubbio evidente un trend che conferma una maggiore richiesta da parte degli studi al convenzionamento.

In seguito a tali fenomeni è divenuto molto più facile per fondi e casse integrative convenzionare studi odontoiatrici anche molto importanti.

La crescita delle platee di riferimento dei fondi sanitari integrativi ha inoltre aumentato considerevolmente l'attrattività degli stessi nei confronti dei professionisti e delle strutture sanitarie presenti sul mercato. Ciò tanto più se si pensa che sempre più strutture pubbliche richiedono oggi il convenzionamento con i fondi sanitari integrativi.

I PARAMETRI CHE LE STRUTTURE ACCREDITATE DEVONO SODDISFARE PER ESSERE CONVENZIONABILI CON I FONDI PRIVATI

Tutti i fondi integrativi richiedono alle strutture il rispetto di alcuni parametri per essere convenzionabili.

In primo luogo si richiede il possesso dei requisiti di legge, tra cui ovviamente l'autorizzazione sanitaria. Il convenzionamento può avvenire previa verifica di tutti i requisiti, le autorizzazioni, gli standard igienici previsti tanto per la struttura che per il personale che vi opera.

RBM prevede una procedura di convenzionamento abbastanza articolata, comprendente una certificazione di qualità che riguarda il convenzionamento, una certificazione di qualità che riguarda la selezione e l'accreditamento degli enti e il rilascio di un certificato di qualità che riguarda le prestazioni erogate. Tutte queste procedure seguono la normativa ISO ed utilizzano un ente di certificazione terzo che valuta la corretta gestione delle procedure adottate. I parametri sono dunque tre: uno di natura organizzativa (di quali dotazioni tecnologiche, capacità assistenziali la struttura è dotata); il secondo blocco riguarda i parametri economici (quali sono i parametri di fatturato della struttura, che tipo di script tra fatturato derivante dal sistema sanitario nazionale e fatturato da terzo pagante e fatturato da cliente privato, di che tipo sono gli integratori di bilancio); infine, il terzo parametro è quello delle cure, sul quale viene richiesto alla struttura di fornire alcuni parametri nell'ambito della qualità dei materiali, della durabilità di ciascun intervento, ecc.

In molti casi i fondi non selezionano direttamente le strutture ma si avvalgono dell'aiuto di una compagnia assicurativa.

Assidai non convenziona direttamente le strutture sanitarie, ma si affida ad un network professionale come quello di Previmedical che monitora costantemente l'efficienza delle strutture stesse.

Sanarti è un fondo a gestione convenzionata con compagnie di assicurazione che hanno una propria rete di strutture convenzionate per le quali si garantiscono livelli elevati in termini di accoglienza, tecnologia, professionalità e qualità.

mètaSalute si avvale della rete di strutture della compagnia assicurativa, soggetta ad una procedura di certificazione e qualità per cui ogni odontoiatra, come ogni altra struttura sanitaria convenzionata, è soggetto ad un controllo secondo parametri sia economici sia qualitativi; l'ente certificatore che collabora con mètaSalute effettua una valutazione della qualità dell'odontoiatra. Il rapporto di mètaSalute con ogni singolo odontoiatra è dunque mediato.

Nel caso di Sanimpresa alle convenzioni con i numerosi studi che propongono un accordo provvede la compagnia di assicurazione Unisalute. Tuttavia, per mantenere alto il rapporto qualità/costi, Unisalute seleziona in maniera molto attenta le strutture da convenzionare per rispondere al meglio alle esigenze degli associati, anche in termini di distribuzione sul territorio. Ad esempio, Sanimpresa aveva 460 strutture per il

check-up: per poter ampliare gli accertamenti diagnostici senza aumentare i costi o dover far pagare supplementi agli iscritti, sono state ridotte a 32 su Roma, scegliendo centri che inserissero altri esami.

Anche nel caso di Inarcassa la rete medico-sanitaria, ivi compresa quella dei medici odontoiatri, è selezionata dalla compagnia assicurativa partner del fondo.

LA POSSIBILITÀ DI UNA PIATTAFORMA DI CONFRONTO CON LA CATEGORIA DEGLI ODONTOIATRI PER DEFINIRE GLI INTERVENTI CONVENZIONABILI E LE ALTRE CARATTERISTICHE DELLA CONVENZIONE

La larga maggioranza dei fondi/casse integrative interpellati si dichiarano favorevoli a costituire una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione.

Viene sottolineato come, in una prospettiva di crescita e di miglioramento delle prestazioni odontoiatriche, una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri possa rappresentare un valido strumento di conoscenza del settore. Ogni forma di confronto può rivelarsi utile e produttiva, anche in considerazione dell'incidenza della spesa odontoiatrica out of pocket nel bilancio di una famiglia media.

Alcuni fondi manifestano un vivo interesse a recepire le possibilità di crescita dell'offerta per i propri iscritti che vengono dal comparto.

Assidai osserva che un confronto sarebbe auspicabile, tuttavia attualmente non esiste.

Emapi rileva che ad oggi il confronto con la categoria degli odontoiatri andrebbe ripreso sulle modalità di intervento e la definizione dei costi.

Enpam fa notare che gli odontoiatri preferirebbero un sistema di convenzionamento indiretto, comunque concordato, e basato sulla qualità.

INTERESSE DELLE SOCIETÀ AD IMPIANTARE STRUTTURE SUL TERRITORIO, NEL MEDIO O LUNGO TERMINE

La quasi totalità dei fondi/casse intervistati dichiarano di non essere interessati ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine.

RBM parla di una precisa scelta dettata dalla convinzione che in questo campo paghi la specializzazione: ritiene dunque più opportuno rimanere partner di strutture sanitarie convenzionate, ma che, correttamente, l'assicurazione continui a fare l'assicurazione e le strutture sanitarie continuino a fare le strutture sanitarie, questo perché uno degli elementi fondamentali messo a disposizione del cliente è la possibilità di accedere a strutture che si riconoscono come centri di eccellenza. RBM non intende quindi sostituirsi alle strutture, quanto mediare la più alta quota possibile di spesa sanitaria privata.

Sanarti ed Assidai escludono per il momento una espansione sul territorio, ma aprono alla possibilità di valutare l'ipotesi in futuro.

Inarcassa non gestisce direttamente una propria rete medico-sanitaria, ma sarebbe interessata a qualsivoglia iniziativa che possa concretizzare un vantaggio verso i propri iscritti nell'utilizzo di servizi ad adesione facoltativa.

L'unica eccezione è rappresentata da Sanimpresa, che vorrebbe istituire degli sportelli in tutte le province dalla Regione Lazio per essere più presente sul territorio e più vicina ai propri associati.

PRINCIPALI OBIETTIVI CHE I FONDI INTENDONO PERSEGUIRE NEI PROSSIMI ANNI

I principali obiettivi che i fondi/casse integrativi intendono perseguire nei prossimi anni sono in generale riconducibili ai seguenti àmbiti: ampliare il proprio bacino di utenza; estendere le coperture sanitarie; potenziare la qualità dell'offerta in termini di assistenza, prevenzione, cura; migliorare il rapporto tra costi e prestazioni nella prospettiva di una sempre maggiore convenienza per i cittadini.

Di fatto, in Italia c'è un 23-24% di spesa sanitaria out of pocket; di questa percentuale, la quota intermediata dal terzo pagante è veramente contenuta perché di poco superiore al 10%, quindi esiste uno spazio

di circa il 90% di spesa non intermediata dal settore assicurativo e quello dei fondi a cui è ragionevolmente possibile mirare per allargare considerevolmente il bacino degli iscritti.

Tra gli obiettivi dei fondi sanitari integrativi va annoverato anche quello di sostenere il SSN, per esempio favorendo le prestazioni in libera professione intra moenia, e garantendo agli iscritti tutte le prestazioni fuori dai LEA.

Posti questi obiettivi generali, i diversi soggetti interpellati si differenziano in parte nelle strategie di sviluppo per il futuro.

Il primo obiettivo dichiarato da RBM è quello di elaborare soluzioni assicurative che possano garantire un'elevata intermediazione della spesa privata, quindi offrire dei prodotti accessibili ai cittadini che consentano di ridurre l'attuale quota del 90% di spesa non intermediata ad una quota del 50% circa. L'obiettivo è quello di spiegare al cittadino italiano che se decide di investire l'ammontare della spesa sanitaria in una polizza sanitaria, ottiene il vantaggio di avere cure più efficaci a costi più accessibili, presso le stesse strutture private alle quali egli stesso si sarebbe rivolto pagando di tasca propria, non dovendo dunque modificare il proprio percorso di cura ma avendo in più una garanzia dal lato dei rischi. Il secondo obiettivo indicato è di tipo strutturale. Essendo il sistema prevalentemente incentrato sulla copertura del lavoro dipendente, perché oggi più del 50% dei lavoratori dipendenti aderisce ad un fondo, ma il resto della popolazione non è assicurata, RBM punta a far crescere la presenza di questi soggetti non assicurati all'interno delle coperture, impostando modelli di fondo sanitario aperto, consentendo l'ingresso anche a chi non accede attraverso un rapporto di lavoro.

Reale Group sta investendo molto per dotarsi di strumenti, attività e servizi per poter divenire fornitore di servizi di welfare, non solo assicurativi; nello stesso tempo, facilitando l'accesso dei non assicurati alle strutture convenzionate. Gli obiettivi sono dunque molto ambiziosi: crescere sia in termini assicurativi sia in termini di coinvolgimento di altri possibili utenti. Questa attività di crescita è rivolta non soltanto all'Italia ma anche alla Spagna dove il contesto socio-economico è molto simile a quello del nostro Paese.

Sanarti al momento è per lo più impegnato in un'attività di monitoraggio delle prestazioni erogate nell'arco dei primi tre anni di attività e, anche sulla base delle risultanze di tale attività, intende individuare gli obiettivi da perseguire.

mètaSalute mira alla crescita della platea degli iscritti ed al potenziamento delle prestazioni sanitarie.

Sanimpresa è legata, per gran parte dei servizi della polizza, ad un sistema assicurativo gestito dal sistema Unisalute, che si occupa di stipulare le convenzioni, definire la gestione delle prenotazioni per milioni di iscritti e permettere in questo modo il contenimento dei costi. Tutto ciò consente a Sanimpresa di garantire ai propri iscritti già oggi un sistema di assistenza in tutto il mondo.

Emapi si propone da un lato di ampliare il proprio bacino di utenza, dall'altro di erogare servizi nel campo delle prestazioni sanitarie integrative mirati al miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti, a diminuire il rischio di recidive e permettere il più rapido recupero delle condizioni di salute.

Assidai, continuando ad operare secondo i valori che contraddistinguono e caratterizzano la sua governance, intende sviluppare servizi sempre più innovativi, in linea con le evoluzioni sociali e tecnologiche, al fine di essere al fianco degli iscritti e di anticipare i loro bisogni e le loro necessità. Inoltre, obiettivi fondamentali per il fondo sono quelli di continuare a crescere e far conoscere ai manager non iscritti l'opportunità di aderire mostrando loro i vantaggi di cui potrebbero godere.

Inarcassa ha come obiettivo primario quello di coprire gli eventi e le menomazioni più importanti che per loro natura possano incidere, anche temporaneamente, sulla capacità lavorativa-professionale dell'iscritto portatore di reddito e/o sulle condizioni di salute degli appartenenti al nucleo familiare. Secondariamente intende puntare ad una estensione delle coperture sanitarie a più basso rischio sociale in condizioni di maggiore economicità. In terzo luogo, ad estendere la convenienza/opportunità ad approfittare delle coperture sanitarie ad adesione facoltativa.

Fasdac punta soprattutto a mantenere/migliorare gli attuali livelli di assistenza in logica di appropriatezza, migliorando la spesa anche attraverso la creazione di gruppi di acquisto delle prestazioni in convenzione e semplificando i processi di liquidazione.

LE STRATEGIE D'INTERVENTO ATTUABILI NEL PROSSIMO FUTURO PER MIGLIORARE O IMPLEMENTARE LA COPERTURA ASSICURATIVA IN ÀMBITO ODONTOIATRICO

Per quanto riguarda le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico, anche sulla base dei feedback ricevuti dai propri assistiti, i fondi/casse intravedono nella quasi totalità dei casi la possibilità e la necessità di interventi migliorativi.

Il principale problema appare quello del contenimento dei costi, ferme restando quantità e qualità delle prestazioni. In àmbito odontoiatrico il discorso è complesso, proprio perché il margine di movimento è ridotto a causa degli alti costi delle prestazioni in questo settore. È per questo necessario monitorare costantemente la tenuta del sistema erogativo, eventualmente apportando modifiche al tariffario di rimborso.

Come sottolineato da Adiconsum, la copertura odontoiatrica impegna già gran parte delle attività di assistenza posta in campo dai fondi. Occorre però non smarrire il concetto di fondo: la missione, le prestazioni istituzionali che i fondi, sia previdenziali che sanitari, devono garantire ai propri iscritti. Queste due tipologie non possono essere gestite con investimenti a rischio "sostenuto" e devono garantire stabilità di intervento e capacità organizzative di primissimo ordine. Devono assicurare una trasparenza nella gestione che possa essere percepita dagli iscritti. E gli iscritti dovranno essere a loro volta tutelati con una gestione che potrebbe essere effettuata da organi democratici e soggetti a periodiche verifiche circa la conduzione del fondo.

Secondo Inarcassa una delle criticità dell'attuale rete medica odontoiatrica è la eccessiva onerosità e vischiosità dei costi delle prestazioni (ma vale in generale per tutte le prestazioni del sistema sanitario pubblico e privato), soprattutto quelle che richiedono un piano erogativo prolungato. Le strategie di intervento per implementare la copertura assicurativa andrebbero indirizzate a perseguire maggiore trasparenza e concorrenza tra gli operatori sanitari, un ampliamento della rete a cui poter ricorrere a tariffe calmierate e certe, nonché un ampliamento qualitativo dei servizi convenzionati.

Sembra inoltre opportuno valutare l'inserimento di prestazioni innovative per rispondere alle esigenze degli iscritti ed al principio di massima tutela della salute.

Cisl sottolinea come l'ambito della prevenzione debba rappresentare l'obiettivo principale di tutto il percorso.

In generale, in àmbito odontoiatrico gli iscritti richiedono una estensione delle prestazioni anche agli interventi di conservazione.

A livello strategico, la posizione di Assidai, considerata la situazione sociale, è quella di offrire agli iscritti e alle loro famiglie la possibilità di scegliere se godere o meno dei rimborsi in àmbito odontoiatrico. A tal fine sono allo studio apposite formule che, a fronte della scelta di un contributo piuttosto che un altro, in base alle proprie disponibilità economiche, diano la possibilità di inserire all'interno dei piani sanitari anche il rimborso per prestazioni odontoiatriche.

Secondo Enpam, il cittadino/paziente odontoiatrico vuole scegliere il suo odontoiatra di fiducia avendo il rimborso delle spese effettuate, e, ancora meglio, saldate direttamente dal fondo o assicurazione.

Reale Mutua offre una vasta copertura di servizi odontoiatrici ai propri assicurati e i feedback da loro ricevuti confermano che i servizi offerti soddisfano appieno le loro esigenze. Non esiste, tuttavia, una assistenza odontoiatrica per i singoli individui, come ad esempio i liberi professionisti, i quali, non potendo rientrare nel tipo di accordi di offerta aggregata riservata ai dipendenti delle aziende, rimangono scoperti da servizi del modello integrativo. Per queste ragioni Reale Mutua è interessata all'apertura delle coperture in àmbito odontoiatrico ai singoli individui.

La copertura in àmbito odontoiatrico offerta da RBM è già totale.

GLI SCENARI FUTURI CHE SI PROSPETTANO NEL SETTORE DEI FONDI ASSICURATIVI, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALL'AMBITO SANITARIO

I fondi sanitari, ad oggi ancora poco conosciuti rispetto alle potenzialità, avranno sempre più un ruolo importante nella sanità italiana come valida integrazione del SSN. Il futuro dipenderà anche dalle politiche sanitarie poste in essere dal Governo: se e come sarà garantita la sostenibilità e l'universalità del SSN. La

percezione attuale, d'altra parte, è che per garantire la sostenibilità si rivedrà l'universalità. Da queste scelte dipenderanno i compiti e il ruolo dei fondi futuri.

Con grande probabilità, si profila un maggior impegno dei fondi sanitari a fronte di un progressivo arretramento del Servizio pubblico in termini di finanziamento del fondo sanitario, della difficoltà a dare risposta alla crescente domanda di salute per effetto dei noti fattori demografici da un lato e dell'innovazione tecnologica dall'altro, con conseguente tendenza alla crescita della spesa sanitaria out of pocket.

A fronte di una inevitabile forte crescita del settore, la nuova sfida sarà sempre più quella di una integrazione efficiente tra primo e secondo pilastro, con la possibilità di convenzionamento con i fondi anche delle strutture pubbliche più efficienti, così da stimolare la ricerca della qualità da parte delle stesse e l'afflusso verso il SSN di risorse economiche immediatamente disponibili.

I Fondi Sanitari Integrativi possono rappresentare una reale opportunità per tutti i cittadini e per lo stesso Servizio Sanitario Nazionale. Vanno pertanto osservati non in una logica di contrapposizione e/o in alternativa al sistema pubblico, bensì di complementarietà e quindi di maggiore opportunità. Un passo importante potrebbe essere quello di convenzionare servizi in intramoenia con le strutture pubbliche ospedaliere.

In tal senso è necessario aprire una vera discussione sui fondi integrativi, approfondire i vari aspetti, per contestualizzare il tema in un progetto molto più ampio di quello attuale. Non va dimenticato che la crescita dei fondi sanitari integrativi avrebbe anche ripercussioni positive nell'emersione di quella quota di spesa sanitaria oggi non tracciata.

Gli scenari non sono ancora definiti con chiarezza, in quanto si è registrato negli ultimi anni un interesse da parte delle Istituzioni ma da questo non sono scaturite ad oggi delle linee guida o prospettive precise.

Va tenuto conto del fatto che questo settore vede la coesistenza di molte forme di sanità integrativa, dunque non c'è una ricetta unica; probabilmente, la prospettiva potrebbe essere quella di omogeneizzare progressivamente il settore su modelli di riferimento nei quali l'obiettivo non sia quello di coprire l'una o l'altra prestazione ma intercettare la quota di spesa out of pocket.

Facendo una comparazione al livello europeo, l'elemento che caratterizza l'Italia non è tanto la quota di spesa out of pocket, ma il fatto che questa quota non sia mediata. Facendo per esempio un confronto con il Regno Unito a parità di quota out of pocket, quindi di spesa sanitaria privata sostenuta dal cittadino, l'intermediazione è del 50% superiore a quella che si registra in Italia. Anche per questa ragione la prospettiva dei fondi e la loro sfida sarà quella di trasformarsi in una seconda gamba del sistema sanitario nazionale, mentre oggi nella maggior parte dei casi essi rimangono uno strumento collegato ad un rapporto di lavoro, quindi o un benefit o un beneficio contrattuale su cui alcuni lavoratori possono contare ma che non è, ad oggi, un beneficio per tutti i cittadini.

Gli scenari futuri in àmbito sanitario dovranno contemplare la saldatura nei concetti di conduzione sperimentata dai fondi previdenziali, i quali hanno dato splendida dimostrazione di gestione e di partecipazione degli iscritti oltre che di affidabilità circa il mandato integrativo di loro competenza. È a questo fine indispensabile inserire i fondi sanitari nella dinamica della vigilanza pubblica, così come da sempre avviene per i fondi previdenziali. Sull'esempio di quanto ha garantito la COVIP per l'area previdenziale, sarebbe possibile incardinare i fondi sanitari privati integrativi, in forma di garanzia delle regole di funzionamento chiare e verificabili a tutela degli iscritti, come pure promuovere la trasparenza delle forme di gestione e di partecipazione. Non si tratta, con tutta evidenza, di intervenire sulla gestione che è e rimane di esclusiva competenza dei fondi sanitari ma di esercitare gli stessi controlli sulla loro gestione da parte di una Autorità pubblica dotata di capacità professionale e assoluta imparzialità così come già avviene per la previdenza integrativa.

Per quanto riguarda il contesto generale, la spesa sanitaria privata che oggi rappresenta quasi il 30% di quella complessiva, è in balìa di un mercato non regolamentato. Sarebbe dunque auspicabile rivedere la normativa, così come era avvenuto con la previdenza complementare, per rendere possibile anche ai lavoratori autonomi di usufruire degli stessi vantaggi fiscali dei lavoratori dipendenti, permettendo così una più ampia apertura del mercato. Sarebbe opportuno ragionare anche su una normativa che consenta ai singoli cittadini di sottoscrivere una polizza integrativa in modo da non gravare più in toto sul sistema sanitario pubblico.

Il futuro potrebbe essere quello di offrire anche al singolo cittadino una forma di assistenza integrativa a costi contenuti.

Un significativo sviluppo dei fondi sanitari appare auspicabile a fronte, però, di un sistema di regole certo che possa favorire e far emergere fondi che si contraddistinguono per una gestione attenta delle risorse dei

propri iscritti, secondo i princìpi di mutualità e solidarietà. Un sistema di regole, quindi, che possa incentivare i fondi che diano un supporto reale alle famiglie numerose, agli anziani e ai più deboli, nel momento di maggiore bisogno.

Non va inoltre sottovalutata la questione della non autosufficienza. Si tratta di un comparto assistenziale che attualmente grava pesantemente sui bilanci delle famiglie. La spesa per Ltc è sicuramente destinata a crescere in relazione al costante invecchiamento della popolazione e all'aumento dei soggetti non autosufficienti, è coperta dai familiari che erogano attività di *care giving* per un valore economico calcolato intorno ai 4.841 milioni di euro (il 43,3% del totale delle spese per Ltc), a fronte dei 3.883 milioni di euro coperti dal Ssn (il 35%).

In questi anni si sono implementati soprattutto i fondi sanitari integrativi di derivazione contrattuale, aprendo una partita economica di notevoli dimensioni e di tutto interesse, ma certamente con alcuni limiti.

La stessa norma che obbliga i fondi a destinare una quota non inferiore al 20% alle prestazioni socio-sanitarie non comprese nei Lea, al rimborso dei ticket ed alle prestazioni odontoiatriche non erogate dal Ssn, non è esaustiva rispetto alla domanda, da parte dei cittadini, di una maggior copertura assistenziale.

I fondi sanitari attualmente vigenti certamente costituiscono un'area di intervento da presidiare e da ampliare, ma, in quanto fondi "chiusi", lasciano fuori milioni di cittadini (inattivi, atipici, disoccupati, partite Iva, ecc.). È necessario pertanto individuare le modalità per sviluppare, sul territorio, tipologie di mutue sanitarie integrative e/o fondi collettivi di comunità, a cui tutti i cittadini possano accedere, con il coinvolgimento degli stessi cittadini e delle Istituzioni locali.

Un welfare integrativo e complementare dovrebbe rappresentare un'opportunità per tutti i cittadini, indipendentemente dalla categoria di appartenenza e dal luogo di residenza. Ed è in questa direzione che bisogna guardare: un progetto di sanità integrativa fondato su un modello più inclusivo, più efficace e più equo.

Infine, secondo Inarcassa, sarebbe auspicabile promuovere un Fondo Unico Sanitario Integrativo (FUSI) del sistema SSN a cui possano aderire facoltativamente i vari network oggi esistenti nel panorama italiano (fondi, casse, compagnie assicurative), con l'obiettivo di creare una rete di Network Sanitario Professionale (NSP) che possa offrire all'intera comunità di lavoratori (pubblici, privati, dipendenti, autonomi, professionisti) e non, l'intera gamma di servizi sanitari in "regime convenzionale". Il Fondo Sanitario Integrativo dovrebbe ispirarsi ad una chiara strategia tendente a privilegiate alcune caratteristiche distintive dell'offerta:

- privilegiare l'assistenza diretta rispetto a quella rimborsuale, in modo da garantire un aumento della domanda intermediata a costi calmierati che il singolo cittadino non potrebbe altrimenti ottenere;
- copertura territoriale diffusa della rete medica e delle strutture sanitarie convenzionate;
- pubblicità della rete;
- pubblicità e trasparenza delle tariffe;
- pubblicità delle specializzazioni mediche e delle prestazioni offerte da ciascuna struttura aderente alla rete.

I benefici ottenibili da un fondo sanitario unico integrativo attraverso una gestione intermediata della domanda out of pocket potrebbero essere molteplici e favorire i comportamenti dei diversi Stakeholder:

a) le compagnie/fondi/operatori istituzionali aderenti, potrebbero coprire il rischio salute ad un costo più basso, essenziale in virtù dei processi demografici in atto (invecchiamento della popolazione);
b) l'utente/cittadino potrebbe avvantaggiarsi di una offerta di servizi sanitari più ampia, qualificata, concorrenziale, veicolata dal circuito di network a tariffe concordate e trasparenti;
c) il professionista/operatore sanitario potrebbe avere un tornaconto da una potenziale espansione qualitativa e quantitativa della domanda attualmente inespressa, sia quella terapeutica sia quella con finalità preventiva;
d) il sistema sanitario pubblico potrebbe giovarsi di un efficientamento della rete nazionale combinata (sistema pubblico e sistema integrativo) nella prospettiva di una forte razionalizzazione e ridefinizione dei livelli dei servizi LEA al fine di coniugare l'universalità del sistema con le compatibilità del bilancio pubblico.

Lo scenario futuro che si prospetta nel settore della sanità integrativa e che può ritenersi auspicabile a vantaggio di tutti gli attori coinvolti nel sistema (ente/cassa/fondo, prestatore professionale, consumatore

finale) vede un aumento considerevole della domanda "intermediata" da fondi sanitari o operatori istituzionali, nonché una maggiore sinergia tra prestazioni coperte dal servizio pubblico (LEA) e prestazioni non coperte (fuori LEA).

Sintetizzando, gli obiettivi da perseguire per il futuro del settore sono principalmente:

- sostenere lo sviluppo di un nuovo modello di Sanità Complementare al SSN in un'ottica collaborativa e non sostitutiva, lasciando da parte scontri ideologici che vedono il privato doversi necessariamente contrapporre al pubblico;
- i Fondi Sanitari Complementari dovranno essere adeguatamente regolati da una vigilanza snella e non coercitiva che dovrà sia verificare l'utilizzo delle risorse che il sistema pubblico intende impegnare attraverso una fiscalità agevolata, sia garantire e tutelare i diritti di chi accede alle cure e alle prestazioni in un sistema efficiente di qualità e certificato, a costi calmierati da una sana e trasparente competizione di mercato;
- prevedere un'adeguata legislazione fiscale che sappia finalmente accompagnare lo sviluppo della Sanità Complementare non solo destinata ai lavoratori dipendenti ma allargata a tutti i cittadini, con premialità fiscale da riservare a quei Fondi Sanitari che rivolgono la loro attenzione alle famiglie e ai pensionati secondo criteri gestionali basati sulla mutualità e solidarietà e che prevedano obbligatoriamente nei propri Statuti e Regolamenti: nessuna selezione del rischio; nessun limite di età sia in entrata che di permanenza; nessuna possibilità di recesso dell'iscrizione;
- porre al centro del progetto la persona: è fondamentale la prevenzione, per spendere meglio le scarse risorse pubbliche disponibili riducendo a regime la gestione delle cronicità che incidono significativamente sulle voci di spesa del SSN.

IL TERZO PAGANTE IN ODONTOIATRIA: NUCLEI DI CRITICITÀ

Chi manifesta un atteggiamento critico nei confronti dei fondi assicurativi privati sostiene che offrano contratti selettivi a dentisti e gruppi di dentisti, controllando i margini di risparmio dei dentisti piuttosto che favorire la qualità e liberalizzare il mercato della salute.

Si lamenta il crescente potere di mercato delle compagnie assicurative. Per molti professionisti concludere contratti vincolanti e selettivi significa perdere la propria autonomia. Per chi, al contrario, non entra nel circuito è sempre maggiore il rischio di restare tagliato fuori dal mercato.

Se nei contratti si afferma la logica "chi offre a meno", la scelta delle terapie da parte dei dentisti risulta influenzata. Ed i pazienti sono tenuti a farsi curare dai dentisti iscritti nei contratti selettivi.

Per i dentisti la scelta può rivelarsi difficile. Il convenzionamento comporta un contenimento dei costi. La legge Bersani impedisce a medici ed odontoiatri di fissare tariffe di riferimento.

In questo nuovo contesto di riferimento si afferma il problema della sopravvivenza del modello libero professionale.

Il rilancio del settore odontoiatrico, in affanno in tempi di riduzione della possibilità di spesa delle famiglie, potrebbe passare da un provvedimento legislativo che renda detraibili parte delle spese dentali, ad esempio quelle legate alla prevenzione e le cure conservative. Ciò avrebbe anche il vantaggio di favorire l'emersione del sommerso, anch'esso in crescita. Poiché per le cure mediche i pazienti possono contare almeno in parte sull'assistenza del Ssn, mentre quelle odontoiatriche sono interamente a carico delle famiglie, sarebbe opportuno diversificare le detrazioni fiscali per i due settori, relazionandole all'effettiva spesa del paziente. Chi usufruisce di assicurazioni private o mutue per le cure odontoiatriche sono soprattutto i ceti medio-alti.

Gli opinion leader

ANSALONI Patrizia
BERNAVA Maurizio
CORAZZESI Luigi
DEAMBROSIS Anna
HOULIS Demetrio
MALAGNINO Giampiero
MARABOTTO Giuseppe
mètaSalute Fondo sanitario lavoratori metalmeccanici
RICCI Sergio
ROSSETTI Marco
TARELLI Rino
VECCHIETTI Marco

PATRIZIA ANSALONI
DIRETTORE SAN.ARTI - CNA

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

I fondi sanitari integrativi, a fronte dei mutamenti della "offerta" della sanità pubblica, hanno intercettato le esigenze delle famiglie, soprattutto quelle con reddito medio-basso, consentendo loro di usufruire di cure sanitarie altrimenti inaccessibili o comunque di realizzare un risparmio sulla spesa sanitaria attraverso l'intervento dei Fondi sulla quota "out of pocket".

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

Ad oggi, l'offerta di pagamento integrato comprende la prevenzione, le cure di mantenimento e la Long Care Term (LCT).

Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

Il nostro è un fondo a gestione convenzionata con compagnie di assicurazione e il piano sanitario comprende l'erogazione di assistenza sanitaria diretta (attraverso strutture convenzionate) o in forma rimborsuale (per i ticket). L'incasso dei premi invece, trattandosi di un fondo di natura contrattuale, avviene con pagamento a mezzo modello F24.

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

Trattandosi di un fondo a gestione convenzionata con compagnie di assicurazione, non cura direttamente la modulazione delle tariffe.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

Le franchigie sono stabilite contrattualmente con la compagnia di assicurazione e sono di importo diverso a seconda della tipologia di prestazione sanitaria erogata.

Quali tipi di agevolazioni fiscali sono previste al momento dell'istituzione di un fondo integrativo? Negli ultimi anni la legislazione in merito è cambiata?

Non ci sono agevolazioni fiscali al momento dell'istituzione di un fondo sanitario integrativo. Per quanto attiene i premi versati dalle aziende per i propri dipendenti, invece, trattandosi di un fondo di natura contrattuale, le imprese aderenti versano su tali importi il solo contributo di solidarietà del 10% e per i lavoratori iscritti le somme versate al fondo dal datore di lavoro non sono considerate reddito da lavoro dipendente e, pertanto, non sono soggette ad alcuna tassazione.

Esiste una partecipazione di fondi di investimento nel vostro fondo integrativo?

No, al nostro fondo non partecipano fondi di investimento.

Il vostro fondo è convenzionato con franchising dentali?

No, il fondo non è convenzionato con franchising dentali.

Quale quota degli incassi va nelle terapie mediche; quale quota nelle terapie odontoiatriche?

Il nostro fondo impegna nelle terapie odontoiatriche circa il 30% delle risorse.

Il vostro fondo privilegia il convenzionamento diretto o quello indiretto con gli odontoiatri?

Il nostro fondo è a gestione convenzionata con compagnie di assicurazione che hanno convenzioni con gli odontoiatri.

In àmbito odontoiatrico, quali sono le terapie e gli interventi coperti dal vostro fondo?
Le prestazione odontoiatriche erogate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni in termini di tariffario e di quote effettivamente rimborsabili? Vi sono prestazioni che, al momento, non sono più convenzionabili?

Il nostro è un fondo relativamente "giovane" e sin dall'avvio dell'erogazione delle prestazioni, in àmbito odontoiatrico, ha garantito e tuttora garantisce la visita, una seduta annuale di igiene nonché interventi di implantologia.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Considerando le richieste di convenzionamento che il nostro fondo riceve, la frequenza con cui gli studi privati ricorrono alla convenzione, è senz'altro molto alta.

Quali sono i parametri che le strutture accreditate devono soddisfare per essere convenzionabili con il vostro fondo?

Il nostro fondo è a gestione convenzionata con compagnie di assicurazione che hanno una propria rete di strutture convenzionate per le quali si garantiscono livelli elevati in termini di accoglienza, tecnologia, professionalità e qualità.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

In una prospettiva di crescita e di miglioramento delle prestazioni odontoiatriche, una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri può senz'altro rappresentare un valido strumento di conoscenza del settore.

La sua società è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

Attualmente non vi è interesse in tal senso; potrebbe essere oggetto di valutazione nel lungo termine.

Quali sono i principali obiettivi che il vostro fondo intende perseguire nei prossimi anni?

Attualmente il fondo è per lo più impegnato in un'attività di monitoraggio delle prestazioni erogate nell'arco dei primi tre anni di attività e anche sulla base delle risultanze di tale attività, potrà individuare gli obiettivi da perseguire.

In base anche ai feedback ricevuti dai vostri assistiti, quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

In àmbito odontoiatrico gli iscritti richiedono una estensione delle prestazioni anche agli interventi di conservazione.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

I fondi sanitari, ad oggi ancora poco conosciuti, avranno sempre più un ruolo importante nella sanità italiana come valida integrazione del nostro Sistema Sanitario Nazionale.

MAURIZIO BERNAVA
SEGRETARIO CONFEDERALE CISL

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

La situazione che si è creata, ormai da diversi anni, nel campo dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, evidenzia una serie di criticità, che tendono ad alimentare la sfiducia dei cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale. Di fatto, esistono prestazioni e servizi che non trovano una adeguata copertura pubblica. Tra questi, vale la pena citare le prestazioni di Ltc (Long Term Care) e le prestazioni di odontoiatria. Inoltre, non va sottovalutato il sistema dei ticket, che rappresenta un gravoso onere per le famiglie, e le lunghe liste di attesa che spesso costringono i cittadini a rivolgersi al privato per usufruire di una prestazione sanitaria.

Tale situazione ha certamente stimolato lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi, in particolare nell'ambito della contrattazione collettiva.

In tale contesto, la sanità integrativa rappresenta la risposta a bisogni misurabili e definiti.

Inoltre, i fondi aggregano collettività e quindi estendono, con costi bassi, servizi e prestazioni importanti e di valore. Essi riscontrano un alto consenso tra i lavoratori in quanto offrono servizi immediatamente disponibili e fruibili sostenendo il reddito delle persone nelle situazioni di difficoltà che i problemi di salute determinano e incoraggiano la prevenzione.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

Il sindacato si occupa di fondi sanitari nell'ambito della contrattazione collettiva a livello nazionale e/o aziendale.

L'ampliamento significativo della platea di assistiti, di fatto, l'hanno determinato i fondi istituiti con la contrattazione nazionale (parliamo di fondi ai quali aderiscono centinaia di migliaia di lavoratori, in alcuni casi oltre un milione per singolo fondo).

I fondi hanno privilegiato la gestione assicurativa e si avvalgono di servizi resi nelle reti convenzionate alle quali l'utente si rivolge solitamente pagando una franchigia che resta a suo carico; in alternativa, rimborsano i ticket quando si fruisce di servizi nel pubblico o ancora pagano diarie nei casi di ricovero sempre nel pubblico.

Sulla base della sua esperienza, con quale frequenza i fondi previdenziali privati sono convenzionati con i franchising dentali?

L'assistenza odontoiatrica è diventata materia di interesse per i fondi integrativi, soprattutto nell'ultimo decennio, anche perché prevista dalla normativa vigente in materia di regolamentazione della sanità integrativa.

La rete dei dentisti convenzionata è certamente molto ampia e capillarmente diffusa nel territorio. Per capire a fondo la questione, è opportuno riportare alcuni dati in materia di spesa odontoiatrica: l'odontoiatria, nel nostro Paese, vale oltre 12 miliardi di euro e per i cittadini rappresenta la voce di spesa privata più rilevante e pagata di tasca propria (oltre il 95% della spesa avviene in strutture private con marginale copertura dei fondi/mutue/assicurazioni private, ecc.). Ciò rappresenta, in particolare in tempi di crisi economica, un problema sociale, che costringe i cittadini a rinunciare alle cure.

In tale contesto, i fondi integrativi possono rappresentare una vera opportunità, anche per offrire prestazioni di qualità, a fronte di un mercato non regolamentato.

A suo avviso le prestazioni odontoiatriche convenzionate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni? Le prestazioni non rimborsate sono aumentate?

Generalmente le prestazioni sulle quali, maggiormente, i fondi sanitari integrativi contrattuali, si concentrano riguardano: la prevenzione odontoiatrica (circa il 75%), le cure odontoiatriche di base (circa il 65%), l'implantologia (37%), la chirurgia odontoiatrica (34%) e le spese odontoiatriche di tipo ricostruttivo conseguenti ad infortunio (circa il 20%).

Di fatto, le scelte dei fondi, in materia di assistenza odontoiatrica, sono molto articolate e differenziate, anche perché sono strettamente collegate al premio versato.

Possiamo tuttavia affermare che, nonostante i fondi garantiscano generalmente una copertura minimale sull'assistenza odontoiatrica, molti lavoratori, grazie all'assistenza sanitaria integrativa, possono ricorrere alle cure odontoiatriche (diversamente dal passato) in quanto impossibilitati dalle condizioni reddituali disagiate.

Va ricordato che i dentisti convenzionali sono anche tenuti ad applicare tariffe in convenzione per le prestazioni extra massimale o non coperte. Anche questo è importante avendo un effetto calmierante delle tariffe sul mercato.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Certamente c'è un forte interesse ai fini della convenzione. Ci risulta che i fondi e le compagnie che gestiscono il ramo salute, hanno continue richieste di convenzionamento.

Quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

Riteniamo che le regole e le strategie da mettere in campo siano contenute all'interno delle Linee Guida Nazionali promosse dal Ministero della Salute. E, comunque, l'ambito della prevenzione deve rappresentare l'obiettivo principale di tutto il percorso.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'àmbito sanitario?

Siamo convinti che i fondi sanitari integrativi possano rappresentare una reale opportunità per tutti i cittadini e per lo stesso Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto, i fondi vanno osservati non in una logica di contrapposizione e/o in alternativa al Sistema pubblico, ma in una logica di complementarietà e, quindi, di una maggiore opportunità.

In tal senso, è necessario aprire una vera discussione sui fondi integrativi, approfondire tutti i vari aspetti, per contestualizzare il tema in un progetto molto più ampio di quello attuale.

La spesa sanitaria privata che oggi rappresenta quasi il 30% di quella complessiva, è in balìa di un mercato non regolamentato.

Inoltre, non va sottovalutata la questione della non autosufficienza. Si tratta di un comparto assistenziale che attualmente grava pesantemente sui bilanci delle famiglie. La spesa per Ltc sicuramente destinata a crescere in relazione al costante invecchiamento della popolazione e all'aumento dei soggetti non autosufficienti, è coperta dai familiari che erogano attività di *care giving* per un valore economico calcolato intorno ai 4.841 milioni di euro (il 43,3% del totale delle spese per Ltc), a fronte dei 3.883 milioni di euro coperti dal Ssn (il 35%).

Detto ciò, riteniamo sia giunto il momento di aprire una vera discussione sulla sanità integrativa.

In questi anni, si sono implementati soprattutto i fondi sanitari integrativi di derivazione contrattuale, aprendo una partita economica di notevoli dimensioni e di tutto interesse, ma certamente con alcuni limiti.

La stessa norma che obbliga i fondi a destinare una quota non inferiore al 20% alle prestazioni socio-sanitarie non comprese nei Lea, al rimborso dei ticket ed alle prestazioni odontoiatriche non erogate dal Ssn, non è esaustiva rispetto alla domanda, da parte dei cittadini, di una maggiore copertura assistenziale.

I fondi sanitari, attualmente vigenti, certamente costituiscono un'area di intervento da presidiare e da ampliare, ma, in quanto fondi "chiusi", lasciano fuori milioni di cittadini (inattivi, atipici, disoccupati, partite Iva, ecc.).

È necessario pertanto individuare le modalità per sviluppare, sul territorio, tipologie di mutue sanitarie integrative e/o fondi collettivi di comunità, a cui tutti i cittadini possano accedere, con il coinvolgimento degli stessi e delle Istituzioni locali.

Riteniamo, infatti, che un Welfare integrativo e complementare debba rappresentare un'opportunità per tutti i cittadini, indipendentemente dalla categoria di appartenenza e dal luogo di residenza. Ed è in questa direzione che bisogna guardare: un progetto di sanità integrativa fondato su un modello più inclusivo, più efficace e più equo.

LUIGI CORAZZESI
VICEPRESIDENTE SANIMPRESA

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

I fondi integrativi rispondono senza dubbio alla necessità di integrare il sistema sanitario pubblico, da alcuni anni oggetto di rilevanti tagli alla spesa e dunque in difficoltà a rispondere pienamente ai bisogni dei cittadini.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

La vocazione sociale di Sanimpresa è aiutare le persone; per fare ciò la nostra Cassa si è strutturata negli anni su di un sistema solidaristico, e ci poniamo l'obiettivo a breve di fornire assistenza anche a quelle persone considerate al di sotto della soglia di povertà e non iscritte a Sanimpresa, in particolare pensiamo all'apertura del nostro Centro Cardiologico a questi cittadini. Sempre in tal senso abbiamo inserito tra i servizi della nostra polizza il rimborso del costo per la badante, per permettere ai nostri iscritti, in caso di infortunio sul lavoro o malattie invalidanti, di essere debitamente assistiti a casa.

Sanimpresa punta molto sulla prevenzione e sul progresso scientifico: recentemente abbiamo attivato una convenzione finalizzata a fornire ai nostri iscritti, a prezzi molto contenuti, pacchetti finalizzati a prevedere malattie genetiche, come quello destinato alla previsione della Sindrome di Down nel nascituro (al posto dell'invasiva amniocentesi), o la predizione di malattie importanti, come il tumore all'utero e alle ovaie.

Sempre in campo preventivo, Sanimpresa da anni ha attivato due sportelli operanti per la prevenzione del suicidio.

Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

Gli iscritti alla Cassa possono ottenere il rimborso dei ticket pagati presso le strutture pubbliche o convenzionate con il SSN; effettuare prestazioni di diagnostica in strutture convenzionate pagando solo una piccola franchigia; ricevere una diaria ospedaliera in caso di intervento chirurgico in strutture sanitarie pubbliche; poter effettuare interventi chirurgici in strutture sanitarie private convenzionate e non convenzionate con Unisalute (fatta salva una franchigia), di usufruire del pacchetto gravidanza, di ricevere il rimborso di cure oncologiche.

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

Il nostro impegno è rivolto a garantire ai nostri iscritti un numero crescente di prestazioni, mantenendo invariato il contributo di iscrizione/rinnovo annuale.

Per il raggiungimento di tale obiettivo abbiamo da sempre cercato di ridurre al massimo i costi di gestione del fondo, mantenendo un equilibrio tra il numero delle strutture convenzionate e le prestazioni offerte agli iscritti.

Per quanto riguarda le tariffe, queste vengono definite attraverso la convenzione tra Unisalute e le strutture che chiedono di associarsi.

Il costo per la copertura sanitaria per ogni dipendente è pari a 68 centesimi al giorno, ovvero, 252 euro all'anno a completo carico delle aziende; offriamo poi la possibilità ai nostri iscritti di far accedere al fondo i propri familiari pagando la stessa quota, con modalità decrescente in base al numero dei familiari.

Negli ultimi anni la quota d'iscrizione è rimasta stabile anche a fronte di un aumento dell'offerta di prestazioni alle quali i nostri iscritti possono accedere.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

Non esiste una normativa generale in tal senso, ogni fondo applica una tariffazione seguendo criteri propri.

Quali tipi di agevolazioni fiscali sono previste al momento dell'istituzione di un fondo integrativo? Negli ultimi anni la legislazione in merito è cambiata?

Purtroppo non sono presenti, al momento, agevolazioni di nessun tipo per l'apertura di un fondo integrativo se non dopo l'avvenuta iscrizione all'anagrafe dei fondi sanitari presso il Ministero della Salute.

Esiste una partecipazione di fondi di investimento nel vostro fondo integrativo?

Per quanto riguarda le riserve, fino ad oggi abbiamo investito in immobili, per il futuro ci stiamo ponendo il problema di quali investimenti fare considerato il bail-in; stiamo valutando, con molte società, delle soluzioni che ci permettano di non mettere a rischio il capitale investito ed avere un minimo di rendimento, abbiamo preso in considerazione il sistema delle Poste, perché sarebbe garantito dallo Stato.

Tuttavia, il sistema assicurativo potrebbe convincerci di più in quanto alcune società garantirebbero il capitale assicurando dei rendimenti che variano dallo 0,5% (nel caso andassero male tutti gli investimenti da loro effettuati) al 2,5%.

Il vostro fondo è convenzionato con franchising dentali?

Sì, e le prestazioni odontoiatriche coperte dalla polizza sono la visita, l'ablazione e tre impianti all'anno, solo in strutture convenzionate, questo perché con queste abbiamo margine contrattuale maggiore, e quindi possiamo garantire dei costi più bassi, poi stipuliamo delle convenzioni con quegli studi odontoiatrici, in aggiunta alla polizza, che ci offrono una doppia ablazione all'anno, lo sbiancamento e l'ortopanoramica gratis, in cambio di una comunicazione sul nostro sito e sul periodico che viene inviato ai nostri iscritti.

Quale quota degli incassi va nelle terapie mediche; quale quota nelle terapie odontoiatriche?

Non è distinguibile perché abbiamo concordato un pacchetto complessivo; tuttavia, potremmo definire la spesa per la prestazione odontoiatrica come la terza voce nella spesa per le prestazioni, la voce più alta di tutte è quella per gli interventi, seguita dalla prevenzione.

Il vostro fondo privilegia il convenzionamento diretto o quello indiretto con gli odontoiatri?

Abbiamo solo il convenzionamento diretto, abbiamo escluso nell'odontoiatria la libera scelta per due ragioni: poter concordare con la struttura convenzionata il tariffario, a tutto vantaggio degli iscritti; creare un sistema trasparente e funzionale, sia dal lato del fornitore che del paziente.

In àmbito odontoiatrico, quali sono le terapie e gli interventi coperti dal vostro fondo?
Le prestazioni odontoiatriche erogate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni in termini di tariffario e di quote effettivamente rimborsabili? Vi sono prestazioni che, al momento, non sono più convenzionabili?

Le prestazioni convenzionate sono la visita, un'ablazione all'anno e tre impianti all'anno; alcuni studi privati ci offrono dei servizi in più come lo sbiancamento e l'ortopanoramica, in cambio di visibilità sul nostro periodico.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Noi abbiamo molti studi che ci chiedono di convenzionarsi con noi: alle convenzioni provvede la compagnia di assicurazione Unisalute. Tuttavia, per mantenere alto il rapporto qualità/costi, Unisalute

seleziona in maniera molto attenta le strutture da convenzionare per rispondere meglio alle esigenze dei nostri associati, anche in termini di distribuzione sul territorio. Ad esempio, avevamo 460 strutture per il check-up: per poter ampliare gli accertamenti diagnostici senza aumentare i costi o dover far pagare supplementi agli iscritti, le abbiamo ridotte a 32 su Roma, perché abbiamo voluto da questi centri che fossero inseriti altri esami.

Quali sono i parametri che le strutture accreditate devono soddisfare per essere convenzionabili con il vostro fondo?

Tutti i requisiti, le autorizzazioni, gli standard igienici previsti tanto per la struttura che per il personale che vi opera. Su tutta la documentazione Unisalute effettua un controllo molto preciso.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

Questo è un compito che spetta a Unisalute, che è comunque sempre molto interessata a recepire le possibilità di crescita dell'offerta per i propri iscritti che vengono dal comparto.

La sua associazione è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

Sì, vorremmo istituire degli sportelli in tutte le province dalla Regione Lazio per essere più presenti sul territorio e più vicini ai nostri associati.

Quali sono i principali obiettivi che il vostro fondo intende perseguire nei prossimi anni?

Per gran parte dei servizi della polizza siamo legati ad un sistema assicurativo gestito dal sistema Unisalute, dunque sono loro a fare le convenzioni, sono loro a definire la gestione delle prenotazioni per i nostri iscritti e con questo sistema conteniamo i costi. Tutto ciò ci consente di garantire ai nostri iscritti già oggi un sistema di assistenza in tutto il mondo.

In base anche ai feedback ricevuti dai vostri assistiti, quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

Il principale problema è il contenimento dei costi, fermo restando qualità e quantità delle prestazioni. In àmbito odontoiatrico il discorso è complesso, proprio perché abbiamo poco margine di movimento visti gli alti costi delle prestazioni in questo settore.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Per quanto riguarda i nostri obiettivi, il futuro sarà quello di offrire anche al singolo cittadino una forma di assistenza integrativa a costi contenuti: stiamo spingendo in questa direzione da moltissimo tempo. L'altro passo è quello di convenzionare servizi in intramoenia con le strutture pubbliche ospedaliere.

ANNA DEAMBROSIS
AMMINISTRATORE DELEGATO BLUE ASSISTANCE
GRUPPO REALE MUTUA

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

In questi ultimi anni c'è stato indubbiamente un importante incremento del numero dei fondi integrativi, soprattutto quelli che interessano il mondo dei lavoratori dipendenti e quelli che offrono prestazioni di tipo sostitutivo. Questi fondi hanno intercettato l'esigenza di integrare prestazioni che il Sistema Sanitario Nazionale non offre, ma anche di sostituire prestazioni che il pubblico non riesce ad offrire a determinati standard qualitativi. Naturalmente questo fenomeno non si è diffuso allo stesso modo in tutto il Paese, ma proprio per questo crediamo che la discontinuità di tale fenomeno sul territorio italiano sia da imputare alla diversità dell'offerta del Sistema Sanitario Nazionale nelle varie regioni italiane.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

Quanto affermato prima riguarda il mondo delle coperture di tipo corporate e le coperture di tipo collettivo stabilite secondo accordi di categoria, che magari hanno introdotto qualche tipo di benefit in più. Nel mondo delle coperture individuali, invece, l'offerta è più identificata ed il mercato è prevalentemente allocato presso un target di popolazione che può permettersi di affrontare questa spesa per avere accesso a servizi sanitari di qualità. Quindi, dal punto di vista della penetrazione nel mercato, siamo ancora a livelli minimi rispetto alle reali potenzialità e mi sembra che in questo momento il mercato stia cercando di ampliare le offerte per avvicinare nuove fasce di aderenti. Dal nostro punto di vista ci siamo impegnati molto dal 2015 per rimodulare la nostra offerta nell'ambito delle coperture integrative, modificando la stessa logica dell'offerta: da quella classica del rimborso delle spese sostenute per le cure a quella di un'offerta che incentivi ad adottare uno stile di vita sano e attivo; questo ci permette di avvicinarci a fasce di popolazione più giovani.

Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

Abbiamo istituito una cassa di assistenza per consentire alle aziende e ai loro dipendenti di avvantaggiarsi dei benefici fiscali previsti dalla normativa. Questa cassa di assistenza, per quanto riguarda l'importo dei pagamenti e l'incasso dei premi, raccoglie i contributi direttamente dalle aziende; con questi contributi si coprono sia i costi per la gestione della cassa sia i costi attivati per la gestione delle coperture. Le spese per la cassa sono minime e sono calcolate in una percentuale dei costi per il premio della polizza. Per quanto riguarda i rimborsi, il Gruppo Reale Mutua attraverso una società di servizi, Blue Assistance, si occupa di liquidare i sinistri o con il rimborso delle spese sostenute oppure attivando il servizio Blue con il pagamento in forma diretta.

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

Se ci riferiamo alla realtà delle casse, non operiamo in un universo di servizi a listino; abbiamo cercato negli anni di fare degli studi sul tipo di tariffe ma senza avere dei riscontri efficaci. Questo perché ogni gruppo che andiamo ad assicurare ha le proprie caratteristiche, non soltanto di salute, ma anche di maggiore o minore abitudine ad usare la sanità privata, di maggiore o minore conoscenza della copertura che il datore di lavoro mette a disposizione ed infine, della regione d'appartenenza, che influenza molto la qualità dei costi sanitari e dunque la qualità del servizio sanitario di quella regione. È impossibile, quindi, stabilire una tariffa che vada bene per tutti. Ci riferiamo dunque ad un mondo tailor made nel quale è difficile definire se le tariffe si sono alzate o abbassate per tutti. Va comunque tenuto conto dell'indicizzazione delle spese sanitarie, conseguenza

dell'inflazione, che incidono sul lungo e medio periodo; all'opposto, c'è un altro trend del quale bisogna tener conto, ovvero l'invecchiamento della popolazione, che ci sta portando ad assicurare età anagrafiche che prima non assicuravamo anche nel comparto delle polizze individuali.

Altro trend che va ricordato è il ridimensionamento dell'operatività del Sistema Sanitario Nazionale che incrementa il ricorso alle polizze e dunque un aumento dei costi. Verosimilmente possiamo affermare che non ci siano state brusche variazioni, c'è stato piuttosto un adeguamento dei prezzi al contesto economico e di offerta sanitaria di oggi.

Per quanto riguarda la modulazione delle tariffe, da novembre del 2015 abbiamo introdotto un nuovo Programma Wellness, che concede degli sconti agli assicurati, incentivando l'adozione di uno stile di vita sano e attivo: gli assicurati, attraverso dei semplici test che si possono fare in farmacia, come la misurazione della pressione e l'indice di massa corporea, dimostrano di essere in salute al momento della sottoscrizione della polizza e si impegnano a fare del movimento durante il periodo di copertura.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

No, non esiste una normativa generale di riferimento.

Quali tipi di agevolazioni fiscali sono previste al momento dell'istituzione di un fondo integrativo? Negli ultimi anni la legislazione in merito è cambiata?

Non mi risulta ci siano agevolazioni fiscali per chi istituisce un fondo assicurativo.

Esiste una partecipazione di fondi di investimento nel vostro fondo integrativo?

No.

Il vostro fondo è convenzionato con franchising dentali?

No, preferiamo il convenzionamento con i singoli studi dentali.

Quale quota degli incassi va nelle terapie mediche; quale quota nelle terapie odontoiatriche?

Le spese odontoiatriche coprono un 18%. La restante percentuale è riservata ad altre spese sanitarie, la più alta essendo la copertura più richiesta dai nostri assicurati.

Il vostro fondo privilegia il convenzionamento diretto o quello indiretto con gli odontoiatri?

Operiamo solo attraverso il convenzionamento diretto con i singoli studi dentistici.

In àmbito odontoiatrico, quali sono le terapie e gli interventi coperti dal vostro fondo?
Le prestazioni odontoiatriche erogate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni in termini di tariffario e di quote effettivamente rimborsabili? Vi sono prestazioni che, al momento, non sono più convenzionabili?

Negli ultimi anni non abbiamo modificato né il tariffario né le prestazioni.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Con elevata frequenza; per noi questo tipo di mercato si è aperto anche in conseguenza della crisi degli studi che subiscono la concorrenza delle tariffe low-cost operate da odontoiatri in altri paesi e dei franchising dentali. In seguito a tali fenomeni è divenuto molto più facile convenzionare studi odontoiatrici anche molto importanti.

Quali sono i parametri che le strutture accreditate devono soddisfare per essere convenzionabili con il vostro fondo?

Delle convenzioni si occupa la Blue Assistance, società certificata ISO 9001. Tale certificazione attesta il suo alto valore qualitativo, e il suo mantenimento implica un controllo molto elevato della qualità dei servizi offerti da parte di Blue Assistance. Nel merito, durante la procedura di convenzionamento, guardiamo in particolare il rispetto della normativa in vigore, l'avanzamento e la specializzazione del personale e della dotazione tecnica dello studio.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

Sì.

La sua società è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

No.

Quali sono i principali obiettivi che il vostro fondo intende perseguire nei prossimi anni?

Reale Group sta investendo molto per dotarsi di strumenti, attività e servizi per poter essere fornitori di servizi di welfare, non solo assicurativi; nello stesso tempo, facilitando l'accesso dei non assicurati alle strutture convenzionate. Gli obiettivi sono dunque molto ambiziosi in quanto ci prefiggiamo l'obiettivo di crescere sia in termini assicurativi sia in termini di coinvolgimento di altri possibili utenti. Questa attività di crescita è rivolta non soltanto all'Italia ma anche alla Spagna dove il contesto socio-economico è molto simile.

In base anche ai feedback ricevuti dai vostri assistiti, quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

Offriamo una vasta copertura di servizi odontoiatrici ai nostri assicurati e i feedback da loro ricevuti ci confermano che i nostri servizi soddisfano appieno le loro esigenze. Non esiste, tuttavia, una assistenza odontoiatrica per i singoli individui, come ad esempio i liberi professionisti, i quali, non potendo rientrare nel tipo di accordi di offerta aggregata riservata ai dipendenti delle aziende, rimangono scoperti da servizi del modello integrativo. Per queste ragioni saremmo interessati all'apertura ai singoli individui delle nostre coperture in àmbito odontoiatrico.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Reale Group ha deciso in questi ultimi anni di riorientare la propria offerta al mondo del welfare. La nostra prospettiva, in un futuro prossimo, è quella di allargare le nostre proposte ad altri servizi. Per quanto riguarda il contesto generale, penso sia auspicabile rivedere la normativa, così come era avvenuto con la previdenza complementare, che renda possibile anche ai lavoratori autonomi di usufruire degli stessi vantaggi fiscali dei lavoratori dipendenti, permettendo così una più ampia apertura del mercato. Oppure una normativa più coinvolgente che consenta ai singoli cittadini di sottoscrivere una polizza integrativa in modo da non gravare in toto sul nostro Sistema Sanitario Nazionale.

DEMETRIO HOULIS
PRESIDENTE EMAPI

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

In seguito alla contrazione dei servizi erogati dal Servizio Sanitario Nazionale, è indubbio che oggi assistiamo ad una larga diffusione di fondi integrativi. Comunità e gruppi si sono organizzati per offrire prestazioni in àmbito sanitario che siano più efficaci rispetto a quelle che il Sistema Sanitario Nazionale è in grado di fornire.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

Esiste una sostanziale differenza tra iniziative volontarie ad adesioni individuali, che sono per lo più erogate dalle assicurazioni, e iniziative di tipo collettivo, laddove un intero gruppo aderisce ad una copertura di assistenza sanitaria integrativa in relazione al fatto che non si determina un meccanismo di anti selezione e si possono ottenere costi ragionevoli per quel che riguarda i contributi richiesti.

Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

Noi siamo un fondo che riceve contributi dai propri associati, che sono gli enti di previdenza privata dei professionisti italiani, i quali erogano attraverso di noi la copertura di assistenza sanitaria integrativa di base, cioè quella riferita ai grandi interventi chirurgici e ai gravi eventi morbosi. Questi interventi sono pagati dalla cassa previdenziale professionale di appartenenza; inoltre, ogni singolo professionista può prevedere un ampliamento della copertura di alcune prestazioni destinata a tutto il nucleo familiare oppure può ampliare la copertura ad una di tipo globale che va ad allargare l'offerta di prestazioni a cui l'iscritto ha diritto.

In ogni caso, siamo rappresentati da un fondo assicurato che ribalta il rischio su una compagnia di assicurazione sottoposta al nostro controllo: in questo senso, siamo convinti che prestazioni e rimborsi vengano assicurati ed erogati nella forma migliore ai nostri associati.

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

Abbiamo mantenuto dal 2007 il medesimo livello di contributi sia per le coperture di base sia per quelle integrate.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

Nel nostro fondo sono previste delle franchigie che scattano nel momento in cui un nostro associato si rivolge ad una struttura non convenzionata per una prestazione medica coperta dal fondo. Non esiste una normativa generale, ogni fondo si regola in base ad una sua politica di gestione dei rimborsi.

Quali tipi di agevolazioni fiscali sono previste al momento dell'istituzione di un fondo integrativo? Negli ultimi anni la legislazione in merito è cambiata?

Non è previsto nessun tipo di agevolazione per i fondi; certamente se ne parla tanto, sembra che l'attuale governo voglia intervenire su queste questioni con una norma quadro che interessi proprio il settore della sanità integrativa, anche per quanto riguarda le agevolazioni fiscali. Purtroppo, la legislazione in venti anni non è cambiata; ciò ha creato una forte sperequazione tra quelli che sono i fondi privati per i lavoratori dipendenti, i

quali hanno diritto alla detrazione del contributo versato per la copertura e quei fondi che, come nel nostro caso, si rivolgono a professionisti e che non prevedono alcuna deducibilità fiscale.

Esiste una partecipazione di fondi di investimento nel vostro fondo integrativo?

Certamente no.

Il vostro fondo è convenzionato con franchising dentali?

Esiste un circuito presso il quale i nostri iscritti si possono rivolgere ottenendo una prestazione convenzionata; le prestazioni sono quelle di base come la rimozione del tartaro, le visite periodiche oppure quelle riguardanti il trattamento di gravi patologie dentarie o quelle a seguito di infortuni; per tutte le altre prestazioni non sono previsti rimborsi.

Il vostro fondo privilegia il convenzionamento diretto o quello indiretto con gli odontoiatri?

Per alcune prestazioni c'è un convenzionamento diretto.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Fino a qualche anno fa il circuito convenzionato prevedeva un numero ristretto di studi privati di odontoiatri, oggi il numero di chi ricorre alla convenzione con un fondo integrativo è più che quadruplicato. Si ricorre a questo strumento come pratica utile per raggiungere la clientela.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

Certamente, anche se ad oggi il confronto con la categoria degli odontoiatri andrebbe rivisto circa le modalità di intervento e la definizione dei costi.

La sua società è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

No.

Quali sono i principali obiettivi che il vostro fondo intende perseguire nei prossimi anni?

Ampliare il nostro bacino di utenza da un lato, dall'altro erogare servizi nel campo delle prestazioni sanitarie integrative mirate al miglioramento delle condizioni di salute dei pazienti, diminuendo il rischio di recidive e permettendo il più rapido recupero delle migliori condizioni fisiche.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Gli orizzonti sono molto ampi e ricchi di prospettive, la spesa privata sanitaria in Italia è molto elevata e al momento attuale solo il 20% viene raccolto e convogliato attraverso i fondi sanitari mentre aumenta anche il cosiddetto out of pocket, ovvero la spesa diretta che il singolo cittadino compie, con delle evidentissime inefficienze.

Al contrario, un fondo ha una evidente capacità di contrattazione dei prezzi e di ricerca della qualità del servizio, da offrire ai propri associati; sono aspetti dei quali il singolo cittadino, invece, non può valersi.

Detto ciò, sono convinto che esista una grandissima possibilità di sviluppo dei fondi sanitari.

GIAMPIERO MALAGNINO

VICEPRESIDENTE ADEPP
VICEPRESIDENTE VICARIO FONDAZIONE ENPAM

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

L'esigenza primaria è stata quella di dare al più vasto strato di popolazione possibile la opportunità di poter usufruire di prestazioni sanitarie non previste dai LEA. I fondi DOC, infatti, dovevano garantire almeno il 20% delle prestazioni ai non autosufficienti e alle prestazioni odontoiatriche. I ceti più abbienti li hanno utilizzati anche per le prestazioni in libera professione, intramenia o pura.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

A mio modo di vedere, le prestazioni "salva vita", che generalmente sono anche le più costose, vengono richieste sempre al Sistema Sanitario Nazionale (SNN), le altre prestazioni possono essere richieste al SSN o al settore privato. Dipende molto dalla efficienza e dalla efficacia percepite dell'offerta pubblica. Inoltre, la politica dei ticket, le liste d'attesa, l'esigenza di una "accoglienza alberghiera", la fiducia in un particolare professionista possono determinare la necessità di utilizzare le prestazioni dei fondi o una assicurazione privata.

Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

Non abbiamo un fondo. Gli iscritti Alla Fondazione ENPAM possono sottoscrivere una polizza sanitaria che ENPAM ha selezionato con una gara. In particolare, la polizza messa a disposizione da ENPAM prevede il convenzionamento indiretto con gli odontiatri.

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

Non avendo un fondo, non abbiamo stabilito i criteri. In ogni caso, ho la sensazione che le tariffe siano stabili o al ribasso.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

Non esiste una normativa in proposito.

Quali tipi di agevolazioni fiscali sono previste al momento dell'istituzione di un fondo integrativo? Negli ultimi anni la legislazione in merito è cambiata?

Non è cambiata. La detraibilità rimane al 19%.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Con una percentuale che si aggira intorno al 25/30%.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

Certamente. Gli odontoiatri preferirebbero un sistema di indiretta, comunque concordata, e in ogni caso basata sulla qualità.

La sua società è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

No.

Quali sono i principali obiettivi che intendete perseguire nei prossimi anni?

Se dovessi immaginare un fondo, l'obiettivo principale di un fondo sanitario integrativo ENPAM avrebbe l'obiettivo di sostenere il SSN, favorendo, per esempio, le prestazioni in libera professione intra moenia, e di garantire agli iscritti tutte le prestazioni fuori dai LEA.

Quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

Non avendo assistiti, non è possibile rispondere direttamente al quesito. La mia opinione, comunque, è che il cittadino/paziente odontoiatrico voglia scegliere il suo odontoiatra di fiducia avendo il rimborso delle spese effettuate, e, ancora meglio, saldate direttamente dal fondo o assicurazione.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Dipenderà dalle politiche sanitarie del governo: se e come sarà garantita la sostenibilità e l'universalità del SSN. La percezione attuale – che è solo una percezione – è che per garantire la sostenibilità si rivedrà l'universalità. Da queste scelte dipenderanno i compiti e il ruolo dei fondi futuri.

GIUSEPPE MARABOTTO
DIRETTORE GENERALE FASDAC

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

L'esigenza dei cittadini di tutelare la propria salute a fronte di un arretramento del nostro Servizio Sanitario Nazionale (si ricordi, a questo proposito, il fenomeno delle liste di attesa) in termini di reale accesso alle prestazioni sanitarie.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

La facilità di fruire delle prestazioni sanitarie bypassando le liste di attesa pubbliche.
Il riconoscimento da parte dei fondi della libera scelta del medico e della struttura sanitaria alla quale rivolgersi di norma con livelli maggiori di comfort alberghiero.

Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

Il Fasdac è un fondo di derivazione contrattuale con gestione paritetica.
Ha carattere mutualistico (le risorse, cui tutti concorrono nella stessa misura a parità di status, sono ripartite secondo il bisogno di ciascuno) improntato alla solidarietà intergenerazionale (i dirigenti attivi concorrono alla gestione dei dirigenti divenuti pensionati).
Si autofinanzia esclusivamente attraverso i contributi versati dalle aziende e dagli iscritti (dirigenti in servizio, prosecutori volontari, pensionati diretti ed indiretti).
Ha natura di associazione privata non riconosciuta e non persegue fini di lucro.
È interamente autogestito ed autoassicurato: assunzione in proprio del rischio di malattia dei propri iscritti e del relativo nucleo familiare assistibile senza adozione di meccanismi di selezione in entrata (fondati sulle loro condizioni di salute) o di uscita (fondati sul ricorso alle prestazioni).
Per i familiari (coniuge o convivente more uxorio, figli fino al 26esimo anno di età, genitori fiscalmente a carico) non è prevista alcuna contribuzione aggiuntiva rispetto a quella dovuta dal titolare dell'iscrizione.
L'assistenza è erogata in due forme: diretta (tramite una rete proprietaria costituita da oltre 4.000 strutture convenzionate per circa 6.300 contratti) ed indiretta (sottoforma di rimborso delle spese degli iscritti sostenute in Italia ed all'Estero).

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

Le tariffe sono stabilite in logica di sostenibilità del modello erogativo tenendo conto di una serie di variabili. Tra le principali: il valore che il Servizio pubblico e/o le Associazioni di categoria (laddove esistenti) attribuiscono ad una determinata prestazione; la spesa che gli assistiti sostengono per la medesima prestazione sul libero mercato; la rilevanza sociale, economica e sanitaria della singola prestazione; il confronto con enti simili. Negli ultimi tre anni le tariffe sono rimaste stabili.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

Nell'attuale sistema le franchigie sono differenziate a seconda della forma di rimborso: in quella diretta esistono misure diverse a seconda della tipologia della prestazione (30% per l'odontoiatria; 20% per la diagnostica e le visite specialistiche; 15% per l'assistenza ospedaliera; nessuna franchigia per la fisioterapia, gli specifici programmi di prevenzione promossi dal fondo ed il pagamento dei ticket del SSN); in quella

indiretta la franchigia assume misure variabili essendo definita dalla differenza tra la spesa sostenuta dall'assistito sul libero mercato e la tariffa di rimborso prevista dal fondo.

Ogni fondo può stabilire in piena autonomia l'eventuale quota a carico dell'assistito.

Quali tipi di agevolazioni fiscali sono previste al momento dell'istituzione di un fondo integrativo? Negli ultimi anni la legislazione in merito è cambiata?

È riconosciuto che esiste un vuoto normativo in relazione all'inesistenza di agevolazioni fiscali in favore dei fondi di nuova istituzione.

Dal 2009 (cosiddetto "decreto Sacconi") non sono state apportate modifiche alla normativa sui fondi sanitari.

Esiste una partecipazione di fondi di investimento nel vostro fondo integrativo?

No. Il nostro fondo integrativo non prevede alcuna partecipazione di fondi di investimento.

Il vostro fondo è convenzionato con franchising dentali?

Allo stato attuale il fondo ha convenzionato un solo network selezionato sulla base di criteri di qualità.

Quale quota degli incassi va nelle terapie mediche; quale quota nelle terapie odontoiatriche?

La quota che va per i rimborsi a carattere "medico" è di circa il 78%; quella per i rimborsi "odontoiatrici" del restante 22% .

Il vostro fondo privilegia il convenzionamento diretto o quello indiretto con gli odontoiatri?

Il fondo privilegia il regime diretto in quanto garantisce il rimborso nella misura prestabilita del 70% sulla base, peraltro, di valori preventivamente concordati per ciascuna prestazione.

In àmbito odontoiatrico, quali sono le terapie e gli interventi coperti dal vostro fondo?
Le prestazione odontoiatriche erogate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni in termini di tariffario e di quote effettivamente rimborsabili? Vi sono prestazioni che, al momento, non sono più convenzionabili?

Il fondo copre tutte le prestazioni odontoiatriche sia in forma diretta che indiretta con la sola esclusione di alcune prestazioni di paradontologia.

Negli ultimi anni (2012) il fondo è passato dal rimborso secondo il criterio a percentuale a quello secondo le tariffe stabilite dal Nomenclatore/Tariffario che nel 2013 è stato opportunamente rimodulato in aumento.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

A mio parere, con frequenza alta.

Quali sono i parametri che le strutture accreditate devono soddisfare per essere convenzionabili con il vostro fondo?

Il possesso dei requisiti di legge tra cui l'autorizzazione sanitaria.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

Certamente sì.

La sua società è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

Al momento no.

Quali sono i principali obiettivi che il vostro fondo intende perseguire nei prossimi anni?

Mantenere e migliorare gli attuali livelli di assistenza secondo una logica di appropriatezza, rendendo efficiente la spesa anche attraverso la creazione di gruppi di acquisto delle prestazioni in convenzione e semplificando i processi di liquidazione.

In base anche ai feedback ricevuti dai vostri assistiti, quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

Monitorare costantemente la tenuta del sistema erogativo eventualmente apportando modifiche al tariffario di rimborso, valutando al contempo l'inserimento di prestazioni innovative.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Un maggior impegno dei fondi sanitari a fronte di un progressivo arretramento del Servizio pubblico in termini di: finanziamento del fondo sanitario, difficoltà a dare risposta alla crescente domanda di salute per effetto dei noti fattori demografici, innovazione tecnologica, con conseguente tendenza alla crescita della spesa sanitaria "out of pocket".

MÈTASALUTE FONDO SANITARIO LAVORATORI METALMECCANICI

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

Hanno principalmente fornito una risposta all'arretramento del pubblico nel settore sanitario. È evidente che i vincoli di bilancio e le trasformazioni demografiche hanno messo in discussione il funzionamento (per prestazioni, offerte, tempi di attesa, ecc.) dei sistemi sanitari pubblici universalistici ed hanno reso di fatto necessario l'affiancamento agli stessi di forme integrative in grado di coprire quella fetta di spesa sanitaria out of pocket che è ovunque in forte crescita, tanto da costringere una percentuale non trascurabile di cittadini a rimandare o rinunciare completamente alle cure. I fondi contrattuali, per le loro caratteristiche ed il funzionamento mutualistico, rispondono meglio di altri a queste necessità e possono rappresentare il futuro di un nuovo sistema sanitario in cui pubblico e privato sono in grado di collaborare ed integrarsi, l'uno a vantaggio dell'altro, per garantire livelli di assistenza sanitaria adeguati alle nuove sfide e necessità.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?
Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

mètaSalute gestisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie attraverso convenzionamento con una compagnia di assicurazione che si occupa anche della liquidazione dei rimborsi. La contribuzione viene incassata trimestralmente mediante pagamento effettuato direttamente dalle aziende che trattengono mensilmente le quote dalle buste paga dei lavoratori iscritti.

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

Tendenzialmente appaiono in diminuzione per effetto di una sempre crescente popolazione assistita.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

Per quanto riguarda i fondi contrattuali la ripartizione della spesa è decisa dalle fonti istitutive e, quindi, principalmente dalla contrattazione.

Quali tipi di agevolazioni fiscali sono previste al momento dell'istituzione di un fondo integrativo? Negli ultimi anni la legislazione in merito è cambiata?

Ai sensi dell'art. 51, comma 2 del TUIR non concorrono a formare il reddito i contributi previdenziali e assistenziali versati dal datore di lavoro o dal lavoratore in ottemperanza a disposizioni di legge; i contributi di assistenza sanitaria versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti o casse aventi esclusivamente fine assistenziale in conformità a disposizioni di contratto o di accordo o di regolamento aziendale, che operino negli àmbiti di intervento stabiliti con il decreto del Ministro della Salute di cui all'articolo 10, comma 1, lettera e-ter), per un importo non superiore complessivamente ad euro 3.615,20. Ai fini del calcolo del predetto limite si tiene conto anche dei contributi di assistenza sanitaria versati ai sensi dell'articolo 10 (comma 1, lettera e-ter).

Esiste una partecipazione di fondi di investimento nel vostro fondo integrativo?

No, il fondo è finanziato da contribuzione datoriale e contribuzione del lavoratore, senza l'intervento di ulteriori soggetti.

Il vostro fondo è convenzionato con franchising dentali?

No, il nostro fondo si avvale della rete messa a disposizione dalla compagnia assicurativa convenzionata.

Quale quota degli incassi va nelle terapie mediche; quale quota nelle terapie odontoiatriche?

I fondi sanitari integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, gli Enti, le Casse e le Società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, hanno l'obbligo di destinare una quota non inferiore al 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti, per l'erogazione di prestazioni di assistenza odontoiatrica, di assistenza socio-sanitaria rivolta ai soggetti non autosufficienti e di prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabili.

Ed esattamente:

- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria da garantire alle persone non autosufficienti al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, con particolare riguardo all'assistenza tutelare, all'aiuto personale nello svolgimento delle attività quotidiane, all'aiuto domestico familiare, alla promozione di attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi, nonché le prestazioni della medesima natura da garantire presso le strutture residenziali e semi-residenziali per le persone non autosufficienti non assistibili a domicilio, incluse quelle di ospitalità alberghiera;
- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, correlate alla natura del bisogno, da garantire alle persone non autosufficienti in àmbito domiciliare, semiresidenziale e residenziale, articolate in base alla intensità, complessità e durata dell'assistenza;
- prestazioni finalizzate al recupero della salute di soggetti temporaneamente inabilitati da malattia o infortunio, quali la fornitura di ausili o dispositivi per disabilità temporanee, le cure termali e altre prestazioni riabilitative rese da strutture sanitarie autorizzate non comprese nei livelli essenziali di assistenza;
- prestazioni di assistenza odontoiatrica compresa la fornitura di protesi dentarie.

Il rispetto della soglia del 20% delle risorse vincolate per prestazioni odontoiatriche, assistenza ai non autosufficienti e prestazioni per il recupero di soggetti temporaneamente inabili, deve essere garantito a partire dall'anno gestionale 2010, al fine di poter usufruire del trattamento fiscale agevolato previsto dalle norme vigenti.

Il vostro fondo privilegia il convenzionamento diretto o quello indiretto con gli odontoiatri?

Al momento, il nostro fondo non si convenziona direttamente ma si avvale della rete della compagnia assicurativa convenzionata.

In àmbito odontoiatrico, quali sono le terapie e gli interventi coperti dal vostro fondo? Le prestazione odontoiatriche erogate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni in termini di tariffario e di quote effettivamente rimborsabili? Vi sono prestazioni che, al momento, non sono più convenzionabili?

Il fondo mètaSalute provvede al pagamento delle spese – con un massimale annuo di euro 220,00 – per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative. Sono comprese anche eventuali visite e/o sedute di igiene orale anche non propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

Il fondo mètaSalute liquida le spese sostenute per i seguenti interventi chirurgici:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale;
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti radicolari;
- cisti follicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;

- intervento per iperostosi, osteomi (toro - palatino, toro mandibolare, ecc.);
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare.

Massimale annuo di euro 2.000,00.

Si è cercato nel tempo – a seguito dell'incremento della contribuzione ricevuta – di aumentare i massimali a disposizione tenendo presente che la garanzia odontoiatrica è quella a più alta frequenza. Le prestazioni iniziali non sono – fino a oggi – mai state ridotte ma solo migliorate.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Immagino che la crescita delle platee di riferimento dei fondi sanitari integrativi abbia aumentato considerevolmente l'attrattività degli stessi nei confronti dei professionisti e delle strutture sanitarie presenti sul mercato. Ciò tanto più se si pensa che sempre più strutture pubbliche richiedono oggi il convenzionamento con i fondi sanitari integrativi.

Quali sono i parametri che le strutture accreditate devono soddisfare per essere convenzionabili con il vostro fondo?

Il fondo non convenziona strutture, si avvale della rete della compagnia assicurativa.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

Ogni forma di confronto può rivelarsi utile e produttiva.

La sua società è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

No.

Quali sono i principali obiettivi che il vostro fondo intende perseguire nei prossimi anni?

La crescita della platea degli iscritti ed il potenziamento delle prestazioni sanitarie.

In base anche ai feedback ricevuti dai vostri assistiti, quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

I nostri associati ci suggeriscono l'aumento dei massimali.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Vedo una crescita forte del settore e la nuova sfida sarà sempre più quella di una integrazione efficiente tra primo e secondo pilastro, immaginando possibilità di convenzionamento con i nostri fondi, anche delle strutture pubbliche più efficienti così da stimolare la ricerca della qualità da parte delle stesse e l'afflusso verso il SSN di risorse economiche immediatamente disponibili. Non va dimenticato che la crescita dei fondi sanitari integrativi avrebbe anche ripercussioni positive nell'emersione di quella quota di spesa sanitaria oggi non tracciata.

SERGIO RICCI

RESPONSABILE FUNZIONE BACK OFFICE - INARCASSA

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

Lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi è stato promosso in Italia sia da una normativa fiscale di favore che gradualmente si è andata stratificando (deducibilità fiscale dei premi e/o dei costi sostenuti dall'assicurato) sia da una maggiore attenzione da parte della contrattazione collettiva (aziendale o territoriale). Nell'ambito delle relazioni industriali la contribuzione datoriale destinata al finanziamento dei fondi sanitari si inquadra tra le leve della retribuzione accessoria (plus/benefit) tendenti a favorire migliori condizioni di vita sociale degli appartenenti ad una determinata comunità (welfare/benessere aziendale). Nel mondo del lavoro autonomo, invece, ove non sono previsti benefici derivanti dalla contribuzioni di terzi committenti, l'obiettivo di fare rete e di sviluppare massa critica, al fini di garantire economicità delle prestazioni e/o coperture sempre più ampie, è affidato alle organizzazioni e istituzioni di categoria, anche territoriali, in un'ottica di efficientamento delle tutele assicurative individuali (polizze vita).

I principali bisogni che una protezione sanitaria integrativa dovrebbe soddisfare – da un punto di vista del cittadino/fruitore del servizio – possono essere così catalogati:

- tempestività di erogazione delle prestazioni;
- possibilità di scelta del prestatore/specialista sanitario (concorrenzialità del sistema);
- fruizione di tariffe calmierate e trasparenti;
- opportunità di ampliare la fruizione di servizi di prevenzione della salute (fuori LEA in àmbito SSN o troppo costosi). Quest'ultima opportunità assume una grande valenza anche per il sistema sanitario pubblico in quanto finalizzato ad educare alla prevenzione, misurare lo stato di salute di una collettività e orientare le future politiche della salute e del welfare in generale.

I fondi integrativi dovrebbero quindi rispondere – in maniera più adeguata che oggi – ad un bisogno diffuso e crescente di una domanda di servizi sanitari (complementare o sostitutiva di quella coperta dal sistema pubblico), ad una attesa di maggior qualificazione e professionalità del servizio, di flessibilità nei tempi di erogazione, nonché di promozione delle condizioni di "benessere" psico-fisico del cittadino, più evolute che in passato e corrispondenti agli stili di vita di una società civile moderna.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

L'offerta di servizio dei diversi operatori sanitari si caratterizza ancor oggi come forma di prestazione "rimborsuale" di costi sostenuti dall'assicurato, con applicazione di scoperti e franchigie, per eventi definiti.

Rispetto ai trattamenti garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale (LEA), le prestazioni offerte dai diversi operatori pubblici e privati (fondi, casse professionali, assicurazioni, servizi regionali, forme individuali) possono assumere le seguenti caratteristiche:

a) prestazioni sostitutive: day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, grandi interventi, parto, alta diagnostica, visite specialistiche, ecc.;
b) prestazioni integrative: assistenza infermieristica, cure dentarie, fisioterapia, etc.;
c) prestazioni complementari: rimborso di ticket specialistici, medicinali, trasporto sanitario, check-up o prevenzione, diaria giornaliera ricovero, etc.

Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

Inarcassa, quale operatore istituzionale di riferimento per la categoria degli ingegneri ed architetti liberi professionisti, garantisce ai propri iscritti un doppio livello di tutela sanitaria:

a) Tutela sanitaria base, gratuita per tutti gli iscritti e pensionati. La tutela copre i grandi interventi chirurgici, i grandi eventi morbosi e le terapie radianti e chemioterapiche. Tra le garanzie

accessorie: una indennità sostitutiva del ricovero, l'indennità dread desease, la prevenzione annuale, assistenza infermieristica, trasporto sanitario. La garanzia è estensibile ai familiari.

b) Tutela sanitaria integrativa, a pagamento che copre tutte le forme di ricovero indipendentemente dalla patologia sottostante. Tra le altre prestazioni erogate rientrano quella di alta diagnosticia, parto, visite specialistiche, cure neonatali, lenti, cure dentarie.

Le prestazioni sono erogate: in regime di assistenza diretta, con ricorso ai servizi della rete convenzionata, senza alcun costo aggiuntivo per l'iscritto; in regime rimborsuale, con ricorso alla rete non convenzionata, con applicazione di franchigia e scoperto; in regime di SSN, con rimborso integrale del ticket.

Le prestazioni erogate sono intermediate da una compagnia assicurativa, selezionata mediante gara europea, con cui viene stipulata polizza di copertura collettiva della categoria.

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

Non si conoscono le tariffe specifiche delle singole prestazioni in quanto queste sono intermediate (come già detto) da una compagnia assicurativa. I premi individuali pro capite registrati nell'ultimo decennio a copertura del servizio e degli andamenti tecnici della polizza sono, tuttavia, in costante aumento.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

No, non esiste una normativa di riferimento. Franchigie e scoperti, come pure le prestazioni, sono correlati ai livelli di servizio che si intende garantire in condizioni di massima economicità, tenuto conto degli equilibri finanziari e delle disponibilità in bilancio da rispettare.

Quali tipi di agevolazioni fiscali sono previste al momento dell'istituzione di un fondo integrativo? Negli ultimi anni la legislazione in merito è cambiata?

Non conosco il tema di facilitazioni fiscali inerenti l'istituzione dei fondi sanitari, salvo le agevolazioni relative alla deducibilità fiscale dei premi assicurativi versati e alla detraibilità delle spese sanitarie in capo al soggetto beneficiario della prestazioni (v. del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successivi decreti attuativi - artt. 10 e 51 articoli TUIR 917/1986).

Esiste una partecipazione di fondi di investimento nel vostro fondo integrativo?

No.

Il vostro fondo è convenzionato con franchising dentali?

La rete della compagnia assicurativa che eroga il servizio utilizza un network sanitario che comprende oltre 5.000 medici odontoiatri convenzionati.

Quale quota degli incassi va nelle terapie mediche; quale quota nelle terapie odontoiatriche?

Le prestazioni legate al ricovero ammontano a circa il 70% del totale. Le prestazioni extra-ricovero (visite specialistiche, accertamenti diagnostici, etc.) ammontano a circa il 30%. Le prestazioni odontoiatriche valgono meno dell'1% del totale dei servizi erogati.

Il vostro fondo privilegia il convenzionamento diretto o quello indiretto con gli odontoiatri?

È privilegiato il convenzionamento diretto dei medici.

In àmbito odontoiatrico, quali sono le terapie e gli interventi coperti dal vostro fondo? Le prestazione odontoiatriche erogate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni in termini di tariffario e di quote effettivamente rimborsabili? Vi sono prestazioni che, al momento, non sono più convenzionabili?

Le prestazioni odontoiatriche sono previste nella polizza integrativa ad adesione volontaria con onere a carico dell'iscritto. La polizza copre le seguenti prestazioni: visita odontoiatrica e ablazione del tartaro; interventi chirurgici per osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o mascella, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma. Le coperture non hanno subìto modifiche nel corso degli ultimi anni.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Gli studi odontoiatrici ricorrono molto più frequentemente che in passato a convenzioni con fondi sanitari. Inoltre, negli ultimi anni abbiamo assistito ad una forte espansione della rete in franchising.

Quali sono i parametri che le strutture accreditate devono soddisfare per essere convenzionabili con il vostro fondo?

La rete medico-sanitaria, ivi compresa quella dei medici odontoiatri, è selezionata dalla compagnia assicurativa partner del nostro fondo istituzionale.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

Sicuramente sì, soprattutto se si considera l'incidenza della spesa odontoiatrica out of pocket nel bilancio di una famiglia media.

La sua società è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

Non direttamente. Il nostro fondo non gestisce una propria rete medico-sanitaria, ma sarebbe interessato a qualsivoglia iniziativa che possa concretizzare un vantaggio verso i propri iscritti nell'utilizzo di servizi ad adesione facoltativa.

Quali sono i principali obiettivi che il vostro fondo intende perseguire nei prossimi anni?

Primariamente, l'obiettivo di coprire gli eventi e le menomazioni più importanti che per loro natura possano incidere, anche temporaneamente, sulla capacità lavorativa-professionale dell'iscritto portatore di reddito e/o sulle condizioni di salute degli appartenenti al nucleo familiare. Secondariamente, occorre puntare ad una estensione delle coperture sanitarie a più basso rischio sociale in condizioni di maggiore economicità. In terzo luogo, estendere la convenienza/opportunità ad approfittare delle coperture sanitarie ad adesione facoltativa.

In base anche ai feedback ricevuti dai vostri assistiti, quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

Una delle criticità dell'attuale rete medica odontoiatrica è la eccessiva onerosità e vischiosità dei costi delle prestazioni (ma vale in generale per tutte le prestazioni del sistema sanitario pubblico e privato), soprattutto quelle che richiedono un piano erogativo prolungato. Le strategie di intervento per implementare la copertura assicurativa andrebbero indirizzate a perseguire maggiore trasparenza e concorrenza tra gli operatori sanitari, un ampliamento della rete a cui poter ricorrere a tariffe calmierate e certe, nonché un ampliamento qualitativo dei servizi convenzionati.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Lo scenario futuro che si prospetta nel settore della sanità integrativa e che può ritenersi auspicabile a vantaggio di tutti gli attori coinvolti nel sistema (ente/cassa/fondo, prestatore professionale, consumatore finale) è quella di un aumento considerevole della domanda "intermediata" da fondi sanitari o operatori

istituzionali, nonché una maggiore sinergia tra prestazioni coperte dal servizio pubblico (LEA) e prestazioni non coperte (fuori LEA).

Sarebbe auspicabile promuovere un Fondo Unico Sanitario Integrativo (FUSI) del sistema SSN a cui possano aderire facoltativamente i vari network oggi esistenti nel panorama italiano (fondi, casse, compagnie assicurative) con l'obiettivo di creare una rete di Network Sanitario Professionale (NSP) che possa offrire all'intera comunità di lavoratori (pubblici, privati, dipendenti, autonomi, professionisti) e non, l'intera gamma di servizi sanitari in "regime convenzionale". Il Fondo Sanitario Integrativo dovrebbe ispirarsi ad una chiara strategia tendente a privilegiare alcune caratteristiche distintive dell'offerta:

- l'assistenza diretta rispetto a quella rimborsuale, in modo da garantire un aumento della domanda intermediata a costi calmierati che il singolo cittadino non potrebbe altrimenti spuntare;
- copertura territoriale diffusa della rete medica e delle strutture sanitarie convenzionate;
- pubblicità della rete;
- pubblicità e trasparenza delle tariffe;
- pubblicità delle specializzazioni mediche e delle prestazioni offerte da ciascuna struttura aderente alla rete.

I benefici ottenibili da un fondo sanitario unico integrativo attraverso una gestione intermediata della domanda out of pocket, potrebbero essere molteplici e favorire i comportamenti dei diversi stakeholder:

a) le compagnie/fondi/operatori istituzionali aderenti, potrebbero coprire il rischio salute ad un costo più basso, essenziale in virtù dei processi demografici in atto (invecchiamento della popolazione);
b) l'utente/cittadino potrebbe avvantaggiarsi di una offerta di servizi sanitari più ampia, qualificata, concorrenziale, veicolata dal circuito di network a tariffe concordate e trasparenti;
c) il professionista/operatore sanitario potrebbe avere un tornaconto da una potenziale espansione qualitativa e quantitativa della domanda attualmente inespressa, sia quella terapeutica sia quella con finalità preventiva;
d) il sistema sanitario pubblico potrebbe giovarsi di un efficientamento della rete nazionale combinata (sistema pubblico e sistema integrativo) nella prospettiva di una forte razionalizzazione e ridefinizione dei livelli dei servizi LEA al fine di coniugare l'universalità del sistema con le compatibilità del bilancio pubblico.

MARCO ROSSETTI
DIRETTORE ASSIDAI

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

La profonda modifica dei principali fattori socio-demografici, che hanno caratterizzato gli ultimi anni, ha reso necessario un complessivo ripensamento dell'offerta di welfare nel nostro Paese. La rilevante dinamica di crescita dell'aspettativa di vita, il declino dei tassi di natalità, i profondi cambiamenti intervenuti nel mercato del lavoro, uniti alle costanti esigenze di contenimento della spesa pubblica, hanno determinano una prospettiva in cui i rischi connessi all'invecchiamento e alle condizioni di salute, sempre più difficilmente potranno trovare piena copertura nell'azione del sistema universalistico, così che, rispetto al passato, un'aliquota sempre maggiore di rischi è stata trasferita dallo Stato alle famiglie ed i Fondi Sanitari hanno intercettato una parte della domanda.

Vorrei, a questo punto, presentare la nostra proposta che parte dall'anali dei risultati della ricerca di Ipsos dai quali emerge evidente come la percezione, da parte del campione intervistato, della qualità dei livelli di assistenza forniti dal SSN sia solo sufficiente e che in prospettiva tale percezione vada peggiorando soprattutto in quelle regioni sottoposte a piano di rientro.

La motivazione principale che induce i cittadini a ricorrere massicciamente alla spesa privata è rappresentata dai lunghi tempi di attesa per ricorrere al servizio pubblico.

Quest'ultimo, pur offrendo servizi di ottima qualità, tra i migliori a livello europeo, non è in grado di rispettare i criteri di efficienza richiesti.

Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

Prima di tutto è opportuno specificare che la natura giuridica di Assidai è "non profit" per cui vi è un'iscrizione al fondo piuttosto che un semplice pagamento come accade invece per le assicurazioni. Attraverso l'iscrizione ad Assidai, che è possibile effettuare come privati o aziende, si può godere di un piano sanitario con determinate caratteristiche e con specifiche aree di intervento per quanto concerne i rimborsi.

L'iscrizione al fondo garantisce una serie di tutele per gli assistiti, proprio perché i valori che lo contraddistinguono sono la mutualità e la solidarietà, che si concretizzano, per esempio, nell'impossibilità per Assidai di recedere unilateralmente dall'iscrizione, nessun limite di età di permanenza nel fondo, il contributo che è unico per l'intero nucleo familiare (figli fino a 26 anni), la possibilità di estendere la copertura sanitaria ai figli fino al 55esimo anno di età, anche se sposati, scegliendo il Piano Sanitario "Familiari" e inclusione in tutti i piani sanitari di servizi e prestazioni rivolte a persone non in grado di svolgere autonomamente le principali attività della vita quotidiana (Long Term Care).

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

L'impegno di Assidai è massimo al fine di garantire che non ci siano incrementi eccessivi in merito al contributo di iscrizione/rinnovo iscrizione annuale.

Il compito non è particolarmente agevole perché, per la nostra esperienza, il trend dell'incremento della quota dei rimborsi richiesti al nostro fondo è costante.

Il ricorso alla prestazione attraverso strutture convenzionate è uno strumento che contribuisce a raggiungere l'obiettivo della razionalizzazione dei costi. Assidai si comporta come una grande centrale di acquisto di prestazioni sanitarie per i propri iscritti. Mettendo in competizione il mercato attraverso una sana e corretta concorrenza si razionalizzano i costi non a scapito della qualità ed efficienza.

Per esempio, per il rinnovo dell'iscrizione al fondo per il 2015, non vi è stato alcun incremento del contributo richiesto per i Piani Sanitari Privati; per rinnovare la propria iscrizione per l'anno corrente è stato richiesto un incremento del contributo del 2%, che, in termini sostanziali, si è concretizzato in poche decine di euro in più da corrispondere sui diversi Piani Sanitari.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

Non esiste una normativa generale. Ogni fondo rispetto alle esigenze dei propri iscritti e delle compatibilità economiche a propria disposizione propone, eventualmente, una quota che può rimanere a carico dell'iscritto. La nostra esperienza prevede piani sanitari che hanno franchigie, mentre altri, non ne hanno.

Quali tipi di agevolazioni fiscali sono previste al momento dell'istituzione di un fondo integrativo? Negli ultimi anni la legislazione in merito è cambiata?

I fondi sanitari come Assidai che hanno natura giuridica di associazione non riconosciuta (artt. 36 ss. del Codice Civile) devono essere iscritti all'Anagrafe dei Fondi, istituita presso il Ministero della Salute, con decreto ministeriale del 27 ottobre 2009 tra gli enti, casse e società di mutuo soccorso aventi esclusivamente fine assistenziale, di cui all'art. 51 comma 2, lettera a) del Dpr 917/1986.

Il decreto in parola contiene la prima regolamentazione del settore, e riguarda gli àmbiti di operatività sia dei fondi cosiddetti doc (ex art. 9 decreto legislativo n. 229/99) sia degli enti/casse aventi esclusivamente finalità assistenziali. Per questi ultimi, come Assidai, è stato confermato il limite di euro 3.615,20 di non concorrenza alla formazione dei redditi da lavoro dipendente per i contributi versati in base a contratti, accordi o regolamenti aziendali che garantiscano che il 20% dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti venga riservato a prestazioni socio-sanitarie e odontoiatriche.

Esiste una partecipazione di fondi di investimento nel vostro fondo integrativo?

No, non esiste.

Il vostro fondo è convenzionato con franchising dentali?

Assidai si avvale di un importante ed esteso network di strutture e medici convenzionati attraverso il proprio partner Previmedical.

Quale quota degli incassi va nelle terapie mediche; quale quota nelle terapie odontoiatriche?

Assidai certifica volontariamente il proprio bilancio con una primaria società di revisione perché la trasparenza nei confronti dei propri iscritti e di tutti gli stakeholder è fondamentale; pertanto, come indicato dal legislatore, confermiamo che annualmente Assidai destina almeno il 20% dell'ammontare complessivo delle attività a favore degli iscritti nelle prestazioni previste per l'assistenza odontoiatrica, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria per le persone non autosufficienti e le prestazioni destinate al recupero di soggetti temporaneamente inabili per infortunio o malattia.

Per esempio, evidenziamo come aspetto rilevante come lo scorso anno il Fondo si sia fatto carico dei costi per estendere la copertura sulla non autosufficienza anche al coniuge o al convivente more uxorio.

Il vostro fondo privilegia il convenzionamento diretto o quello indiretto con gli odontoiatri?

Assidai ritiene molto importanti i convenzionamenti diretti per tutte le tipologie di prestazioni e, quindi, anche per le prestazioni odontoiatriche. I convenzionamenti diretti, infatti, presentano importanti vantaggi sia per gli iscritti, che in questo modo non anticipano il costo della prestazione, sia per il fondo che può tenere sotto controllo la spesa sanitaria, in quanto attraverso il network il costo è calmierato.

In àmbito odontoiatrico, quali sono le terapie e gli interventi coperti dal vostro fondo?

Il fondo, in generale per i piani sanitari che prevedono tali prestazioni, rimborsa le cure dentarie ed ortodontiche senza richiedere specifiche in merito alle terapie e agli interventi eseguiti.

Le prestazioni odontoiatriche erogate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni in termini di tariffario e di quote effettivamente rimborsabili? Vi sono prestazioni che, al momento, non sono più convenzionabili?

In alcuni piani sanitari viene esclusa l'ablazione del tartaro e vi sono limitazioni per i trattamenti ortodotici.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Non possiamo generalizzare in quanto dipende dalla volontà di ogni singolo professionista, ma possiamo sicuramente evidenziare un trend che conferma una maggiore richiesta, da parte degli studi, al convenzionamento.

Quali sono i parametri che le strutture accreditate devono soddisfare per essere convenzionabili con il vostro fondo?

Il nostro fondo non convenziona direttamente le strutture sanitarie, ma si affida ad un network professionale come quello di Previmedical che monitora costantemente l'efficienza delle strutture stesse.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

Sarebbe auspicabile ma, per quanto mi risulta, attualmente non esiste.

La sua società è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

Attualmente non è nelle nostre previsioni ma non vogliamo precluderci ogni possibilità.

Quali sono i principali obiettivi che il vostro fondo intende perseguire nei prossimi anni?

Prima di tutto continuare ad operare secondo i valori che ci contraddistinguono e che caratterizzano la nostra governance. Parallelamente, sviluppare servizi sempre più innovativi, in linea con le evoluzioni sociali e tecnologiche, al fine di essere al fianco degli iscritti e di anticipare i loro bisogni e le loro necessità. Inoltre, obiettivi fondamentali per il nostro fondo, sono quelli di continuare a crescere e far conoscere ai manager non iscritti l'opportunità di aderire, attraverso l'evidenza di quali siano i vantaggi dei quali potrebbero godere.

In base anche ai feedback ricevuti dai vostri assistiti, quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

A livello strategico pensiamo che, considerata la situazione sociale, offrire agli iscritti e alle loro famiglie la possibilità di scegliere se godere o meno dei rimborsi in àmbito odontoiatrico sia fondamentale. Per questo stiamo studiando apposite formule che, a fronte della scelta di un contributo piuttosto che un altro, in base alle proprie disponibilità economiche, diano la possibilità di inserire all'interno dei piani sanitari anche il rimborso per prestazioni odontoiatriche.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Gli scenari futuri sono davvero interessanti e auspichiamo che ci sia un significativo sviluppo dei Fondi Sanitari a fronte, tuttavia, di un sistema di regole certo che possa favorire e far emergere fondi quali Assidai, che si contraddistinguono per una gestione attenta delle risorse dei propri iscritti, secondo i princìpi di mutualità e solidarietà. Un sistema di regole, quindi, che possa incentivare i fondi che diano un supporto reale alle famiglie numerose, agli anziani e ai più deboli, nel momento di maggiore bisogno: perché è in questo caso

che si ha veramente necessità di fondi come Assidai. Concretamente, descriviamo di seguito quali sono, a nostro avviso, gli scenari futuri su cui desideriamo porre il nostro massimo impegno:

a) Sostenere lo sviluppo di un nuovo modello di sanità complementare al SSN in un'ottica collaborativa e non sostitutiva, lasciando da parte scontri ideologici che vedono il privato doversi necessariamente contrapporre al pubblico. I Fondi Sanitari Complementari dovranno essere adeguatamente regolati da una vigilanza snella e non coercitiva che dovrà sia verificare l'utilizzo delle risorse che il sistema pubblico intende impegnare attraverso una fiscalità agevolata, sia garantire e tutelare i diritti di chi accede alle cure e alle prestazioni in un sistema efficiente di qualità e certificato, a costi calmierati da una sana e trasparente competizione di mercato.
b) Prevedere un'adeguata legislazione fiscale che sappia finalmente accompagnare lo sviluppo della sanità complementare non solo destinata ai lavoratori dipendenti ma allargata a tutti i cittadini, con premialità fiscale da riservare a quei fondi sanitari che rivolgono la loro attenzione alle famiglie e ai pensionati secondo criteri gestionali basati sulla mutualità e solidarietà e che prevedano obbligatoriamente nei propri Statuti e Regolamenti: nessuna selezione del rischio; nessun limite di età sia in entrata che di permanenza; nessuna possibilità di recesso dell'iscrizione.
c) Porre al centro del progetto la persona: è fondamentale la prevenzione, per spendere meglio le scarse risorse pubbliche disponibili riducendo a regime la gestione delle cronicità che incidono significativamente sulle voci di spesa del SSN.

RINO TARELLI

VICEPRESIDENTE ADICONSUM, GIÀ PRESIDENTE COVIP

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

Il progressivo ridimensionamento dell'offerta del Servizio Sanitario Nazionale si è manifestato iniziando dalle prestazioni ritenute non fondamentali. In questa linea si è proceduto a "tagli" sempre più articolati e consistenti nell'ambito delle prestazioni del servizio, obbligando così i cittadini a provvedere direttamente in modo a volte integrativo ma da ultimo sempre più sostitutivo alla spesa sanitaria per visite, prestazioni e prodotti necessari per le cure delle quali hanno bisogno. Ovviamente, le interminabili liste d'attesa hanno certamente contribuito al "bisogno" di sanità integrativa.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

Le principali caratteristiche di queste forme di integrazione della assistenza sanitaria risiedono nella possibilità di modulare forme di assistenza e di sostegno molto mirate – come l'assistenza domiciliare fornita quotidianamente da personale qualificato nei confronti di persone colpite da forme di malattie che, pur non avendo le prospettive dell'esito finale della guarigione, del superamento della malattia, impongono periodi di non breve durata di assistenza domiciliare, o di specifica tipologia. Queste forme di assistenza si segnalano per due motivi: l'enorme risparmio circa i costi di gestione delle strutture pubbliche; la conseguenza di non sovraffollare i posti letto in ospedale; porre l'ammalato nelle migliori condizioni morali riguardo al decorso della sua infermità.

Naturalmente è diverso il livello di affidabilità per lo svolgimento di tale servizio a seconda di chi sia titolare dello svolgimento del servizio stesso: sia che tale impianto ricada sull'assistenza integrata di Regioni, casse professionali, fondi privati, assicurazioni sia che si realizzi attraverso forme di assistenza anche volontaristica.

Sulla base della sua esperienza, con quale frequenza i fondi previdenziali privati sono convenzionati con i franchising dentali?

Quasi tutti i fondi sono oggi collegati alla Associazione Nazionale Dentisti Italiani attraverso la quale sono in grado di offrire ai propri iscritti la migliore assistenza, in senso generale e riguardo alla qualità, con un rapporto tra costi e prestazioni fondamentalmente in equilibrio. Non mancano i casi di convenzione con i maggiori network odontoiatrici.

A suo avviso le prestazioni odontoiatriche convenzionate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni? Le prestazioni non rimborsate sono aumentate?

Benché le richieste di prestazioni siano sensibilmente aumentate negli ultimi anni, i diversi fondi hanno mantenuto il livello generale dell'offerta di servizi odontoiatrici esistente, quindi le prestazioni non rimborsate non sono aumentate, grazie alla buona gestione del rapporto fondi-odontoiatri e all'ottima gestione economico-finanziaria che i fondi stessi riescono ad attuare. In generale, i diversi fondi operano con un accantonamento di risorse piuttosto consistente a garanzia dell'equilibrio e la stabilità dell'offerta.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Non c'è dubbio che la crisi economica e il ritrarsi del servizio socio-sanitario rispetto alle prestazioni odontoiatriche (ma certamente non soltanto da queste...) hanno prodotto una richiesta più consistente di prestazioni non più fornite dal servizio pubblico.

I diversi studi odontoiatrici hanno dovuto produrre una nuova offerta, una nuova dinamica qualità-prezzo della prestazione, dando vita ad un più equilibrato rapporto che investe tanto i pazienti che i loro fondi. Si è venuta così a costituire una nuova dinamica nel rapporto richiesta di prestazioni e offerta che ha sostanzialmente assorbito le difficoltà che inizialmente i cambiamenti, i tagli e le riduzioni di servizi avevano provocato, anche grazie ad una dinamica dei prezzi e dei materiali che tiene conto della mutata situazione che si è realizzata in questo settore, sia per la normale evoluzione della ricerca sia per la sempre più ridotta presenza del servizio pubblico. Possiamo affermare che c'è una crescita notevole di queste convenzioni.

Quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

In realtà la copertura odontoiatrica impegna già gran parte delle attività di assistenza posta in campo dai fondi. Occorre però non smarrire il concetto di fondo: la missione, le prestazioni istituzionali che i fondi, sia previdenziali che sanitari, devono garantire ai propri iscritti. Queste due tipologie non possono essere gestite con investimenti a rischio "sostenuto" e devono garantire stabilità di intervento e capacità organizzatorie di primissimo ordine. Devono assicurare una trasparenza nella gestione che possa essere percepita dagli iscritti. E gli iscritti dovranno essere a loro volta tutelati con una gestione che potrebbe essere effettuata da organi democratici e soggetti a periodiche verifiche circa la conduzione del fondo.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Gli scenari futuri in àmbito sanitario dovranno contemplare la saldatura nei concetti di conduzione sperimentata dai fondi previdenziali, i quali hanno dato splendida dimostrazione di gestione e di partecipazione degli iscritti, oltre che di affidabilità circa il mandato integrativo di loro competenza. E a questo fine è indispensabile inserire i fondi sanitari nella dinamica della vigilanza pubblica, così come da sempre avviene per i fondi previdenziali. Sull'esempio di quanto ha garantito la COVIP per l'area previdenziale, incardinare i fondi sanitari privati integrativi, in forma di garanzia delle regole di funzionamento chiare e verificabili a tutela degli iscritti, come pure realizzare la trasparenza delle forme di gestione e di partecipazione. Non si tratta, con tutta evidenza, di intervenire sulla gestione che è e rimane di esclusiva competenza dei fondi sanitari ma di esercitare gli stessi controlli sulla loro gestione da parte di una Autorità pubblica dotata di capacità professionale e assoluta imparzialità, così come già avviene per la previdenza integrativa.

MARCO VECCHIETTI
CONSIGLIERE DELEGATO RBM SALUTE S.P.A.

Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un boom dei fondi integrativi, anche in àmbito sanitario. Quali cambiamenti ed esigenze, a suo avviso, hanno intercettato?

Nell'arco di 20 anni si sono succeduti diversi modelli di fondi sanitari, in particolare si è passati da un modello principale che era quello dei fondi di natura aziendale – prevalentemente orientato ad esigenze di benefit e dunque un modello legato ad una natura di benefit premiale nei confronti dei dipendenti delle aziende – a fondi di natura contrattuale; questi erano legati all'esigenza di garantire, attraverso forme di mutualità di base, i lavoratori contro i rischi di tipo catastrofale. Più recentemente si è passati, invece, a fondi di tipo territoriale, che per diversi punti rappresentano una sintesi di questi due mondi, in quanto hanno la caratteristica di essere prevalentemente incentrati sulla contrattazione territoriale, ma da un punto di vista di coperture intercettano maggiormente le spese frequenti e quindi non i rischi catastrofali. In questo modo si avvicinano a quello che è l'approccio tipico dei fondi di natura aziendale.

Secondo lei, al momento attuale, quali sono le principali caratteristiche dell'offerta di pagamento integrato da soggetti terzi nel settore sanitario, tra fondi/casse professionali, fondi privati (assicurazioni e banche), assistenza integrata da parte delle Regioni e altre forme di assistenza anche volontaristica?

L'attuale offerta può essere divisa in quattro cluster: i fondi di tipo aziendale, i fondi di tipo contrattuale, i fondi di tipo territoriale ed infine le polizze assicurative di tipo individuale.

Partendo dai fondi di tipo contrattuale, essi hanno delle coperture incentrate sui grandi interventi, quindi si concentrano su quella tipologia di prestazioni ospedaliere a bassa frequenza e ad alta severità, legata dunque a delle patologie molto importanti, che hanno tuttavia possibilità di accadimento molto contenute.

Quello dei fondi aziendali, invece, è un modello basato sulle spese di frequenza, e dunque riguarda spese sanitarie che sono più frequenti e che incidono sulla vita quotidiana delle persone; vanno dalle analisi e le visite specialistiche alle prestazioni di alta diagnostica e i ricoveri anche di minore severità, come può essere il day-hospital, e prevedono solitamente un ampliamento della copertura in caso di grandi interventi, quindi si tratta di coperture più complete focalizzate su eventi di natura ricorrente. Ci sono poi i fondi di natura territoriale che hanno la caratteristica di essere orientati su uno di questi due mondi, concentrandosi più sull'area ospedaliera o più sull'area extra ospedaliera in funzione dell'area geografica nella quale sono costituiti. Oggi le uniche aree geografiche in cui sono presenti fondi territoriali sono il Veneto, la Lombardia e Il Trentino Alto Adige, quindi nell'area del Nord-Est: prevalentemente fondi che coprono prestazioni di frequenza, accertamenti, analisi di laboratorio e visite; mentre per quanto riguarda l'area del Nord-Ovest e la Lombardia abbiamo prestazioni di tipo assistenziale, quindi assistenza socio-sanitaria e assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda, infine, l'offerta delle compagnie assicurative, questa può essere divisa in due macro blocchi, quella delle compagnie generaliste tradizionali, ovvero quelle compagnie che coprono qualsiasi rischio, dall'auto alla salute, e quelle compagnie, come la nostra, che si occupano prevalentemente di salute. Le prime si occupano dell'area ospedaliera e lo fanno con una logica di tipo rimborsuale, corrispondendo un rimborso a fronte di una spesa ospedaliera di solito di entità piuttosto consistente. Le compagnie specializzate, come la nostra, coprono invece l'assicurato a tutto tondo nel percorso di cura, partendo dalle analisi di laboratorio arrivando al campo odontoiatrico. Il tratto distintivo di queste compagnie è che puntano sul circuito convenzionato, ovvero mettono a disposizione del convenzionato una rete di strutture sanitarie private che vengono pagate direttamente dalla compagnia, all'interno della quale l'assicurato riceve un'assistenza in tempi contenuti e con una linea di prezzo concordata tra la compagnia e la struttura che eroga la prestazione.

Qual è il funzionamento del vostro fondo in termini di rimborsi, pagamenti, incasso dei premi?

La nostra è una compagnia assicurativa, quindi abbiamo dei modelli gestionali funzionali alla tipologia di clientela alla quale ci rivolgiamo; per cui offriamo sia polizze individuali, che utilizzano il metodo dell'incasso del premio e sono distribuite attraverso il circuito bancario, on line o attraverso le nostre agenzie, sia coperture di tipo collettivo, il che vuol dire che siamo assicuratori di una grande quantità di fondi, enti pubblici, ed enti previdenziali che garantiscono questa copertura ai loro associati. Inoltre, a completamento di

questa offerta lavoriamo attraverso due fondi aperti a quei cittadini che non hanno la possibilità di aderire a forme di copertura contrattuale o professionale. Questi due fondi hanno la caratteristica di operare come dei fondi tradizionali, ovvero non fanno selezione del rischio, non prevedono un'analisi preliminare di accettazione dell'assicurato, non prevedono una tariffa differenziata per età e prevedono un incasso su base mensile del contributo, come se fosse una trattenuta in busta paga.

Il grande vantaggio di questo modello è di garantire all'assicurato una stabilità di relazione, questo perché non esistono meccanismi di interruzione anticipata della copertura o di aumento del premio per eccessiva onerosità della copertura, in quanto la compagnia assicura l'intero fondo e ciò consente di ammortizzare le punte di rischio e quindi di essere in grado di garantire coperture durature nel tempo e a tariffa bloccata.

Sulla base di quali criteri viene stabilita la modulazione delle tariffe? In questi anni le tariffe sono in aumento, stabili o in ribasso?

In base all'ampiezza del livello di copertura, abbiamo dei piani sanitari che partono da un euro e mezzo al giorno e arrivano fino ai 2.250 all'anno. In questo range si passa da una copertura che riguarda il solo individuo o l'intero nucleo familiare a coperture che coprono solo il comparto ospedaliero e coperture che riguardano l'intera gamma di prestazioni sanitarie.

Le nostre tariffe sono rimaste mediamente stabili perché abbiamo saputo operare aumentando il numero dei nostri iscritti e siamo dunque riusciti a far valere l'elemento delle economie di scala e l'aumento della mutualità.

Come vengono stabilite le franchigie a carico del cliente: esiste una normativa generale o ogni fondo può stabilire la quota a carico dell'assistito?

Va tenuto conto che la franchigia e lo scoperto sono elementi solitamente legati al contratto assicurativo perché in genere i fondi sono assicurati; dunque, la quota di compatertecipazione è un elemento che è parte della tariffa assicurativa, solitamente il fondo identifica prevalentemente l'area di intervento, ovvero sceglie se garantire le coperture in àmbito ospedaliero, se rimborsare le visite o se rimborsare le prestazioni odontoiatriche, la franchigia segue quindi un criterio matematico e solitamente viene identificata con l'obiettivo di evitare un sovra utilizzo.

C'è una regola, che ormai è riscontrabile come una regola affermata nel mercato, che è la regola legata agli scoperti, ovvero all'interno del circuito convenzionato solitamente le compagnie non applicano scoperto perché se la compagnia è in grado di negoziare in modo adeguato il prezzo con le strutture, non ha bisogno di lasciare una quota del fatturato a carico dell'assicurato, perché in realtà il controllo del prezzo massimo l'ha già fatto con la convenzione. Al contrario, quando l'assicurato spende al di fuori del circuito convenzionato viene applicata la franchigia con l'obiettivo di evitare il disinteresse dell'assicurato nello spendere una somma elevata; lo strumento della franchigia viene solitamente utilizzato per le prestazioni di frequenza, ovvero quelle prestazioni che vengono ripetute più volte nell'arco dell'anno. In questo senso la franchigia serve a prevenire un sovrautilizzo, come del resto avviene nel servizio sanitario nazionale con i ticket.

Esiste una partecipazione di fondi di investimento nel vostro fondo integrativo?

No, in quanto tutte le risorse sono impiegate per la copertura delle prestazioni e sono trasferite alla compagnia assicurativa per garantire la copertura delle prestazioni. Va tenuto presente che, diversamente da un fondo pensione, un fondo sanitario fa fronte con le sue risorse ai bisogni di spesa dell'assicurato, per cui non c'è in realtà un investimento delle risorse, perché le risorse sono trasformate in premio, il premio viene acquisito dalla compagnia, con questo la stessa compagnia deve, da un lato far fronte alle prestazioni, dall'altro dotarsi di riserve tecniche; queste servono infine a garantire il pagamento delle prestazioni future degli assicurati. Per questi motivi è la compagnia che eventualmente investe una componente delle riserve tecniche, coerentemente con quelli che sono i limiti normativi per poter valorizzare questa quota di capitale che ha a disposizione per la copertura del rischio.

Il vostro fondo è convenzionato con franchising dentali?

La nostra compagnia attualmente ha il network più ampio di odontoiatri convenzionati. Questa è una rete basata sul convenzionamento diretto con i dentisti, quindi non con i franchising. La nostra compagnia è soggetta ad una procedura di certificazione e qualità per cui ogni odontoiatra, come ogni altra struttura sanitaria

convenzionata, è soggetto ad un controllo seguendo dei parametri sia economici che qualitativi; l'ente certificatore che collabora con noi effettua una valutazione della qualità dell'odontoiatra, in questo senso noi abbiamo necessità di avere un rapporto diretto con il singolo odontoiatra con cui poi contrattare le tariffe.

Quale quota degli incassi va nelle terapie mediche; quale quota nelle terapie odontoiatriche?

Rispetto alla media copriamo una maggiore quota di terapie odontoiatriche; questo perché da un lato, avendo questo ampio circuito di dentisti, riteniamo che sia importante puntare su prodotti che abbiano una quota importante di prestazioni in àmbito odontoiatrico, dall'altro la nostra compagnia è stata la prima ad introdurre polizze che coprono esclusivamente le spese per le prestazioni odontoiatriche, quindi siamo intorno ad una quota del 40% per le spese odontoiatriche. La nostra compagnia copre l'intero campo di prestazioni in questo settore, le limitazioni sono legate solo al periodo di fruizione, ovvero: se un paziente si sottopone all'impianto dentale, il secondo impianto dello stesso dente sarà rimborsato solo dopo due anni, perché nella convenzione fatta con l'odontoiatra concordiamo che il materiale utilizzato debba avere una durabilità di almeno due anni.

Il vostro fondo privilegia il convenzionamento diretto o quello indiretto con gli odontoiatri?

La nostra società si avvale esclusivamente di convenzionamento diretto con i singoli studi odontoiatrici.

In àmbito odontoiatrico, quali sono le terapie e gli interventi coperti dal vostro fondo?
Le prestazione odontoiatriche erogate hanno subìto una modulazione negli ultimi anni in termini di tariffario e di quote effettivamente rimborsabili? Vi sono prestazioni che, al momento, non sono più convenzionabili?

L'offerta erogata attraverso i nostri servizi assicurativi in àmbito odontoiatrico è totale e negli anni le quote sono rimaste stabili se non addirittura ridotte.

La crisi economica ha prodotto una flessione della clientela degli studi odontoiatrici che operano in regime libero-professionista. Secondo lei con quale frequenza oggi gli studi privati ricorrono alla convenzione con un fondo integrativo per recuperare competitività sul mercato?

Questa domanda è molto interessante; all'inizio della crisi si è registrata una tendenza alla chiusura, da parte di tanti studi dentari, alle forme di sistemi sanitari integrativi, più in là i primi a convenzionarsi sono stati in verità gli studi importanti, questo per mantenere alto, nonostante la crisi, il numero dei pazienti.

Quali sono i parametri che le strutture accreditate devono soddisfare per essere convenzionabili con il vostro fondo?

Il convenzionamento segue una certificazione di qualità che riguarda la selezione e l'accreditamento degli enti e il rilascio di un certificato di qualità che riguarda le prestazioni erogate. Sono procedure che seguono quelle della normativa ISO e che utilizzano un ente di certificazione terzo che poi valuta la corretta gestione, da parte nostra, delle procedure adottate. Volendo fare una media delle caratteristiche, possiamo dire che lavoriamo su tre parametri: uno di natura organizzativa, ovvero siamo interessati a capire di quali dotazioni tecnologiche, capacità assistenziali la struttura sia dotata; il secondo è di tipo economico per capire quali parametri di fatturato la struttura ha, che tipo di script tra fatturato derivante dal sistema sanitario nazionale e fatturato da terzo pagante e fatturato da cliente privato, che tipo di integratori di bilancio ha; ed infine il terzo è quello delle cure, sul quale viene richiesto alla struttura di fornirci alcuni parametri nell'ambito della qualità dei materiali, della durabilità di ciascun intervento e così via.

Esiste, a suo avviso, la possibilità di una piattaforma di confronto con la categoria degli odontoiatri per definire gli interventi convenzionabili e le altre caratteristiche della convenzione?

Sì.

La sua società è interessata ad impiantare strutture sul territorio, nel medio o lungo termine?

No, siamo convinti che in questo campo paghi la specializzazione, rimaniamo dunque partner di strutture sanitarie convenzionate, ma riteniamo che sia corretto che l'assicurazione continui a fare l'assicurazione e le strutture sanitarie continuino ad operare come strutture sanitarie. Questo perché uno degli elementi fondamentali che mettiamo a disposizione del cliente è quella di accedere a strutture che già egli stesso riconosce come centri di eccellenza. Il nostro obiettivo, dunque, è di mediare la più alta quota possibile di spesa sanitaria privata.

Quali sono i principali obiettivi che il vostro fondo intende perseguire nei prossimi anni?

Di fatto, in Italia c'è un 23-24% di spesa sanitaria out of pocket; di questa percentuale, la quota intermediata dal terzo pagante è veramente contenuta perché di poco superiore al 10%, quindi esiste uno spazio di circa il 90% di spesa non intermediata dal settore assicurativo e quello dei fondi. Il primo obiettivo che ci poniamo è quello di elaborare soluzioni assicurative che possano garantire un'elevata intermediazione della spesa privata, quindi offrire dei prodotti accessibili ai cittadini che consentano di ridurre la quota del 90% ad una quota del 50% circa. Nei premi di riferimento sopra citati il valore è molto vicino alla quota di spesa sanitaria privata registrata a livello Istat, ovvero la spesa sanitaria media per persona è di circa 535 euro; la tariffa media per un prodotto inclusivo e che copra l'intera gamma prestazioni viaggia sui 500 euro, dunque il nostro obiettivo è quello di spiegare al cittadino italiano che se quei 500 euro li investisse in una polizza sanitaria, otterrebbe il vantaggio di avere cure più efficaci a costi più accessibili. Inoltre, in realtà presso le stesse strutture private alle quali egli stesso si sarebbe rivolto pagando di tasca propria, non dovendo dunque modificare il proprio percorso di cura ma avendo in più una garanzia dal lato dei rischi.

Il secondo obiettivo che ci poniamo è di tipo strutturale: essendo il nostro sistema prevalentemente incentrato sulla copertura del lavoro dipendente (oggi più del 50% dei lavoratori dipendenti aderisce ad un fondo), il nostro obiettivo è far crescere la quota dei tanti non assicurati, impostando dei modelli che noi definiamo di "fondo sanitario aperto", consentendo a tanti cittadini di poter accedervi e non soltanto ed esclusivamente attraverso un rapporto di lavoro.

In base anche ai feedback ricevuti dai vostri assistiti, quali pensa debbano essere le strategie d'intervento attuabili nel prossimo futuro per migliorare o implementare la copertura assicurativa in àmbito odontoiatrico?

La copertura in àmbito odontoiatrico offerta dalla nostra compagnia è totale.

Quali sono, a suo avviso, gli scenari futuri che si prospettano nel settore dei fondi assicurativi, con particolare riferimento all'ambito sanitario?

Gli scenari futuri non sono definibili: si è registrato negli ultimi anni un interesse da parte delle Istituzioni verso questo settore ma non sono scaturite ad oggi delle linee guida o prospettive così decise come ci si aspettava.

Va tenuto conto del fatto che questo settore vede la coesistenza di molte forme di sanità integrativa: in questo senso, probabilmente la prospettiva potrebbe essere quella di omogeneizzare progressivamente il settore su modelli di riferimento nei quali l'obiettivo non sia quello di coprire l'una o l'altra prestazione ma intercettare la quota di spesa "out of pocket".

Facendo una comparazione al livello europeo, l'elemento che caratterizza l'Italia non è tanto la quota di spesa "out of pocket", ma che questa quota non sia mediata. Facendo, per esempio, un confronto con il Regno Unito a parità di quota out of pocket – quindi di spesa sanitaria privata operata dal cittadino – l'intermediazione è del 50% superiore a quella che avviene in Italia. A mio avviso, la prospettiva dei fondi sarà quella di trasformarsi in una "seconda gamba" del nostro Sistema Sanitario Nazionale, mentre oggi, nella maggior parte dei casi, essi rimangono uno strumento non estendibile a tutti i cittadini.

Bibliografia

- Allegri A., "Professionisti sono loro i nuovi poveri", *il Giornale*, 18 gennaio 2016.
- Ania, Fondi sanitari, la necessità di un riordino, maggio 2015.
- Centro documentazione dell'Eurispes (dal 1986 al 2016).
- Coen M. J., Reggiani C., Gottardo A., Magnolato M., Colla G., Intini G., Difendiamo la libertà e la qualità delle cure odontoiatriche, in http://dentalcoop.it/difendiamo-la-liberta-e-la-qualita-delle-cure-odontoiatriche/
- Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V., (a cura di), Rapporto OCPS 2015, Osservatorio sui consumi privati in sanità, Milano, Egea, 2015.
- Eurispes, *Rapporto Italia* (dal 1989 al 2015), Roma.
- Granaglia E., I fondi sanitari integrativi: alcuni rilievi critici, Astrid.
- Le riflessioni che seguono sono desunte da Cavazza M., De Pietro C., Lazzari P., *L'odontoiatria: il settore e i fondi*, in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di), Rapporto OCPS 2015, *Osservatorio sui consumi privati in sanità*, Milano, Egea.
- Ministero della Salute, Linee guida nazionali per la promozione della salute orale e della prevenzione delle patologie orali in età evolutiva, novembre 2013.
- Petrini R. , "Costi molto alti gli italiani non si curano più", *la Repubblica*, 19 gennaio 2016.
- Reena Patel*, The State of Oral Health in Europe,* Report commisioned by the Platform for better Oral Health in Europe*,* settembre 2012.
- Trovato I., "Dentisti low cost, ma pieni di capitali", *Corriere della Sera-Economia*, 7 marzo 2016.