

# Ania

Associazione Nazionale  
fra le Imprese Assicuratrici

---

**CAMERA DEI DEPUTATI  
COMMISSIONE PARLAMENTARE XII (AFFARI SOCIALI)**

---

**Indagine conoscitiva  
in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario  
Nazionale**

**Audizione di Maria Bianca FARINA  
Presidente ANIA**

**12 giugno 2019**

Signor Presidente, Onorevoli Deputati, desideriamo innanzitutto ringraziarVi per aver concesso ad ANIA l'opportunità di fornire il proprio contributo all'indagine conoscitiva in materia di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

\*\*\*

## A) PREMESSA

L'art. 32, 1° comma, della nostra Costituzione recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti".

Proprio la nostra Carta Costituzionale, pertanto, pone l'accento sulla centralità del bene della Salute nell'ambito della tutela della persona e nel contempo la rilevanza del Sistema Sanitario nell'ambito dell'organizzazione complessiva del nostro Sistema di Sicurezza Sociale.

In quest'ottica riteniamo che sia un dovere del settore assicurativo fornire un contributo al dibattito in corso sulla Sanità Integrativa e sui Fondi Sanitari non solo da un punto di vista economico ma anche in una prospettiva di natura sociale, in considerazione della *mission* di protezione dei principali beni della vita delle persone che rappresenta la ragione più profonda della nostra professione.

Gli attuali studi e le proiezioni di spesa in ambito sanitario mostrano come le dinamiche evolutive della popolazione italiana (invecchiamento, aumento medio della speranza di vita, incremento delle patologie cronico-degenerative), l'adeguamento alle innovazioni scientifiche e tecnologiche, le aspettative dei cittadini in termini di qualità del servizio e tempi di erogazione, determinino un costante e generale innalzamento dei costi di assistenza.

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

Tuttavia, come osservato dal nostro Istituto Superiore di Sanità, "vivere a lungo non vuol dire necessariamente vivere bene": esaminando infatti la speranza di vita senza limitazioni, dovute a problemi di salute, l'Italia si colloca in **15<sup>a</sup>** posizione, al di sotto della media dell'UE. In particolare è in crescita il numero di italiani con limitazioni

fisiche, che non sono in grado di svolgere da soli attività quotidiane semplici come telefonare o preparare i pasti (+4,6% tra 2015 e 2016). Il fenomeno della cronicità è in costante e progressivo aumento; secondo dati del 2013 circa il **38%** dei residenti in Italia dichiarava di essere affetto da almeno una delle principali patologie croniche, nel 2016 tale quota sale al **39,1%**, con conseguente necessità di ulteriori risorse sanitarie, economiche e sociali.

Tende ad incrementarsi inoltre anche la compresenza, in un medesimo paziente, di più di una di queste malattie. La prevalenza di pazienti con multicronicità risulta in crescita dal 2012 (**22,4%**) al 2016 (**25,1%**). Tale prevalenza è più elevata nel genere femminile rispetto a quello maschile in tutti gli anni considerati e, nel 2016, è pari rispettivamente al **28,7%** e al **21,3%**.

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

E' per questo motivo che la messa a punto di regole adeguate per la gestione della Spesa Sanitaria Privata dei cittadini e la valorizzazione del possibile contributo che può essere garantito in questo campo dalla Sanità Integrativa rappresenta un obiettivo di assoluto rilievo nel dibattito attualmente in corso sulla tutela della Salute dei cittadini.

## **B) LA SPESA SANITARIA PRIVATA**

Nel 2018 la Spesa Sanitaria Privata degli italiani ha raggiunto sostanzialmente quota **40 miliardi**, confermando un trend di crescita ormai consolidato nell'ultimo decennio (+9,6% tra 2013 e 2017) e che secondo le stime più accreditate nell'ultimo anno ha riguardato più di **2 italiani su 3** (oltre 44 milioni di persone).

La Spesa Sanitaria Privata si presenta quindi come una componente **strutturale** nei percorsi di cura degli italiani che si estende in modo omogeneo da **Nord a Sud** e che **non riguarda solo i redditi più elevati** ma, anzi, colpisce soprattutto i **cittadini con minori disponibilità economiche ed i più fragili dal punto di vista sanitario**. Si tratta, infatti, di un fenomeno caratterizzato da una **evidente regressività** passando da un'incidenza di oltre il 3% per i cittadini con reddito più basso a meno dell'1% per i redditi più elevati.

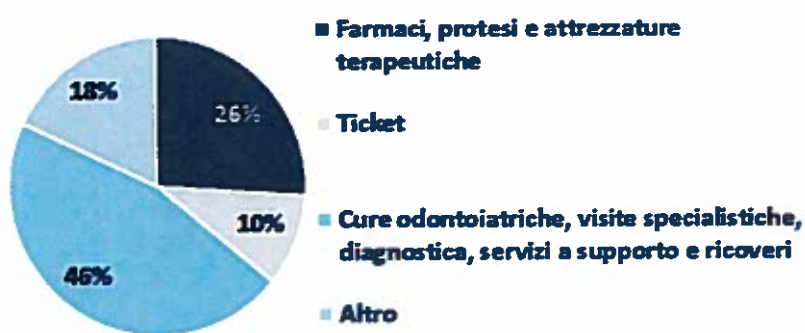
La necessità di ricorrere alla Spesa Sanitaria Privata, peraltro, aumenta al crescere dei bisogni di cura: il 58% delle cure acquistate privatamente infatti riguarda i cronici, il

15% le persone con patologie acute e per oltre il 12% i non autosufficienti/inabili (per i quali, tuttavia, molto rilevante è anche il contributo della c.d. “assistenza informale” garantita dalle famiglie e dalle badanti). Il costo medio pro capite sostenuto dagli anziani (€ 1.356,23 annui), penalizzati peraltro da situazioni reddituali mediamente meno favorevoli, è più che doppio rispetto a quello registrato per tutti i cittadini. Sarebbe un errore, peraltro, pensare che i cittadini paghino le cure di tasca propria solo nelle Regioni in Piano di Rientro o dove comunque il Servizio Sanitario Nazionale presenta maggiori difficoltà a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza: la spesa per cure sanitarie sostenuta di tasca propria è finanziata per il 26% dai cittadini delle Regioni del Sud e Isole, per poco meno del 20% da quelli del Centro, per poco più del 24% dai cittadini del Nord Est ed per oltre il 30% da quelli del Nord Ovest.

In termini qualitativi, le principali prestazioni finanziate privatamente dai cittadini italiani secondo i dati della Ragioneria Generale dello Stato (sistema Tessera Sanitaria, cfr. Figura 1), attengono alla c.d. “componente servizi” (cure odontoiatriche, visite specialistiche, diagnostica e ricoveri), che copre quasi la metà della spesa, mentre per la “componente beni” (farmaci, protesi e ausili) le famiglie spendono poco più di un quarto della spesa totale.

Figura 1

Scomposizione della spesa sanitaria privata nel 2017



Fonte: RGS – Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 5 - novembre 2018

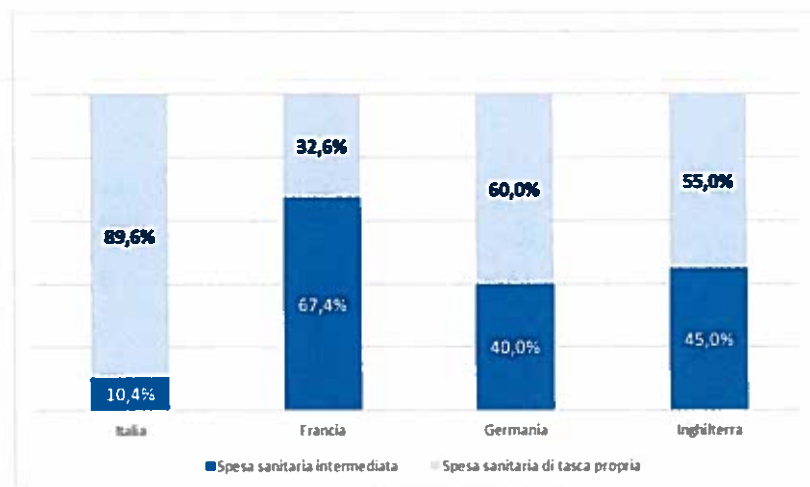
La presenza di una significativa Spesa Sanitaria Privata, come già anticipato, è tuttavia un tratto comune ai principali Paesi Europei. In proposito si consideri che il nostro Paese, in base alle rilevazioni OCSE, presenta un’incidenza percentuale della Spesa Sanitaria Privata sulla Spesa Sanitaria Totale di circa il 24%, appena inferiore a quella dei Paesi dell’Europa a 27 (27%). In particolare, a livello comparativo, il livello della Spesa Sanitaria Privata dell’Italia risulta assimilabile a quello di Francia e Germania ed è pienamente in linea con quello del Regno Unito che, come noto, ha un Sistema

Sanitario incentrato – al pari del nostro Paese – su di un modello di tipo universalistico finanziato con la fiscalità generale.

Il tratto peculiare della Spesa Sanitaria Privata italiana, tuttavia, è rappresentato dalla straordinaria incidenza della componente c.d. “*Out of Pocket*” (quasi il 90%). In altre parole, il 90% delle cure private dei cittadini italiani grava direttamente sui loro redditi e sui loro risparmi ed attualmente ben oltre il 10% è finanziato attraverso Forme di Sanità Integrativa.

Figura 2

Composizione della spesa sanitaria nel 2017



Fonte: OCSE – Health at Glance

Sempre in ottica comparativa bisogna sottolineare come tale componente, a livello europeo, presenti dimensioni assolutamente diverse. In Francia, ad esempio, le Forme Sanitarie Integrative intermediano quasi il 70% della Spesa Sanitaria Privata, in Germania il 40% e nel Regno Unito, a fronte – come accennato – di un livello di Spesa Sanitaria Privata assimilabile a quello del nostro Paese, il 45%.

La Spesa Sanitaria Privata *Out Of Pocket* è socialmente iniqua, perché mette il cittadino di fronte alla scelta tra pagare (quando è in condizione di farlo) o rinunciare alle cure nel momento in cui è più fragile.

Inoltre, pagare di tasca propria le cure private non solo non è equo ma non è mai conveniente per il cittadino perché non consente di condividere il rischio di ammalarsi ed il costo delle proprie cure anche con chi non ne ha bisogno in quel momento. E' proprio per questo che Forme di Sanità Integrativa che facciano ricorso al principio della mutualità, naturalmente intrinseco nella tecnica delle assicurazioni, possono garantire maggior uguaglianza ai cittadini e più elevati livelli di protezione per i malati.

## **C) LA SANITÀ INTEGRATIVA**

### **C.1) Attuali assetti della Sanità Integrativa**

Le Forme Sanitarie Integrative finanziano complessivamente poco meno di **5 miliardi di Euro** di Spesa Sanitaria Privata (circa il 10% della Spesa Sanitaria Privata). Tali strumenti possono garantire il recupero di preziose risorse da impiegare per la tutela della Salute dei cittadini oltre a prevenire, come appena accennato, il diffondersi di disuguaglianze connesse al ricorso alla Spesa Sanitaria Privata di tasca propria.

L'attuale impianto della Sanità Integrativa risale ormai ad oltre 25 anni fa. Fu il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 a introdurre per la prima volta nel nostro ordinamento i Fondi Sanitari in quanto enti destinati a perseguire finalità assistenziali integrative e complementari al Servizio Sanitario Nazionale.

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

Tutti i Fondi Sanitari a prescindere dalla propria fonte istitutiva (ovvero anche quelli istituiti dalle Imprese Assicurative in favore della propria clientela) sono, in ogni caso, enti che non possono perseguire scopi di lucro. Gli stessi Fondi Sanitari istituiti dagli attori di natura collettiva, peraltro, si avvalgono nella maggior parte dei casi delle Imprese Assicurative per garantire la sostenibilità economica dei propri Piani Sanitari, attesa la natura inflattiva della spesa sanitaria privata e la naturale crescita dei costi assistenziali collegata al progressivo invecchiamento degli assistiti.

Alla luce di queste precisazioni è importante sfatare due tabù – anche ai fini dello sviluppo di un dibattito sano e costruttivo sullo sviluppo delle Forme Sanitarie Integrative – chiarendo che oggi non esiste alcuna competizione tra Fondi Sanitari “*no profit*” e Imprese Assicurative “*for profit*” né una dicotomia tra Forme Sanitarie Collettive e Forme Sanitarie Individuali.

In merito infatti alla presunta competizione tra Fondi Sanitari “*no profit*” e Imprese Assicurative “*for profit*” è opportuno ricordare alcuni tratti essenziali della Sanità Integrativa nel nostro Paese:



- a) I Fondi Sanitari istituiti dagli attori collettivi (*in primis* le Parti Sociali) utilizzano, come appena ricordato, nella maggioranza dei casi Polizze collettive per garantire ai propri assistiti il pagamento delle prestazioni oggetto dei propri Piani Sanitari, trasferendo, in altre parole, al settore assicurativo i rischi sottesi a tali Piani.
- b) Le stesse Imprese Assicurative gestiscono la propria clientela collegata a gruppi omogenei di clienti (le cosiddette Polizze collettive “ad adesione obbligatoria” o “individuale”) attraverso Fondi Sanitari che esse stesse hanno direttamente costituito;
- c) Tutti i Fondi Sanitari, a prescindere da chi li abbia istituiti, sono comunque enti *no profit*;
- d) I Fondi Sanitari non operano selezione del rischio non perché siano soggetti *no profit*, ma perché da un punto di vista tecnico non ne hanno necessità. Non bisogna dimenticare, infatti, che il Fondo Sanitario per definizione si rivolge ad una categoria omogenea di persone prevalentemente iscritte su base obbligatoria. Modalità di selezione del rischio, pertanto, in questo caso sono da un punto di vista attuariale considerate meno efficaci perché è la stessa non volontarietà dell’adesione a proteggere il Fondo da comportamenti opportunistici (ci si riferisce, in particolare, ai fenomeni di *moral hazard* ed *overtreatment*) del proprio assistito.

Per quanto concerne invece la presunta dicotomia tra Forme Sanitarie Collettive e Forme Sanitarie Individuali è importante ricordare che attualmente le Polizze Sanitarie Individuali operano al di fuori del settore dei Fondi Sanitari e, quindi, anche della disciplina del D.lgs. 502. Questo non perché si tratti di prodotti deregolamentati, ma perché assoggettati ad una normativa diversa, e – mi si permetta di dirlo – ben più strutturata di quella attualmente prevista per i Fondi Sanitari, definita dal Codice delle Assicurazioni. Tutte le Polizze Assicurative, e quindi anche quelle Sanitarie, sono infatti direttamente assoggettate al controllo dell’Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni (IVASS), un’Autorità Indipendente che esercita la vigilanza sul mercato assicurativo italiano, per garantirne la stabilità e tutelare il consumatore.

Le Polizze Sanitarie Individuali attualmente sono sottoscritte da tutti quei cittadini che non dispongono di un Fondo Sanitario o che, in ogni caso, necessitano di livelli di copertura superiori a quelli garantiti dai Fondi Sanitari. Ai premi pagati dai cittadini per le Polizze Sanitarie, diversamente da quanto avviene per i Fondi Sanitari, non sono mai stati riconosciuti benefici fiscali ed anzi è applicata una tassa del 2,5% sull’entità di ciascun versamento (dovuta, peraltro, anche sui premi previsti per le stesse Polizze collettive). Ciò nonostante le prestazioni assicurate dai Fondi Sanitari sono assolutamente assimilabili a quelle garantite dalle Polizze Individuali. In altre parole, sia Fondi Sanitari che Polizze Sanitarie assicurano prestazioni integrative e

complementari al Servizio Sanitario Nazionale. E' proprio in quest'ottica quindi molto opportuno valutare un'armonizzazione anche di questi strumenti nell'ambito della disciplina della Sanità Integrativa intraprendendo un percorso già seguito agli inizi degli anni '90 per la Previdenza Complementare anche al fine di garantire a tutti i cittadini l'opportunità di avvalersi di una Forma Sanitaria Integrativa in linea con le proprie esigenze di cura e protezione.

## **C.2) Regime fiscale della Sanità Integrativa**

Dal punto di vista tributario i fondi sanitari si distinguono tra quelli esclusivamente integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, il cui campo d'azione è limitato alle sole prestazioni non ricomprese nei LEA, e gli enti, casse e le società di mutuo soccorso per le quali è previsto l'obbligo di destinazione di almeno il 20% delle proprie prestazioni a cure odontoiatriche e/o a coperture socio sanitarie e/o socio assistenziali.

Entrambi godono, i primi in virtù dell'art. 10 del TUIR, i secondi in virtù dell'art. 51 del TUIR della deducibilità fino a 3615,20€ ogni anno.

Come ribadito a fine 2014 dall'Agenzia delle Entrate, tuttavia, il beneficio fiscale per i contributi versati ad Enti e Casse è riservato solo ai percettori di reddito dipendente che abbiano aderito al Fondo stesso per via di un accordo collettivo, anche aziendale, o in base ad un regolamento aziendale. Pertanto ai lavoratori autonomi o ai percettori di altri redditi che vogliano iscriversi su base individuale a Enti e Casse è precluso qualsiasi beneficio fiscale. Proprio questa situazione fa sì che la quota di lavoratori dipendenti che beneficiano già di una Forma di Sanità Integrativa è pari al 50% mentre la quota di soggetti assistiti sul totale della popolazione italiana si riduce al 20%. Paradossalmente quindi, questo impianto normativo che penalizza fiscalmente tutti i cittadini che non beneficiano – spesso, loro malgrado – delle tutele della Contrattazione Collettiva, taglia fuori proprio quelle persone che più degli altri avrebbero bisogno di una Sanità Integrativa.

## **D) IL RUOLO ATTUALE DEL SETTORE ASSICURATIVO NELLA SANITÀ INTEGRATIVA**

### **D.1) Le Polizze Assicurative Salute**

Nel nostro Paese le Polizze Sanitarie vengono assicurate da Imprese autorizzate dall'IVASS all'esercizio del Ramo 2 dell'Assicurazione Danni. Nell'esercizio 2018 i premi contabilizzati dalle Imprese sono stati pari a **2,9 miliardi di Euro** con una



crescita del 7,3% rispetto all'anno precedente prevalentemente ascrivibile al segmento delle Polizze Collettive.

Attualmente oltre il 58% delle risorse raccolte dal settore della Sanità Integrativa è gestito attraverso Imprese di Assicurazione, anche perchè l'85% dei Fondi Sanitari di origine contrattuale assicura le prestazioni comprese nei propri Piani Sanitari al fine di garantire la sostenibilità e la solvibilità nel tempo dei propri livelli assistenziali.

Figura 3

#### Fondi Sanitari Contrattuali dettaglio regime gestionale



Fonte: VIII Rapporto RBM - Censis (2018)

Il 74,5% della raccolta premi del Ramo Salute afferisce alla Polizze Collettive ovvero a quei prodotti assicurativi utilizzati da Fondi Sanitari Integrativi, Aziende Pubbliche e Private ed Enti Previdenziali per assicurare i propri Piani Sanitari. Si tratta di prodotti altamente "customizzati" sviluppati in ragione dei rischi specifici e delle esigenze di cura proprie di ciascuna categoria di soggetti assicurati. L'acquisizione, da parte delle imprese assicurative, di questa tipologia di clienti avviene (i) attraverso la partecipazione a selezioni private ad invito o stipula diretta, nel caso dei Fondi Sanitari Contrattuali, (ii) attraverso una gara pubblica, per gli Enti Pubblici e per gli Enti Previdenziali privatizzati e (iii) mediante brokers o stipula diretta, nel caso delle aziende private.

Il segmento delle Polizze Individuali, invece, rappresenta circa il 25.5% dei premi del Ramo 2. Tale segmento si caratterizza per Piani Sanitari che presentano un maggior livello di standardizzazione e per il coinvolgimento nella distribuzione del prodotto delle reti agenziali e, in misura ancora contenuta, delle reti bancarie che consentono ai cittadini la possibilità di accedere su tutto il territorio nazionale a questi strumenti.

## **D.2) Piani Sanitari e Prestazioni Assicurate**

La garanzia rimborso spese mediche rappresenta **più dei tre quarti (77,5%)** della raccolta premi. La raccolta residua è ascrivibile alla garanzia invalidità permanente, pari a circa **l'8,0%** dei premi, alla garanzia diaria da ricovero, pari al **6,2%** dei premi, ed alla garanzia *Long Term Care*, che si attesta a circa **l'1,0%** dei premi anche in ragione della maggior consuetudine delle Imprese ad erogare tale copertura in forma di rendita (e non di rimborso delle spese sostenute dall'assicurato per tali finalità) nei Rami Vita. Nel segmento delle Polizze Collettive, peraltro, la rilevanza della garanzia rimborso spese mediche risulta ancor maggiore arrivando a sfiorare quasi **l'82%** dei premi raccolti. Come già ricordato la Sanità Integrativa e, quindi, le Polizze rimborso spese mediche che ne attuano nella maggior parte dei casi i relativi Piani Sanitari vedono la coesistenza di una serie piuttosto variegata di coperture in ragione dei livelli assistenziali ritenuti più idonei da ciascun Fondo, Azienda o Ente che ha attivato tali coperture.

## **E) CONTRIBUTO POTENZIALE E VALORI DEL SETTORE ASSICURATIVO**

L'importante funzione economica e sociale svolta dalla Sanità Integrativa richiede un'adeguata considerazione delle tematiche relative alla stabilità ed alla sostenibilità dei Piani Sanitari messi a disposizione dalle Forme Sanitarie Integrative. La certezza e l'effettiva esigibilità dei livelli assistenziali offerti agli assistiti rappresentano infatti degli elementi fondamentali per poter qualificare il ruolo delle Forme Sanitarie Integrative nell'ambito del Sistema di Sicurezza Sociale del nostro Paese. In quest'ottica i Fondi Sanitari hanno bisogno di dotarsi non solo di mezzi patrimoniali adeguati in relazione al complesso degli impegni assunti ma di attività patrimoniali supplementari per poter fronteggiare nel tempo i costi del finanziamento delle prestazioni oggetto dei propri Piani Sanitari.

Di fronte a questa esigenza, il settore assicurativo si pone da sempre come interlocutore professionale di riferimento mettendo a disposizione la propria capacità tecnico-attuariale e la propria forza finanziaria per garantire la solvibilità delle Forme Sanitarie Integrative ed, in particolare, dei Fondi Sanitari Contrattuali. Tali ultimi enti, infatti, associano alle complessità tipiche delle forme sanitarie "chiuse" (ovvero destinate ad una platea di soggetti assicurabili pre-identificata) anche la complessità di una limitata capacità di adeguamento dei propri livelli contributivi strettamente correlati al rinnovo di ciascun CCNL.

Ma al di là del supporto economico che può essere messo a disposizione delle forme di Sanità Integrativa di particolare rilevanza strategica può essere anche l'apporto delle Imprese Assicurative nella *governance* della Spesa Sanitaria Privata e, segnatamente, di quella intermediata dai fondi sanitari. Il settore assicurativo infatti, può fornire un contributo fondamentale nell'organizzazione della domanda dei cittadini di cure non erogate dal SSN, nell'acquisto mediante modelli di negoziazione accentrata delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture Private, nell'indirizzamento e nel governo dei flussi di spesa al fine di garantire maggior appropriatezza e sostenibilità. Diverse esperienze internazionali, del resto, testimoniano chiaramente come la presenza delle Imprese Assicurative come soggetto intermediario della Spesa Sanitaria dei cittadini consente di stabilizzare il sistema ed efficientarne le risorse.

Nella prospettiva di un auspicabile ampliamento del ruolo della Sanità Integrativa nel nostro Paese è importante quindi tener ben presente che non esiste, nei fatti, alcuna contrapposizione/alternatività tra Imprese Assicurative e Fondi Integrativi. Proprio lo sviluppo delle Polizze Collettive, che condividono in tutto e per tutto lo stesso impianto "assuntivo" dei Fondi Sanitari è, infatti, la migliore garanzia per la sostenibilità e la solvibilità nel tempo del segmento dei Fondi Sanitari.

Il settore assicurativo, inoltre, come già avvenuto nel campo della Previdenza Complementare può svolgere un importante ruolo di completamento del sistema mettendo a disposizione, attraverso i Fondi Sanitari Aperti (che possono essere costituiti dalle Compagnie) e le polizze sanitarie individuali, una risposta adeguata per tutti quei cittadini che non abbiamo la possibilità di aderire a Forme Sanitarie Integrative collegate alla propria attività professionale.

## **F) ATTUALE DIFFUSIONE TERRITORIALE DELLA SANITA' INTEGRATIVA**

Come già accennato, la Sanità Integrativa finanzia poco meno di 5 miliardi di Euro di Spesa Sanitaria Privata (circa il 10%). Tuttavia attualmente l'operatività delle Forme Sanitarie Integrative trova effettiva applicazione solo in alcune Regioni nonostante la Contrattazione Collettiva Nazionale ne abbia esteso l'applicabilità a poco più della metà del comparto del lavoro dipendente.

Come abbiamo già anticipato, del resto, tali strumenti non operano ancora all'interno di un vero e proprio Secondo Pilastro Sanitario, ma gravitano in una sorta di limbo tra una funzione meramente retributiva (in quanto strumenti del contratto di lavoro) ed una funzione sociale più vasta ma, ancora in buona parte, "inespressa".

Questa ambiguità di fondo, per porre fine alla quale sarebbe necessario intervenire a livello legislativo, depotenzia fortemente il contributo alla collettività che può essere garantito oggi dalle Forme Sanitarie Integrative.

Concentrare l'operatività al perimetro attuativo della Contrattazione Collettiva, infatti, vuol dire avere una Sanità Integrativa direttamente collegata in termini di distribuzione geografica all'assetto della struttura produttiva del nostro Paese che, come è noto, risulta maggiormente sviluppata nel Centro Nord laddove, paradossalmente, anche il Servizio Sanitario Nazionale dispone di maggiori risorse.

In quest'ottica un'evoluzione degli attuali assetti della Sanità Integrativa verso un sistema multipilastro nel quale coesistano Fondi Sanitari occupazionali, Fondi Sanitari Aperti e polizze sanitarie individuali potrebbe garantire a tutti i cittadini un'analoga opportunità di integrazione del Servizio Sanitario Nazionale disponendo complessivamente di più elevati livelli assistenziali e riavvicinando anche le distanze in termini di opportunità di cura che si sono nel tempo venute a creare tra le Regioni del Nord e le Regioni del Mezzogiorno del nostro Paese.

## **G) OPPORTUNITÀ E PROSPETTIVE**

Un sistema sanitario multipilastro non è un modello nel quale i cittadini ricevono le cure privatamente, ma piuttosto un sistema di finanziamento aggiuntivo attraverso il quale "intermediare" la Spesa Sanitaria per le prestazioni erogate al di fuori del Servizio Sanitario Nazionale rimasta direttamente a carico dei cittadini.

Non si tratta, pertanto, di una soluzione antagonista del nostro Servizio Sanitario Nazionale o incompatibile con un Sistema Sanitario di matrice universalistica, ma, al contrario, di uno strumento in grado di ottimizzare le risorse destinate dalle famiglie alla propria Salute. Del resto un'evoluzione c.d. "multipilastro" del sistema sanitario è già realtà in molti Paesi Europei (si pensi alla Gran Bretagna, alla Francia e all'Olanda) e ha coinvolto, in ambito OCSE, anche Paesi con sistemi di welfare, come il nostro, ovvero tradizionalmente incentrati su un modello universalistico (quali la Gran Bretagna, il Canada e l'Australia).

Come già anticipato, purtroppo, nel nostro Paese l'attuale impianto regolamentare della Sanità Integrativa non è adeguato a supportare lo sviluppo di un Sistema multipilastro, sulla scorta di quanto già avvenuto nel settore pensionistico. Per realizzare questo obiettivo, che potrebbe garantire rilevanti benefici in termini di equità e sostenibilità bisognerebbe favorire lo sviluppo di un sistema nel quale possano coesistere Fondi Sanitari occupazionali (ovvero Contrattuali ed Aziendali), professionali (ovvero di autonomi e i liberi professionisti), territoriali (istituiti dagli

Enti locali e/o dalla contrattazione collettiva di 2° livello), aperti (ovvero disponibili a ricevere le adesioni da parte di qualsiasi cittadino senza distinzione di attività lavorativa, reddito, condizione sociale ed età) e polizze sanitarie individuali.

In questa prospettiva l'ambito di operatività della Sanità Integrativa dovrebbe essere riposizionato rispetto al mero campo della stretta integrazione (odontoiatria, socio-sanitario e socio-assistenziale) per andare ad abbracciare l'intero campo della Spesa Sanitaria Privata pagata di tasca propria dai cittadini e finanziare Protocolli di Prevenzione come quelli contro le Malattie Croniche Non Trasmissibili. In questo modo l'incidenza percentuale della spesa sanitaria privata sui redditi delle famiglie – attualmente tra le più alte (87%) dei Paesi OCSE – potrebbe essere notevolmente contenuta.

I contributi versati a qualsiasi Forma Sanitaria Integrativa dovrebbero beneficiare del medesimo regime fiscale, senza ulteriori distinzioni, rimodulando l'entità delle agevolazioni non più alla natura dei redditi dei soggetti aderenti (lavoratori dipendenti, autonomi, etc) e/o alla natura delle fonti istitutive (Fondi Contrattuali e Fondi Aperti e polizze sanitarie individuali) ma all'effettiva capacità di intermediazione della Spesa Sanitaria Privata garantita da ciascuna forma, favorendo per questa via anche un progressivo riassorbimento di eventuali ambiti di sovrapposizione tra Servizio Sanitario Nazionale e Sanità Integrativa.

Per raggiungere questi obiettivi servono infine regole omogenee per tutte le Forme Sanitarie Integrative (Fondi Sanitari e Imprese di Assicurazione) - attese fin qui troppo a lungo - che intervengano in modo chiaro sugli aspetti principali del funzionamento di tali Enti, dall'informativa pre-contrattuale, alle regole di partecipazione, ai diritti degli assistiti, all'impianto di *governance*, ai modelli bilancistici ed alle tematiche di solvibilità.

I vantaggi derivanti da una diffusione strutturata a tutti i cittadini italiani della Sanità Integrativa sarebbero molteplici:

- governare la Spesa Sanitaria Privata dei cittadini attualmente gestita individualmente con maggiori rischi di inappropriatazza, consumismo sanitario e, comunque, mancata rispondenza (*compliance*) ad un percorso sanitario specifico
- garantire un risparmio per i cittadini attraverso "l'intermediazione" da parte del Secondo Pilastro Sanitario della Spesa Sanitaria Privata che attualmente grava sui redditi dei pazienti
- contenere i costi della Sanità Privata attraverso la negoziazione accentrata delle tariffe con le Strutture Sanitarie Private anche per il tramite delle Imprese Assicuratrici



- favorire possibili sinergie in termini di maggiore accessibilità alle cure anche con il Servizio Sanitario Nazionale (vedi liste di attesa)
- investire sulla salute dei cittadini attraverso Protocolli di Prevenzione almeno contro le Malattie Croniche Non Trasmissibili (tumori, ictus..)
- contrastare l'elusione fiscale in sanità ed emersione di gettito (in quanto per ottenere il rimborso da una Forma Sanitaria Integrativa è necessario presentare la fattura della spesa sostenuta)
- incrementare l'occupazione attraverso il finanziamento delle spese socio sanitarie e socio assistenziali da parte delle Forme Sanitarie Integrative
- promuovere ulteriori investimenti in Sanità anche nelle aree meno sviluppate del Paese, favorendo l'aggiornamento dei macchinari e la formazione di nuove competenze anche nelle Regioni che si trovano a dover gestire i c.d. "Piani di Rientro".

## H) CONCLUSIONI

La Spesa Sanitaria Privata è un elemento strutturale dei Sistemi Sanitari Europei e, più in generale, dei Sistemi Sanitari dei Paesi Occidentali caratterizzati da più elevati tassi di longevità. Questo fenomeno nel nostro Paese si distingue, come abbiamo chiarito, per la peculiare entità della componente direttamente pagata dai cittadini, la Spesa c.d. "out of pocket", che incide negativamente sull'uguaglianza ed universalismo del Sistema Sanitario nel suo complesso.

In questa prospettiva un'intermediazione della Spesa Sanitaria Privata attraverso un Sistema multipilastro aperto a tutti e gestito mediante i Fondi Sanitari (Contrattuali, Professionali ed Aperti) e Imprese Assicurative potrebbe consentire, come già avvenuto in campo pensionistico, di istituzionalizzare l'integrazione alle tutele già garantite dal Sistema Pubblico secondo un modello coerente con i principi e valori fondanti del Sistema di Sicurezza Sociale del nostro Paese.

Attraverso la disponibilità per tutti i cittadini di una Forma Sanitaria Integrativa si potrebbe realizzare un sistema caratterizzato da una vigilanza pubblica e una gestione privata in grado di assicurare una maggiore efficienza delle relazioni tra erogatori di prestazioni (strutture sanitarie private e professionisti) e cosiddetti "terzi paganti" (le Forme Sanitarie Integrative, appunto) destinando i risparmi di spesa per migliorare la tutela della salute dei cittadini.



Tale impianto consentirebbe di rendere disponibili risorse aggiuntive nelle aree del Paese con livelli assistenziali meno elevati.

Siamo profondamente convinti che una Spesa Sanitaria Privata "intermediata" attraverso un Sistema multipilastro Sanitario non solo sia più equa rispetto ad una Spesa Sanitaria Privata "individuale", ma anche più sostenibile ed efficiente.

La salute è da sempre uno dei beni di maggior importanza per tutti i cittadini. In quest'ottica il settore assicurativo, che da sempre si caratterizza per una vocazione di protezione dei principali beni della vita delle persone, è pronto a cooperare con le migliori forze del Paese mettendo a disposizione la propria capacità di investimento, la propria solidità finanziaria e le proprie capacità tecniche per garantire oggi e alle future generazioni un Sistema Sanitario sano, equo e sostenibile.

\*\*\*

Signor Presidente, Onorevoli Deputati, il settore assicurativo è a vostra disposizione per ogni eventuale richiesta di approfondimenti che potranno essere utili all'indagine conoscitiva e per collaborare anche ai fini della costituzione di una partnership pubblico-privato in sanità, partnership che potrebbe trovare un primo ambito di applicazione nell'aggiornamento del Patto per la salute attualmente in corso. Grazie per l'attenzione e buon lavoro.