



Sanità Pubblica, Sanità Integrativa: il posizionamento di Sanimpresa

Ricerca commissionata da Sanimpresa ai proff. Marco Micocci e Federico Spandonaro

Giugno 2025

Sommario

Premessa	1
1. Il contesto	2
2. Le prospettive evolutive.....	10
3. Il ruolo dei Fondi sanitari integrativi e l'integrazione con il SSN.....	16
4. Riflessioni finali	19
5. La Sanità Integrativa ed i Fondi Sanitari di tipo negoziale	20
5.1. Modelli alternativi di gestione del rischio	20
5.2. Modelli alternativi di gestione amministrativa	22
5.3. Modelli alternativi di erogazione delle prestazioni.....	23
6. I numeri degli iscritti ai FSI e la loro contribuzione	26
6.1. Pensionati e familiari, alcune considerazioni.....	32
7. Iscritti, fruitori e tassi di utilizzo nei FSI.....	33
8. Le prestazioni erogate dai FSI	37
9. Il rapporto tra Prestazioni/Contributi e Sinistri/Premi nei FSI.....	41
10. Il posizionamento di Sanimpresa.....	44
11. Riflessioni finali	46

Premessa

Lo studio ha un duplice obiettivo: da una parte fornire una panoramica quantitativa della spesa sanitaria pubblica e privata in Italia, e del relativo finanziamento; dall'altra indagare quale sia lo "stato dell'arte" in termini di integrazione fra servizio pubblico e Fondi integrativi, formulando proposte per renderla più efficace ed efficiente, con beneficio complessivo per il sistema Paese e per lo sviluppo del *Welfare* in particolare.

La finalità dello studio quantitativo è, quindi, quella di contestualizzare le analisi che seguono, fornendo una base condivisa e oggettiva di partenza per la costruzione di politiche sanitarie evolutive.

Nello specifico, il documento descrive i principali dati e dinamiche della spesa sanitaria pubblica e privata italiana (sia nella sua componente *out of pocket*, che in quella intermediata), anche in confronto con i principali *trend* internazionali. Inoltre, affronta il tema del finanziamento e dei suoi impatti equitativi, per poi concentrarsi su alcune tendenze organizzative rilevanti sulle politiche di integrazione: in particolare si analizza il fenomeno della de-ospedalizzazione e del cambiamento dell'offerta pubblica.

Infine, si propongono alcune riflessioni sulle possibili politiche di integrazione fra servizio pubblico e Fondi integrativi, con particolare riferimento alle opportunità di utilizzo dell'offerta pubblica per l'erogazione di prestazioni agli iscritti ai Fondi.

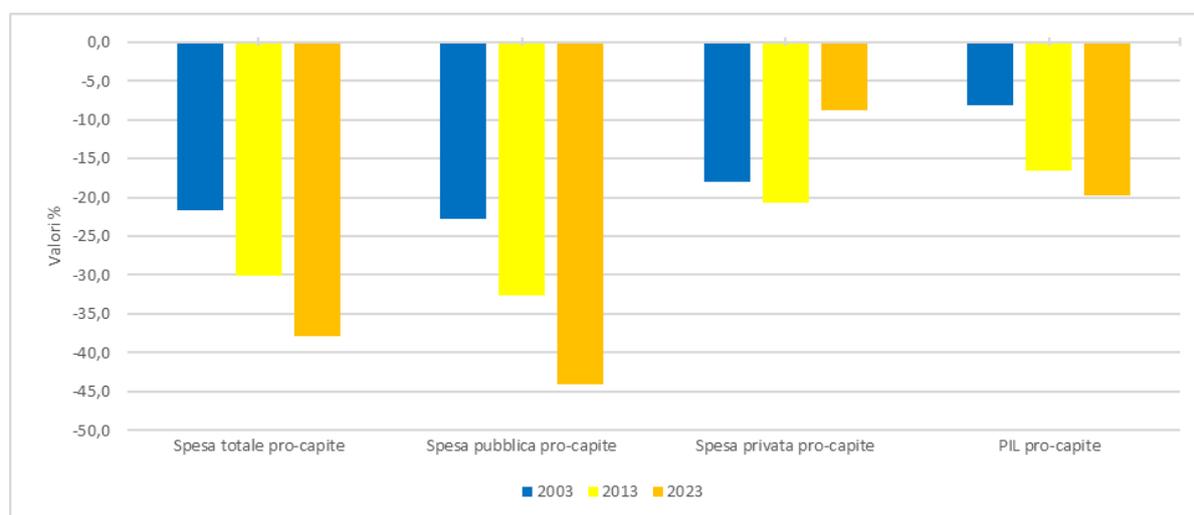
Marco Micocci – Federico Spandonaro

1. Il contesto

Per analizzare l'evoluzione della spesa sanitaria italiana, nel seguito si ricorre alle evidenze prodotte a livello internazionale dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD), che permettono di effettuare confronti ragionevolmente corretti fra i Paesi Europei.

Nel 2023 (ultimo anno con dati di spesa privata consolidati), la spesa sanitaria corrente italiana risulta di € 176,2 mld., pari a € 2.986,0 pro-capite. Tale valore risulta essere inferiore del 37,8% (Figura 1) rispetto alla spesa sanitaria media pro-capite dei Paesi (Italia esclusa) che hanno aderito all'Unione Europea prima del 1995¹ (EU-Ante 1995), che si attesta a € 4.802,4; rispetto ai Paesi dell'Europa orientale, che sono entrati a far parte dell'Unione Europea in periodi successivi al 1995² (EU-Post 1995), di contro, la spesa sanitaria pro-capite dell'Italia continua ad essere maggiore del 80,3%.

Figura 1. Gap (Italia vs EU-Ante 1995) della spesa sanitaria corrente e del PIL



Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Le valutazioni rimangono confermate anche tenendo conto dei diversi poteri di acquisto nazionali: utilizzando confronti in \$-PPP (*Purchasing Power Parity*), la spesa sanitaria italiana rimane, infatti, inferiore a quella media dei Paesi EU-Ante 1995 del -28,8%.

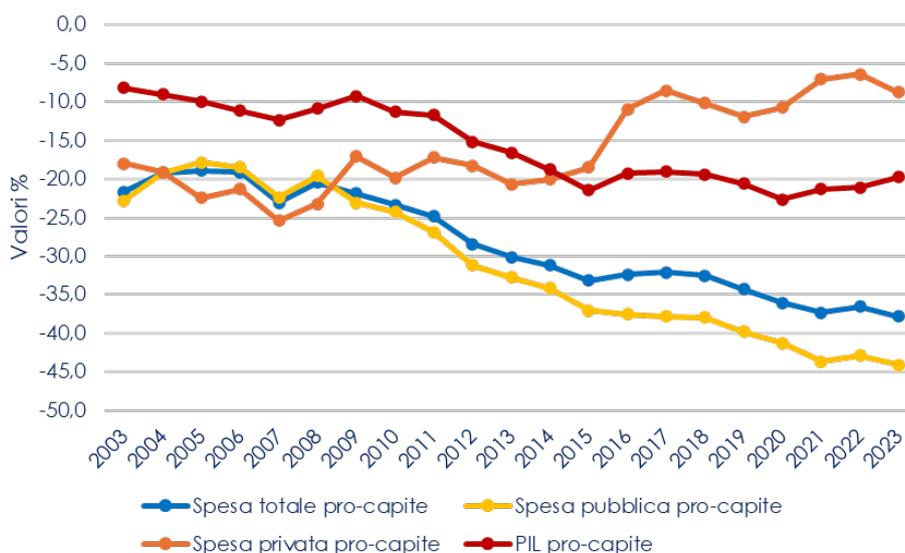
L'analisi dei *trend* evidenzia, quindi, una dinamica che ha portato l'Italia ad accumulare un rilevante *gap* di spesa sanitaria rispetto alla media dei altri Paesi EU "di confronto".

¹ Si fa riferimento a: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia

² Si fa riferimento a: Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria. Si tenga presente che nell'analisi non sono stati considerati i seguenti Paesi: Bulgaria, Cipro, Croazia, Malta e Romania in quanto non sono disponibili i dati relativi all'intero arco temporale analizzato

In termini di dinamica, si conferma la tendenza ad un allargamento del *gap* (Figura 2): nell'ultimo anno, a fronte di una crescita dello 0,3% della spesa sanitaria italiana, quella verificatasi nei rimanenti Paesi EU-Ante 1995 è stata del 2,3%; rispetto al 2000, l'incremento di spesa dell'Italia si conferma pari al 2,6% medio annuo, mentre quello degli altri Paesi EU-Ante 1995 arriva al 3,7% medio annuo, con uno scarto di oltre un punto percentuale all'anno.

Figura 2. Spesa sanitaria corrente e PIL pro-capite: trend del gap Italia vs EU-Ante 1995



Fonte: elaborazione su dati OECD 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Per completezza va rilevato che anche il PIL dell'Italia è inferiore a quello dei Paesi EU-Ante 1995 (del 20,4%), con un divario che continua ad aumentare: la crescita del PIL in Italia (sempre rispetto ai Paesi EU "di confronto") è risultata pari inferiore di -1,1 punti percentuali (p.p.) nell'ultimo anno e di -8,2 p.p. a partire dal 2000.

Lo scarto tra l'Italia e i Paesi EU-Ante 1995 in termini di spesa sanitaria si allarga, quindi, più rapidamente rispetto a quello del PIL: il PIL pro-capite italiano è cresciuto mediamente del 2,1% all'anno, contro una media del 2,6% degli altri Paesi EU-Ante 1995: si tratta di uno scarto pari a 0,5 p.p., a fronte di un differenziale quasi doppio (1,1 p.p.) sul fronte della spesa sanitaria.

La spesa sanitaria pubblica

Lo scarto, in termini di livelli di spesa sanitaria, osservato tra l'Italia e i restanti Paesi EU "di confronto", è in larga parte imputabile alla sua componente pubblica.

Nel 2023, la spesa sanitaria pubblica italiana è risultata inferiore del 44,1% rispetto a quella media dei Paesi EU-Ante 1995, e il differenziale è in continua crescita: di oltre 18,0 p.p. in confronto al 2000.

Nel 2023, la spesa pubblica nominale è risultata pari a € 130,3 mld., (ovvero € 2.208,6 pro-capite), in riduzione dello 0,4% rispetto al 2022, mentre si è incrementato del 2,7% medio annuo tra il 2017 e il 2023.

La spesa pubblica dei Paesi EU-Ante 1995 si è invece incrementata del 2,6% rispetto al 2022 e del 5,3% medio annuo tra il 2017 e il 2023.

L'evoluzione della spesa pubblica è, ovviamente, legata agli orientamenti governativi in tema di politica sanitaria, ed in particolare quelli relativi al suo finanziamento.

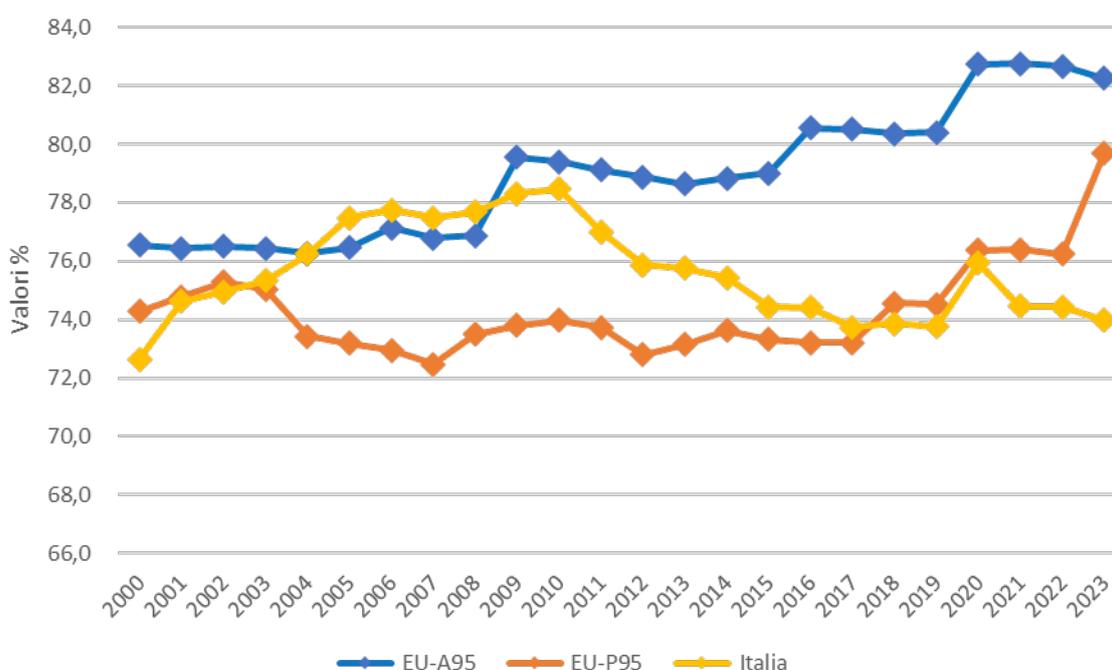
In Italia, da questo punto di vista, si assiste ad un progressivo ridimensionare del contributo pubblico al finanziamento della spesa sanitaria.

Facendo sempre riferimento ai dati pubblicati da OECD, nel 2023, la quota di finanziamento pubblico è stata in Italia del 74,0%, 8,3 p.p. inferiore a quella media dei rimanenti Paesi EU-Ante 1995 e 5,7 p.p. più bassa anche di quella media dei Paesi EU-Post 1995 (Figura 3).

È significativo che nei Paesi europei "di confronto", il contributo pubblico alla spesa sanitaria sia generalmente aumentato anche durante i periodi di crisi economica (tranne una lieve riduzione tra il 2011 e il 2013 e un ribasso nell'ultimo anno). Attualmente, la Germania arriva all'85,9% di copertura pubblica, mentre solo Grecia e Portogallo registrano una quota inferiore a quella dell'Italia, con percentuali pari per entrambi al 61,7%.

In definitiva, gli andamenti e le scelte di politica sanitaria italiana degli ultimi 15 anni hanno portato la quota pubblica di finanziamento della Sanità ad un livello fra i più bassi d'Europa, nonostante il nostro Paese goda sulla carta di un sistema sanitario pubblico universalistico.

Figura 3. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa sanitaria privata

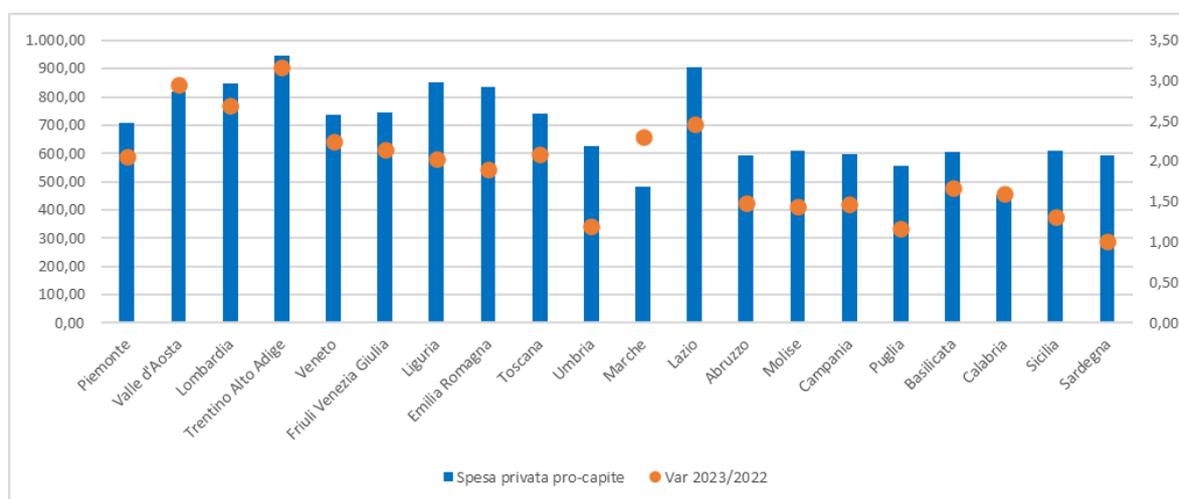
Ricordiamo, propedeuticamente, che nella spesa privata sono compresi tanto i consumi delle famiglie sostenuti direttamente (cosiddetta spesa *out of pocket*), sia gli oneri per le polizze assicurative (individuali e collettive), che ne rappresentano la quota “intermediata”.

In Italia, nel complesso, la spesa sostenuta privatamente dalle famiglie ha raggiunto nel 2023 € 42,6 mld., rappresentando il 24,9% del totale della spesa sanitaria nazionale, con un aumento di circa il 2,0% rispetto al 2022 (dati Istat), corrispondente ad un aumento pro-capite medio di € 14,2 (+2,0%).

L'onere medio annuo per residente è di € 722,4.

Su base regionale, l'ultimo anno ha visto un incremento della spesa sanitaria privata in tutte le Regioni, con variazioni che vanno dal +3,2% del Trentino Alto Adige al +1,0% della Sardegna (Figura 4).

Figura 4. Spesa sanitaria privata pro-capite e variazioni



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA - © C.R.E.A. Sanità

Le Regioni con la spesa pro-capite più alta sono il Trentino Alto-Adige (€ 946,3) e il Lazio (€ 903,7), mentre la Calabria ha il valore più basso (€ 452,4). La differenza tra la Regione con la spesa più elevata e quella con la spesa più bassa è aumentata, raggiungendo € 493,9 (l'anno precedente erano € 464,7).

Anche effettuando confronti standardizzando la spesa per l'età dei residenti, si passerebbe da € 946,3 pro-capite del Trentino Alto-Adige a € 452,4 della Calabria con una differenza pari a € 493,9 (2,1 volte).

Lo scarto tra l'Italia e i Paesi dell'EU-Ante 1995 nel 2023 è stato pari al -8,7%, aumentando di ulteriori 2,3 p.p..

La dinamica del *gap* non ha registrato un andamento omogeneo nel tempo: lo scarto rispetto agli altri Paesi di “confronto” è aumentato tra il 2000 e il 2007 (principalmente a causa dell'abolizione dei *ticket* avvenuta nel 2001), per poi “fluttuare” fino al 2017, anno a partire dal quale ha ripreso a crescere.

Di fatto, tenendo conto delle differenze dei poteri d'acquisto nazionali, la spesa sanitaria privata italiana (espressa in \$-PPP) risulta superiore di circa il 3,8% rispetto alla media degli altri Paesi EU-Ante 1995, con un decremento di 0,6 p.p. tra il 2022 e il 2023.

Fino al 2014, la quota di PIL (assunto come *proxy* delle disponibilità dei cittadini) destinata ai beni e servizi sanitari (acquistati privatamente) è stata inferiore a quello degli altri Paesi EU: dato interpretabile come effetto di una sostanziale efficacia della copertura pubblica garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Dopo tale data, però, si è osservata un'inversione di tendenza: le famiglie italiane hanno iniziato a spendere (in proporzione) più della media europea per i servizi sanitari privati.

Tornando alla composizione della spesa privata, va ricordato che una quota riguarda servizi pubblici: in particolare le quote di compartecipazione per farmaci, le prestazioni ambulatoriali specialistiche a pagamento, ecc.

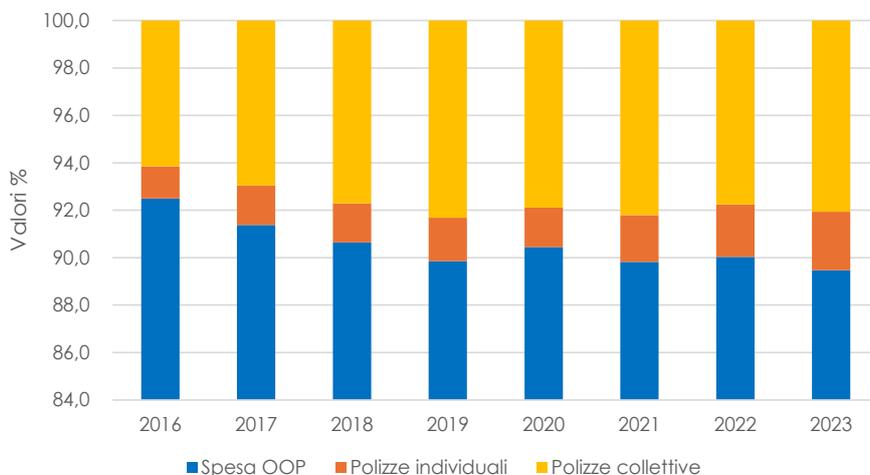
Va segnalato anche il caso dei farmaci di classe A (teoricamente a carico del SSN) acquistati direttamente dalle famiglie: si tratta di una spesa che sfiora ormai i € 2 mld. annui.

La spesa privata è influenzata sia dalla reale possibilità di accedere ai servizi pubblici (le liste di attesa, ad esempio, rappresentano ancora una delle principali barriere per i cittadini italiani, come evidenziato nel Rapporto Sanità 2022 del C.R.E.A. Sanità) sia dalle differenti capacità delle Regioni di offrire servizi aggiuntivi rispetto ai LEA, come quelli per la non autosufficienza.

Analizzando le componenti della spesa sanitaria privata, si nota che, nel 2023, l'89,5% (€ 38,1 mld.) è rappresentato da spesa OOP, una incidenza anormalmente elevata a livello internazionale.

La quota di spesa intermediata, pari a € 4,5 mld., costituisce il restante 10,5%, con un aumento di 0,5 p.p. rispetto all'anno precedente. A partire dal 2016, il peso della componente intermediata della spesa sanitaria ha registrato una crescita graduale ma continua (+3,0 p.p. tra il 2016 e il 2023). In particolare, si stima che la spesa intermediata sia composta (Figura 5) per il 76,6% da polizze collettive (€ 3,4 mld., in crescita del 6,0% rispetto al 2022) e per il 23,4% da polizze individuali (€ 1,1 mld., con un incremento del 13,7% rispetto al 2022).

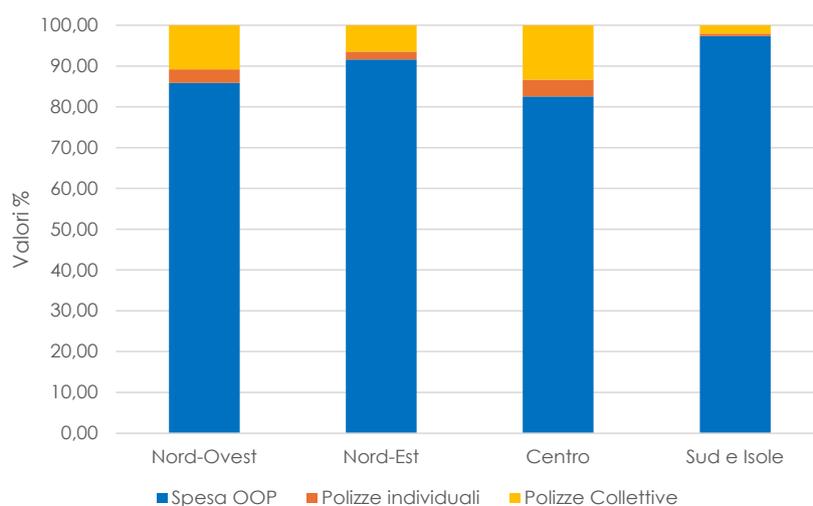
Figura 5. Composizione della spesa sanitaria privata



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute e ANIA - © C.R.E.A. Sanità

Osservando la distribuzione per ripartizione geografica, emerge come la spesa intermediata rappresenti il 14,1% della spesa privata nel Nord-Ovest, l'8,4% nel Nord-Est, il 13,4% al Centro, ma solo il 2,7% nel Sud (Figura 6). È evidente come nelle aree del Paese con una maggiore concentrazione di imprese si stia sviluppando un sistema subsidiario, mentre nel Meridione questo processo è meno avanzato, generando potenziali nuove disuguaglianze territoriali.

Figura 6. Composizione della spesa sanitaria privata per ripartizione geografica. Anno 2023



Fonte: elaborazione su dati Indagine sulla Spesa delle Famiglie (Istat), Ministero della Salute - © C.R.E.A. Sanità

Inoltre, va considerato il peso della spesa privata sostenuta dalle famiglie per l'assistenza a disabili e anziani, principalmente legata ai bisogni di non autosufficienza, che rimane al di fuori del perimetro delle protezioni garantite dal SSN.

Si stima che la copertura pubblica rappresenti il 64,5% dei bisogni legati alla parte Sanitaria, ma solo il 13,2% di quella per bisogni Sociali, per quanto ancora legati a esiti di invecchiamento e disabilità (Figura 7).

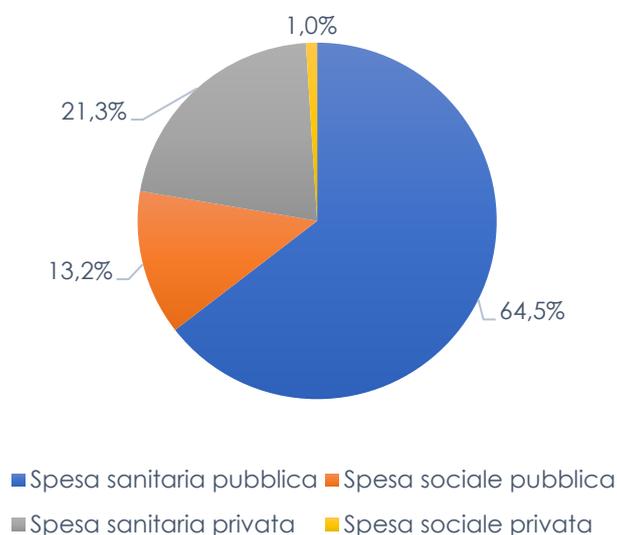
In particolare, senza considerare il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, tipicamente forniti da caregiver familiari, sulla base dei dati forniti dall'INPS si può stimare che, nel 2023, € 2,0 mld. di spesa OOP siano stati destinati dalle famiglie alle badanti.

Nel 2021, il 75,9% delle famiglie italiane ha sostenuto almeno una spesa per beni o servizi sanitari, con un aumento di 1,7 p.p. rispetto all'anno precedente.

Tra le ripartizioni geografiche, il Mezzogiorno registra la percentuale più alta di famiglie con spese sanitarie (77,3%), seguito dal Centro (77,2%), mentre il Nord-Est e il Nord-Ovest si attestano al 74,3%.

Le coppie anziane senza figli (over 75) sono quelle che ricorrono maggiormente a tali spese (84,6%), seguite dalle famiglie con tre o più figli minorenni, con una quota pari all'81,3%.

**Figura 7. Composizione della spesa socio-sanitaria.
Valori %. Anno 2023**



Fonte: elaborazione su dati INPS e Istat 2023 - © C.R.E.A. Sanità

L'utilizzo di prestazioni sanitarie rappresenta l'ottava voce di spesa per le famiglie, con un costo medio annuo pari a € 1.289,7 nel 2021 (in aumento del 9,0% rispetto al 2020) e quasi in linea con i livelli pre-pandemia del 2019 (+0,5% rispetto al 2019). Secondo l'Istat, nel 2022, l'incremento è stato del 4,5%, implicando una riduzione dell'incidenza sui consumi totali.

Nel periodo 2015-2021, la quota di spesa dedicata ai consumi sanitari è aumentata, passando dal 4,5% al 4,8%, con incrementi più significativi nelle regioni del Mezzogiorno (+0,8 p.p.) e del Centro (+0,4 p.p.), mentre è rimasta stabile nel Nord.

Focalizzandosi sulle sole famiglie che sostengono effettivamente spese sanitarie, la spesa media annua "effettiva" sale a € 1.850,2, con un incremento del 6,4% rispetto all'anno precedente e del 2,5% rispetto al 2019. Nel Nord-Ovest, questa spesa "effettiva" è più alta (€ 2.053,9 per nucleo; +2,4%), mentre è minore nel Mezzogiorno, seppur in forte aumento (€ 1.569,0; +7,9% sull'anno precedente).

Per le persone anziane sole (over 75), la spesa sanitaria media annua risulta pari a € 720,0, il 52,7% in più rispetto a quella dei single under 65 (€ 471,5). Il divario si amplia per le coppie: una coppia di anziani over 75 spende in media € 2.249,0 all'anno per la Sanità, quasi tre volte la spesa di una coppia con entrambi i componenti sotto i 65 anni.

Nelle famiglie con figli minorenni, la spesa sanitaria cresce del 30% passando da un figlio a tre, arrivando a un costo medio annuo di € 2.388,4 per le famiglie con tre figli.

Analizzando la composizione della spesa privata, si nota che il 72,7% delle famiglie che sostengono spese sanitarie acquista farmaci; il 37,1% affronta spese per visite specialistiche o ricoveri; il 26,2% per esami diagnostici; il 23,7% per protesi e ausili; il 21,2% per cure odontoiatriche; e il 13,4% per attrezzature sanitarie.

Nel Mezzogiorno, l'80,4% delle famiglie spende per farmaci, mentre nel Centro si registra una percentuale più alta di famiglie che sostengono spese per visite specialistiche, ricoveri e diagnostica (39,8% e 31,9%, rispettivamente). Nel Nord-Est, invece, è più alta la quota di famiglie che ricorre a cure odontoiatriche (27,4%).

Esiste una forte correlazione positiva tra le spese per il dentista, le visite specialistiche e gli esami diagnostici e le risorse economiche delle famiglie: per esempio, il 9,7% delle famiglie nel I quintile di consumo si rivolge al dentista a proprie spese, rispetto al 30,5% delle famiglie del V quintile.

L'acquisto di farmaci rappresenta la spesa principale per le famiglie, costituendo il 37,8% della spesa sanitaria privata totale (rispetto al 42,2% nel 2019); seguono le cure odontoiatriche con il 24,4% (il 21,4% nel 2019); le visite specialistiche, la medicina generale e i ricoveri con il 15,6% (15,1% nel 2019); le attrezzature terapeutiche con il 9,5% (9,7% nel 2019); e, infine, l'acquisto di presidi e ausili con il 4,6% (3,3% nel 2019).

In definitiva, in Italia si osserva una maggiore tendenza delle famiglie a destinare le proprie risorse per l'assistenza sanitaria: un dato che può evocare tanto una maggiore necessità/esigenza legata a problemi di accesso (ad esempio derivanti dalle "liste di attesa"), quanto una maggiore propensione a ricorrere a servizi erogati da *provider* privati (presumibilmente per effetto di modalità di erogazione più consone alle aspettative delle persone).

2. Le prospettive evolutive

A fronte degli andamenti quantitativamente descritti nei paragrafi precedenti, e pure con i limiti intrinseci degli esercizi previsionali, si è provato nel seguito a delineare i tratti salienti della possibile futura evoluzione del sistema.

L'evoluzione del finanziamento

L'evoluzione del finanziamento rappresenta certamente uno degli elementi condizionanti l'evoluzione del sistema sanitario.

Ricordiamo che il D.Lgs. n. 68/2011 (art. 26, c. 1), recita: «(il FSN) ... è determinato tramite intesa con le Regioni, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza».

In altri termini, la norma evidenzia l'obbligo di finanziamento dei LEA, ma richiama contemporaneamente i vincoli di finanza pubblica, lasciando alla Politica l'onere di garantire la "coerenza" fra due obiettivi che, in via di principio, rischiano di essere in conflitto fra loro.

La "coerenza" richiamata nella norma evoca una condizione di "non prevalenza" di un obiettivo/vincolo sull'altro, ovvero uno scenario nel quale le risorse destinate alla Sanità possano essere tanto aumentate per far fronte ad una estensione dei LEA (ovvero un incremento dei loro costi di erogazione), quanto diminuite nel caso in cui i vincoli macroeconomici richiamati implicino ristrettezze finanziarie.

Nel secondo caso, però, la "coerenza" richiede una "contrazione" dei LEA ovvero una loro ridefinizione.

Passando dalla "teoria alla pratica", va osservato che negli ultimi dieci anni il Fabbisogno Sanitario Nazionale *Standard* (FSN), pur essendo cresciuto del 19,0% in termini nominali, considerando l'inflazione risulta praticamente stagnante, se non regressivo, in termini reali.

Negli anni più recenti, ad esempio, il FSN è cresciuto del 3,01% medio annuo, con una forte accelerazione nel 2020 (primo anno di pandemia) e un effetto *rebound* nel 2021, per poi attestarsi intorno al 3% (ma in decremento) nel biennio 2022-2023. In termini reali, la dinamica calcolata utilizzando i prezzi al consumo per l'intera collettività pubblicato dall'Istat, risulta però negativa, e pari a -0,84%. Qualora si volesse anche tenere conto della "natura emergenziale" dei finanziamenti finalizzati al contrasto della pandemia, ovvero si considerasse il FSN al netto dei finanziamenti Covid-19, il tasso di crescita (2019-2023) in termini nominali si fermerebbe all'1,90%, e in termini reali si attesterebbe al -1,91%.

Le considerazioni numeriche che precedono fanno emergere come il *trade-off* fra i vincoli di finanza pubblica e i bisogni di salute sia risultato effettivamente di difficile "composizione".

A fronte di una “decrescita” in termini reali del finanziamento, e in presenza di un rapido invecchiamento della popolazione e quindi dei bisogni, come anche di una “esplosione” dei costi delle tecnologie sanitarie, si dovrebbe concludere che il sistema è nella situazione, sopra richiamata, in cui la “coerenza” richiederebbe una riduzione dei costi di erogazione dei LEA. Quest’ultima è a sua volta ottenibile o grazie a riduzione dei costi unitari, o con un aumento di efficienza o mediante una contrazione dei LEA.

La riduzione dei costi unitari, pur in presenza di una stagnazione della retribuzione degli operatori del SSN (che sta, peraltro, divenendo elemento di potenziale “crisi” del sistema come appare evidente dalla carenza di vocazioni per le professioni più disagiate), appare difficilmente credibile.

In prospettiva, una delle maggiori preoccupazioni per la sostenibilità del sistema è quella legata all’impatto dell’invecchiamento, in quanto generatore di un aumento della cronicità e in generale dei bisogni sanitari, ivi compreso quello del ricorso al ricovero ospedaliero, che certamente rappresenta quello a maggiore assorbimento di risorse.

La quota di popolazione over 75 anni, nel 2023, ha raggiunto il 12,3%, in aumento nell’ultimo decennio di +1,8 p.p.; valore che risulta maggiore a quello registrato in Europa (+2,3 p.p.), in Francia (+2,3 p.p.), in Germania (+1,3 p.p.) e in Francia (+2,3 p.p.).

Il processo di invecchiamento della popolazione deriva tanto dalla riduzione del tasso di natalità, quanto di quella del tasso di mortalità, che implica un contestuale aumento dell’aspettativa di vita.

Nel 2023, in Italia, il tasso di natalità si attesta a 6,4 per 1.000 abitanti, in riduzione nell’ultimo decennio di -2,1 p.p.; riduzione superiore a quella della media dei Paesi EU-27, di Francia, Germania e Spagna (-1,8, -3,5, -1,9 e -0,3 p.p. rispettivamente).

Tra il 2012 ed il 2022 (ultimo anno disponibile), si registra anche una riduzione del tasso di mortalità in tutte le fasce di età, in particolare di -4,1 p.p. nella fascia 80-84 anni e -2,8 p.p. nella fascia 85-89 anni.

Di conseguenza, l’aspettativa di vita in buona salute alla nascita risulta in aumento: nel 2022 (ultimo dato disponibile), secondo i dati Eurostat, la speranza di vivere in buona salute alla nascita italiana è pari a 67,4 anni, e registra un aumento di +5,8 anni nell’ultimo decennio; crescita superiore alla media europea (+4,8 anni) e alla Francia (+3,0 anni), ma inferiore alla Germania (+6,3 anni) e alla Spagna (+6,2 anni).

I recuperi di efficienza nel settore pubblico certamente hanno rappresentato un elemento qualificante della resilienza (e “sobrietà”) del SSN, ma il gap di spesa accumulato nel tempo rispetto agli altri Paesi, rende evidente come essi siano ormai limitati e, quindi, non risolutivi.

In definitiva, i dati disponibili sembrano far propendere, ancorché sia formalmente “indimostrabile”, per la tesi per cui i vincoli macroeconomici abbiano prevalso sulle decisioni allocative, senza però che questo abbia portato ad un conseguente riallineamento dei LEA, ovvero delle “promesse” fatte ai cittadini: anzi si è addivenuti a norme che prevederebbero un loro ampliamento.

In una situazione in cui le risorse non hanno seguito il reale incremento dei fabbisogni di Salute, di fatto è stato scaricato sul *management* regionale e delle Aziende Sanitarie il compito di trovare una “coerenza” fra finanziamento e diritti/“promesse” fatte ai cittadini.

Compito certamente inappropriato e sempre più arduo, dato che all'orizzonte non si intravedono segnali che facciano pensare (semmai il contrario) ad un rilassamento dei vincoli macroeconomici.

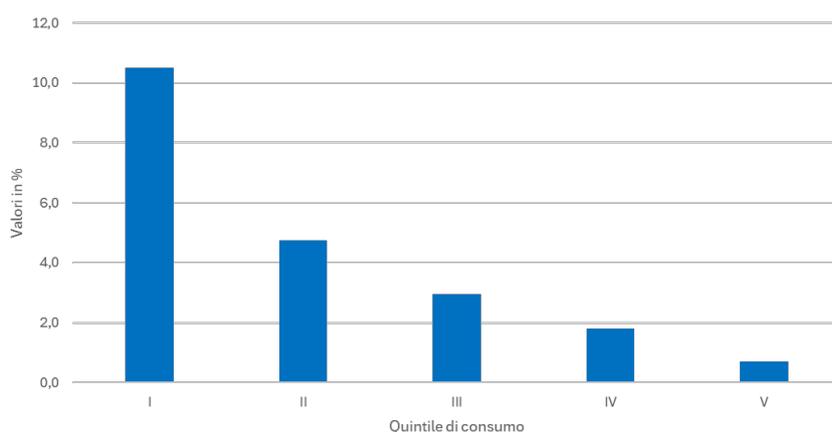
SSN e Equità

In assenza di norme che abbiano esplicitamente contratto i LEA, il rischio che si paventa è che la “coerenza” sia stata perseguita con una riduzione “implicita” dell'accesso ai LEA, con la conseguenza logica di una crescita delle iniquità, frutto di un mancato governo del processo con il quale vengono “redistribuiti” i diritti di accesso alle prestazioni.

Come argomentato nel 20° Rapporto Sanità" del C.R.E.A. Sanità, nel 2022 circa 3,4 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver ridotto le spese sanitarie per motivi economici; tra queste, 1,2 milioni non hanno di fatto affrontato spese sanitarie,

Considerando solo queste ultime come famiglie che hanno effettivamente dovuto rinunciare alle cure sanitarie, si evidenzia un fenomeno in crescita, che oggi coinvolge circa il 4,5% delle famiglie italiane, ovvero 2,4 milioni di cittadini. L'impatto è ovviamente maggiore tra le famiglie con minori capacità di reddito: il 10,5% delle famiglie del I quintile di consumo, il 4,7% di quelle del II, il 2,9% di quelle del III, l'1,8% e lo 0,7% di quelle rispettivamente del IV e V quintile. (Figura 8).

Figura 8. “Rinunce” alla spesa per consumi sanitari, per quintile di consumo

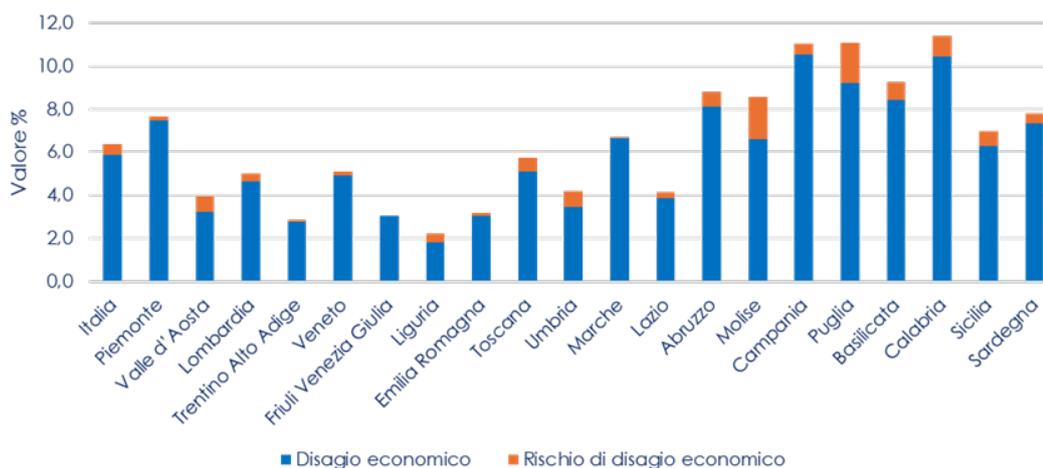


Fonte: elaborazione su dati Istat, 2023 - © C.R.E.A. Sanità

Considerando anche le famiglie che non potendo, o non volendo, rinunciare alle cure sanitarie si “impoveriscono” (ovvero hanno un “reddito

residuo” che le pone sotto la soglia di povertà), emerge un quadro di disagio economico delle famiglie legato alle spese sanitarie (Figura 9) preoccupante: nel 2022, quasi 1,4 milioni di famiglie, si “impoveriscono” e un ulteriore 0,1% di famiglie (circa 53.000 famiglie) è a rischio di impoverimento (un incremento del 10% della spesa sanitaria privata li condurrebbe in tale stato).

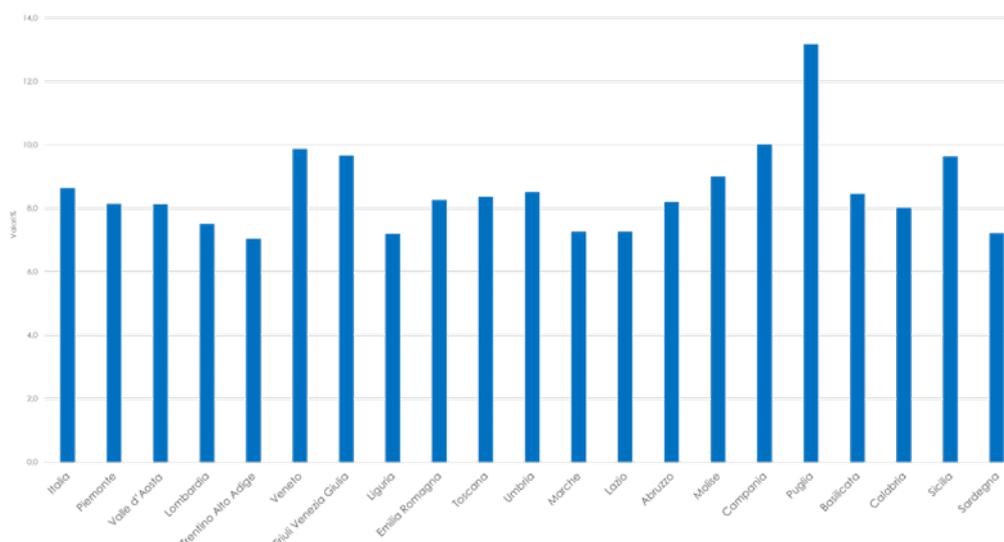
Figura 9. Quota di famiglie soggette a disagio economico per cause sanitarie. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Un altro fenomeno rilevante per valutare la capacità del SSN di garantire equità di accesso ai servizi sanitari, è quello delle spese sanitarie cosiddette "catastrofiche" (Figura 10), ovvero quelle che pesano per oltre il 40% (soglia adottata dall'OMS) della *Capacity To Pay* (calcolata come la spesa totale al netto delle spese di sussistenza, individuate dalla soglia di povertà assoluta dell'Istat). Questo "fenomeno" coinvolge, nel 2022, oltre 2,3 milioni di famiglie in Italia, l'8,6% delle famiglie residenti e l'11,8% di quelle che sostengono spese sanitarie.

Figura 10. Quota famiglie soggette a spese “catastrofiche”. Anno 2022



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2024 - © C.R.E.A. Sanità

Va evidenziato che le famiglie che sostengono spese “catastrofiche”, dedicano oltre la metà (54,1%) della spesa alle cure odontoiatriche, ambito in cui la copertura pubblica risulta notoriamente carente.

Scenari futuri del SSN

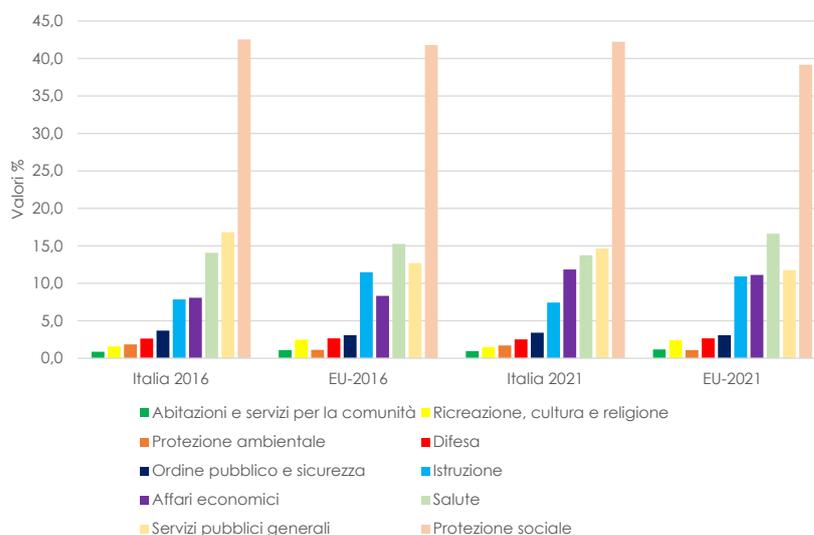
Alla luce delle analisi condotte, è legittimo domandarsi se ci siano prospettive di riallineamento del sistema, e quindi eventuali fonti di finanziamento aggiuntivo per il servizio pubblico.

Tecnicamente, sebbene la spesa sanitaria in rapporto al PIL sia in Italia molto inferiore alla media europea, questo rapporto è comunque coerente con le “attese statistiche”. Infatti, bisogna anche considerare che le risorse disponibili a livello nazionale sono fortemente ridotte dal peso degli interessi passivi sul debito pubblico.

Un aumento “consistente” del finanziamento per la Sanità pubblica, almeno nel breve termine, potrebbe probabilmente avvenire solo rivedendo le priorità di spesa pubblica, ovvero allocando diversamente le risorse.

Si tratta, però, di una prospettiva non facilmente perseguibile: nel 2021, la “Salute” ha assorbito il 13,7% della spesa delle Amministrazioni Pubbliche a fronte di una media del 16,6% nei Paesi EU-Ante 1995; si tratta di uno scarto pari a 2,9 p.p. (Figura 11). Si deve, altresì, segnalare la situazione sul fronte dell’“Istruzione”, che è ancora più critica: l’Italia è al 7,4% vs il 10,9% dei Paesi EU-Ante 1995, con una differenza pari a 3,1 p.p..

Figura 11. Spesa pubblica per funzioni



Fonte: elaborazione su dati OECD 2022 - © C.R.E.A. Sanità

La spesa pubblica italiana è, di contro, maggiore di quella degli altri Paesi per la voce “Servizi pubblici generali” (che include l’onere del debito pubblico) e quella della “Protezione Sociale”: queste assorbono, in confronto con i Paesi EU-Ante 1995, rispettivamente +2,9 e +3,0 p.p.

Data l’evidente necessità di “onorare il debito”, il margine di manovra, sembra quindi limitato e fondamentalmente legato ad un trasferimento dalla “Protezione Sociale” ad una delle due aree in “deficit”, ossia “Salute” e “Istruzione.”

Anche assumendo (ed è discutibile) che sia prioritario investire nella “Salute” rispetto all’“Istruzione”, si configurerebbe un mero trasferimento di risorse, già destinate alla popolazione anziana, ovvero una trasformazione di benefici monetari (ad esempio le Indennità di Accompagnamento) in benefici “in natura” (servizi sanitari): si tratta di una scelta politica che certamente non sarebbe di facile accettazione per gli attuali beneficiari.

In definitiva, a fronte di risorse pubbliche che non sembrano espandibili nel breve periodo, il mantenimento della “coerenza” fra risorse e “promesse” del sistema rimane legata alla capacità di integrazione nel sistema delle risorse messe direttamente in campo dalle famiglie, ovvero della loro disponibilità a sostenere privatamente una parte degli oneri di cura.

In altri termini, il mantenimento di un sistema sanitario universalistico, che assicuri equità di accesso e rispetti il principio di Sussidiarietà, in prospettiva, dipenderà significativamente dalla capacità di governo della spesa sanitaria privata, in un contesto di integrazione con il settore pubblico.

3. Il ruolo dei Fondi sanitari integrativi e l'integrazione con il SSN

Le argomentazioni che precedono evidenziano il ruolo centrale rappresentato dai cosiddetti “corpi intermedi”, nel caso specifico i Fondi Sanitari, nelle prospettive evolutive della tutela della salute in Italia.

Una integrazione sinergica dell'attività dei Fondi nelle politiche sanitarie pubbliche richiede, peraltro, una rivoluzione dell'approccio sinora tenuto da queste ultime: in primo luogo, superando un approccio tradizionalmente focalizzato sulla programmazione dell'offerta, per adottare piuttosto una strategia orientata al governo della domanda; in secondo luogo, accettando di sposare un approccio coerente con il principio di Sussidiarietà, e quindi orientato a riservare al settore pubblico la funzione di governo del sistema, rinunciando all'assunzione di una posizione egemonica nell'erogazione dei servizi.

Per contestualizzare la tematica, ricordiamo che in Italia le forme di tutela sanitaria integrativa sono consentite con l'unico limite che non comportino costi per il SSN; la normativa, inoltre, ha sempre interpretato in modo ampio la “meritorietà” delle spese sanitarie, permettendo, quindi, la detraibilità fiscale di alcune spese sanitarie, anche se con dei limiti. Allo stesso tempo, però, la normativa prevede che per l'accesso ai benefici fiscali derivanti dall'adesione ai Fondi per la copertura di rischi sanitari, questi ultimi abbiano natura strettamente “integrativa”.

Su questo ultimo punto, la definizione degli ambiti di intervento dei Fondi “Integrativi” si è rivelata complessa, e il dibattito non ha trovato una conclusione definitiva, nonostante i vari interventi normativi (come i decreti del Ministero della Salute del 31.3.2008 e del 27.10.2009) volti a chiarire tale aspetto.

La difficoltà nasce da una impostazione che tende a identificare la natura integrativa in termini di “non erogazione” di prestazioni già coperte dai LEA; l'obiettivo, in qualche modo anche condivisibile, è quello di evitare la duplicazione degli oneri di copertura, ma i LEA sono definiti per esclusione, specificando ciò che non vi rientra (cure estetiche o altri servizi considerati clinicamente o organizzativamente non appropriati): quindi, applicare rigidamente il criterio, di fatto, limiterebbe le prestazioni erogabili dai Fondi alle sole prestazioni “inappropriate” o esplicitamente escluse dalla copertura pubblica, come alcune cure odontoiatriche e l'assistenza che si trova a cavallo con il settore sociale (ad esempio quella rivolta ai non autosufficienti).

Con siffatta interpretazione, appare evidente che si relegherebbero i Fondi ad un ruolo marginale e di dubbia utilità sociale: un approccio che risulta in contrasto con una corretta applicazione del principio di Sussidiarietà e anche con le aspettative della popolazione, rappresentate dal continuo aumento di iscrizioni ai Fondi verificatosi nell'ultimo decennio.

Sembrano, quindi, antitetici ad una reale integrazione i tentativi di definire a priori le condizioni di erogabilità delle prestazioni dei Fondi sanitari.

Peraltro, l'analisi della spesa sanitaria sostenuta privatamente dalle famiglie, mostra come i bisogni soddisfatti dai Fondi siano “trasversali” e, di conseguenza, come la funzione integrativa dei Fondi non può essere

circoscritta a pochi segmenti di assistenza, magari non adeguatamente coperti dal SSN.

Al contrario, i Fondi rispondono alla richiesta dei cittadini di avere un accesso a cure più tempestivo e flessibile: una necessità legata alle difficoltà del SSN nel ridurre le liste di attesa, ma che va oltre l'aspetto "temporale", includendo anche elementi organizzativi, legati ad esempio alle modalità di erogazione, che rendono i servizi più aderenti alle aspettative dei cittadini.

Quello delle modalità di fruizione delle prestazioni è un tema particolarmente rilevante, per effetto della crescente diversificazione/segmentazione della domanda, a sua volta legata a quella dei fattori socio-economici, quali l'età, l'istruzione, l'area geografica di residenza, il supporto familiare, etc..

In altri termini, a fronte di una domanda sempre meno omogenea, la "forza" della risposta dei Fondi è quella di compensare la "monoliticità" dell'offerta pubblica che, dovendo rispondere a popolazioni molto ampie, deve farlo in modo relativamente uniforme, allineata quindi alla "media" delle aspettative dei cittadini.

Quindi, è proprio in questa "diversificazione" che si apprezza la natura integrativa dei Fondi e su questa deve basarsi anche l'integrazione fra settore pubblico e privato.

In questa ottica, la citata integrazione può riassumersi anche secondo una diversa dimensione, quella legata all'offerta: in particolare, esplorando la possibilità che ai Fondi sia permesso di utilizzare risorse eventualmente disponibili e non completamente utilizzate nel SSN.

La questione assume particolare significato a fronte di due elementi che caratterizzano il SSN italiano.

Il primo è quello della qualità dei suoi professionisti e, quindi, delle cure: si tratta di un aspetto ampiamente riconosciuto, che emerge in tutte le analisi di *customer satisfaction*, oltre che in quelle sugli esiti di salute prodotti. In altri termini, se tempi e modalità erogative sono spesso oggetto di insoddisfazione da parte degli utenti, la qualità clinica della risposta del SSN è, invece, ampiamente riconosciuta come ottima.

Va da sé che sarebbe interesse dei cittadini (e in particolare di quelli aderenti ai Fondi) poter riunire il beneficio di poter accedere all'offerta pubblica, mantenendo quello (in termini di tempestività e modalità di erogazione) offerto dalla loro adesione ai Fondi.

Il secondo aspetto riguarda la saturazione delle capacità di offerta del SSN: che esistano spazi di "non saturazione" è, infatti, ad esempio desumibile dal fatto che negli ultimi anni si è radicalmente ridotto il ricorso al ricovero.

Nel 2023, sono stati effettuati 7,7 milioni di ricoveri, con una riduzione pari al -2,1% medio annuo nell'ultimo decennio (2023-2013). Rapportando i ricoveri alla popolazione si è passati da 156,2 ricoveri ogni 1.000 abitanti del 2013, a 128,2 ricoveri ogni 1.000 abitanti del 2023: -28,0 ricoveri nel periodo. In particolare, il tasso di ospedalizzazione in acuzie si è ridotto di -26,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti (148,3 nel 2013 vs 121,7 nel 2023), di cui -16,1 ricoveri ordinari (109,4 nel 2013 vs 93,3 nel 2023) e -10,6 diurni (39,0 nel 2013 vs 28,4 nel 2023). Quello dei ricoveri in riabilitazione si è ridotto di -0,7 ricoveri ogni 1.000 abitanti

(6,0 nel 2013 vs 5,3 nel 2023), di cui -0,4 per quelli in regime ordinario (5,3 nel 2013 vs 4,9 nel 2023) e -0,2 per quelli in regime diurno (0,7 nel 2013 vs 0,4 nel 2023). Infine, quello relativo ai ricoveri in lungodegenza si è ridotto di -0,6 ricoveri ogni 1.000 abitanti (1,9 nel 2013 vs 1,2 nel 2023).

Anche i posti letto hanno subito un "taglio" importante: se nel 2022 (ultimo anno disponibile), il totale dei posti letto è stato pari a 221.671, nel 2012 era pari a 230.396, con una riduzione complessiva nel periodo del -3,9%. In particolare, la riduzione maggiore si è registrata per i posti letto in *day hospital*, passando da 17.330 nel 2012 a 11.736 nel 2022 (-3,8% medio annuo). A seguire, i posti letto con degenza a pagamento sono passati da 2.044 nel 2012 a 1.488 nel 2022 (-3,1% medio annuo). I posti letto che hanno subito una contrazione minore sono quelli con degenza a pagamento e quelli con degenza ordinaria (-0,2 e -0,1% medio annuo rispettivamente).

Una diminuzione dell'entità segnalata lascia intendere una potenziale disponibilità di risorse fisiche non pienamente utilizzate, la cui saturazione con una domanda proveniente dai Fondi, comporterebbe anche evidenti vantaggi economici per il SSN. Tra l'altro permetterebbe anche di riportare nell'alveo del perimetro governato dal SSN una parte di attività extra-moenia fatta dai suoi professionisti.

Quella descritta è, quindi, una opportunità di integrazione delle risorse fisiche e di personale pubbliche, con le risorse finanziarie private gestite dai Fondi: una opportunità che si preannuncia "win-win", ovvero vantaggiosa da tutti i punti di vista e per tutti gli attori del sistema.

Come sopra argomentato, in assenza di condizioni che possano far presagire un significativo rifinanziamento del SSN, quella proposta appare l'unica opzione concreta per portare nuove risorse nel SSN, rispettando allo stesso tempo le scelte dei cittadini.

In termini operativi, si tratta di verificare le possibilità di una sinergica integrazione fra Fondi e SSN (presumibilmente nelle sue articolazioni regionali), sviluppata sulla base di convenzioni fra Fondi e strutture pubbliche, per erogare una parte di prestazioni per pazienti cosiddetti "solventi".

La realizzazione non è affatto immediata e, quindi, sarebbe auspicabile si insediassero un gruppo di lavoro multiprofessionale per disegnarne le regole.

L'approccio non può che essere multidimensionale, come appare evidente dalla lista di questioni (non esaustiva) che segue.

In primo luogo, da un punto di vista economico, vanno identificate le condizioni che permettono alle collaborazioni di risultare convenienti per tutti gli attori del sistema: in primis, definendo tariffe congrue sia per la remunerazione dei professionisti, che delle strutture, ma anche competitive sul mercato, ove già agiscono strutture private sia accreditate con il SSN che non.

In secondo luogo, si pone un problema legato alla corretta e efficace configurazione giuridica delle convenzioni: va valutato, ad esempio, se queste possano essere ricondotte a strumenti esistenti, o se sarà necessario pensare a forme specifiche di "accredimento" per le attività "solventi".

In terzo, ma non ultimo per importanza, vanno definite regole che garantiscano che attività di questo genere, al di là dei vantaggi economici, non vadano a nocimento delle tutele garantite in via ordinaria dal SSN.

Regole di questo genere, sebbene non adottate in modo universale, già esistono, basti pensare a quelle tese ad evitare spiazzamenti delle attività ordinarie per effetto di quelle svolte dai professionisti in regime “privatistico” intra-moenia.

In conclusione, sembrano maturi i tempi per pensare a nuove modalità di collaborazione fra strutture del SSN e Fondi integrativi: si tratta di una prospettiva che può portare a vantaggi reciproci, ma che richiede l'apertura di un dibattito per verificarne le modalità di implementazione.

4. Riflessioni finali

L'analisi delle prospettive del SSN, nonché dell'evoluzione della spesa privata, *out of pocket* e intermediata, oggetto dello studio, rende evidenti le difficoltà in cui si muove il servizio pubblico e le complessità delle scelte da fare in prospettiva per mantenere allineate le promesse e le risorse disponibili.

Il contesto elaborato evidenzia, altresì, l'urgenza di ripensare il ruolo dei Fondi sanitari integrativi, riconoscendone il valore e l'opportunità che offrono di agire sinergicamente con il servizio pubblico per rendere più efficaci e sostenibili i livelli di tutela della salute della popolazione italiana.

Infatti, sebbene il SSN italiano, con i suoi principi di universalismo e globalità, rappresenti una essenziale conquista in termini di civiltà e coesione sociale, rimanendo un caposaldo del *welfare* nazionale (sul cui mantenimento si registra una ampia condivisione di intenti), è però indubbio che faccia ormai fatica a mantenere le sue promesse di tutela della salute, e principalmente a garantire equità di accesso.

In queste condizioni, sembra davvero essenziale definire una nuova *governance* del sistema sanitario, che riconosca il ruolo e le opportunità offerte dalla spesa privata e, in particolare, da quella intermediata. Certamente va evitato che la spesa privata venga considerata come un mero “residuo”, o addirittura come foriera di fenomeni di inefficienza e inefficacia (in particolare inappropriatezza). Anzi, sarebbe auspicabile che si possano sviluppare forme di collaborazioni pubblico/privato per permettere ai cittadini aderenti ai Fondi di sfruttare le qualità offerte dai professionisti operanti nelle strutture pubbliche.

Limitare l'attività integrativa alle sole prestazioni non incluse nei LEA svuota di significato il ruolo dei Fondi. Una visione più “illuminata”, che riconosca il valore delle prestazioni integrative basandosi sulle modalità di accesso alle prestazioni, conferirebbe maggiore valore a un secondo pilastro di tutela della Salute.

In conclusione, sembra maturo il tempo per aprire un dibattito su iniziative tese a valutare come si possano implementare regole che permettano alle strutture pubbliche di ospitare anche attività volte in collaborazione con i Fondi integrativi, ovviamente con vantaggio per tutte le parti e, principalmente, per i cittadini.

5. La Sanità Integrativa ed i Fondi Sanitari di tipo negoziale

In questa e nelle successive sezioni del *Report* sono analizzati i risultati di una estensiva ricerca sui fondi sanitari integrativi (nel seguito anche FSI) operanti nel nostro paese.

Di seguito sono descritte le caratteristiche dell'ampio campione analizzato che si può ritenere largamente rappresentativo del contesto generale italiano.

In particolare, i dati analizzati sono riferiti a 18 fondi sanitari integrativi che, nel loro complesso, assommano a poco meno di 6 milioni di iscritti (su un totale generale di circa 14 milioni). I contributi totali sono circa 941 milioni di euro e le prestazioni erogate sono 640 milioni.

Tra i fondi analizzati sono presenti dimensioni di tipo diverso, come da "tradizione" della sanità integrativa italiana. Alcuni fondi hanno un numero di iscritti di poche migliaia; altri nell'ordine di centinaia di migliaia fino ad arrivare ai fondi italiani più grandi che hanno oltre 2 milioni di partecipanti; il campione è pertanto contraddistinto da una variabilità dimensionale molto accentuata, anch'essa caratteristica del settore.

Lo scopo dell'analisi condotta è quella di evidenziare alcune informazioni chiave quali: la distribuzione demografica degli iscritti, la loro geografia, l'entità dei consumi, l'ammontare delle contribuzioni che affluiscono ai fondi, i modelli di comportamento e consumo dei lavoratori partecipanti, la consapevolezza dei medesimi.

Al fine di comprendere al meglio quanto segue occorre fare alcune premesse e porre qualche semplice convenzione terminologica.

5.1. Modelli alternativi di gestione del rischio

Il modello di gestione del rischio nei FSI può assumere diverse configurazioni che si riflettono in modo naturale sulla struttura organizzativa.

In tema di gestione del rischio possiamo distinguere tre modelli diversi:

- Il modello di auto assicurazione;
- Il modello assicurativo;
- Il modello ibrido (o misto).

Di seguito si presentano alcune semplici considerazioni sui tre modelli.

Modello di Auto-assicurazione

In questo schema, il Fondo amministra autonomamente tutta la propria offerta sanitaria, definendo le modalità di contribuzione e le modalità di erogazione delle prestazioni garantite; le caratteristiche principali del modello sono in estrema sintesi le seguenti:

- Il rischio rimane in capo al Fondo;
- Non sono sostenuti costi assicurativi (es. caricamenti su premi, spese di gestione ...) e non c'è necessità di realizzare un profitto;

- Si osserva la massima flessibilità delle coperture e possibilità di rimodulare tariffari e (parzialmente) i contributi in tempo reale.

Modello di Assicurazione

In questo schema il Fondo acquista polizze collettive sul mercato in favore dei propri iscritti, ottenendo un pricing privilegiato rispetto a quello delle singole polizze sanitarie presenti sul mercato; le caratteristiche generali sono di seguito riepilogate:

- il rischio rimane in capo alla Compagnia per la durata del contratto;
- Il fondo sostiene una serie di costi impliciti nel premio che paga collegati ai costi di gestione della compagnia, ai margini di utile che la stessa deve generare e ad altre variabili (accantonamenti di vigilanza, ecc.);
- La copertura è essenzialmente rigida per il periodo di contratto;
- Al termine della vigenza contrattuale può esserci un rischio rinnovo legato alle dinamiche osservate nel periodo di contratto ed a quelle attese successivamente.

Modello Misto (o Ibrido)

Il Fondo gestisce alcune prestazioni internamente e altre tramite polizza assicurativa; in questo caso si osserva un mix delle due soluzioni precedenti con un equivalente mix di pregi e difetti delle medesime:

- Una parte del rischio è in capo alla Compagnia e una parte in capo al Fondo;
- Il fondo sostiene alcuni costi assicurativi (inferiori rispetto al modello totalmente assicurato).

E' importante osservare che nel nostro paese i fondi autoassicurati sono tipicamente quelli di più lunga data e che la forma ibrida (o mista) è una naturale evoluzione di fondi che hanno iniziato la loro attività in forma puramente assicurativa e che, nel tempo, hanno progressivamente internalizzato quote di prestazioni (assumendone il rischio e la gestione amministrativa). In qualche modo il modello misto è una naturale evoluzione di quello assicurativo puro verso quote crescenti di autoassicurazione.

Pertanto, accanto ai fondi dotati di storia più lunga, un'altra figura tipica del settore dei FSI è quella del fondo nato in anni relativamente recenti che inizia in forma totalmente assicurativa e gradualmente si dota di risorse proprie e internalizza le prestazioni riducendo drasticamente l'entità della polizza.

5.2. Modelli alternativi di gestione amministrativa

Passando alla seconda coordinata, si può immediatamente affermare che il tema della gestione amministrativa è in parte dipendente da quello della gestione tecnica del rischio.

Osservando autonomamente i tre diversi modelli di gestione amministrativa rintracciamo le seguenti caratteristiche.

Alcuni fondi hanno una gestione totalmente internalizzata: in questo caso il ciclo attivo (contributi), quello passivo (rimborsi/prestazioni) e tutte le attività connesse (dal call center alla redazione del bilancio) sono gestiti in proprio con personale dipendente dal Fondo. Usualmente (ma non necessariamente) i fondi di questo tipo sono dotati di una propria (in genere limitata) rete di strutture sanitarie convenzionate per la parte di gestione diretta.

All'estremo opposto ci sono i fondi che presentano la gestione amministrativa (del ciclo passivo) in prevalente outsourcing; un soggetto esterno (cosiddetto TPA – Third Party Administrator) provvede all'erogazione delle prestazioni ed alla loro rendicontazione al fondo. Usualmente (quasi sempre) il TPA mette anche a disposizione una propria rete di strutture sanitarie, se il fondo prevede l'erogazione in forma diretta delle prestazioni.

Anche per la gestione amministrativa esiste, ed è in crescita, un modello misto ovvero la compresenza di una parte di gestione in outsourcing e una parte internalizzata. Questo modello è in crescita al pari della versione ibrida della gestione del rischio tecnico e per il medesimo motivo: il graduale aumento di consapevolezza dei fondi “ex giovani” che tendono a internalizzare competenze (e ridurre i costi).

Ovviamente non tutte le combinazioni tra schemi di gestione del rischio tecnico e modelli di gestione amministrativa sono possibili; la matrice sotto evidenzia le combinazioni compatibili.

Figura 11. Matrice Gestione rischio tecnico / modello amministrativo

		Schema di gestione del rischio tecnico		
		Autoassicurato	Polizze	Ibrido
Modello di Gestione Amministrativa (ciclo passivo)	Interno	X		
	Outsourcing	X	X	X
	Misto			X

5.3. Modelli alternativi di erogazione delle prestazioni

Le prestazioni sanitarie garantite dai Fondi possono essere erogate secondo le seguenti principali modalità:

Erogazione Indiretta (o Rimborsale):

Il Fondo procede al rimborso delle fatture inviate dai propri iscritti, dopo aver verificato il rispetto dei vincoli regolamentari e delle tempistiche di invio della fattura stessa

Erogazione Diretta:

Il Fondo provvede ad erogare prestazioni sanitarie, gratuitamente o a fronte del pagamento di franchigie o scoperti da parte dell'iscritto, presso strutture ospedaliere e poliambulatori convenzionati

Erogazione Mista:

Parte delle prestazioni sanitarie garantite dal Fondo sono erogate in modalità rimborsale, altre in modalità diretta

Nell'erogazione delle prestazioni in modalità Diretta il Fondo può avvalersi di una Rete Propria tramite convenzioni stipulate ad hoc o utilizzare la Rete di un Service esterno: anche in questo caso si può immaginare una configurazione intermedia.

L'erogazione delle prestazioni da parte dei Fondi assume una diversa conformazione di Costo e di Fruizione a seconda del modello di erogazione adottato.

I Costi delle prestazioni erogate dal Fondo variano in base al modello di rimborso ed al modello organizzativo.

Nel caso di **Erogazione Diretta** i costi delle prestazioni erogate da parte del Fondo sono noti a monte in quanto l'erogazione avviene mediante centri e strutture convenzionate con le quali sono stati stipulati accordi per offrire agli iscritti al Fondo prestazioni a «prezzi calmierati».

- Qualora il Fondo adottasse un modello organizzativo Assicurato, sebbene il Costo della prestazione sia noto a monte, l'effettivo costo della prestazione sanitaria, erogata dalla Compagnia Assicurativa, risente dei costi assicurativi (es. caricamenti su premi, spese di gestione ...);
- Qualora il Fondo adottasse un modello organizzativo Auto-Assicurato invece il Costo della prestazione, noto a monte, è l'effettivo costo della prestazione sanitaria in quanto non risente della mediazione della Compagnia assicurativa e dei suoi relativi costi (es. caricamenti su premi, spese di gestione ...);
- Pertanto, nel caso di erogazione diretta, identiche prestazioni possono avere una diversa entità in quanto influenzate dal modello organizzativo nonché dalla rete delle strutture con cui il Fondo è riuscito a convenzionarsi.

Nel caso di **Erogazione Indiretta (Rimborsuale)** i costi delle prestazioni erogate da parte del Fondo «non sono noti» oppure «noti in parte» in quanto l'erogazione avviene mediante centri e strutture non convenzionate di cui non si conosce il tariffario applicato alle prestazioni.

I costi dell'erogazione Rimborsuale, a differenza dell'erogazione Diretta, non risentono del modello organizzativo bensì delle regole di rimborso adottate dal Fondo e/o dalla Compagnia Assicurativa:

- Qualora il Fondo decidesse di rimborsare le prestazioni senza la presenza di massimali, franchigie e scoperti il Costo della prestazione non sarebbe quantificabile da parte del Fondo in quanto non a conoscenza dei tariffari adottati dalle strutture presso cui gli iscritti hanno fruito della prestazione;
- Qualora il Fondo decidesse di rimborsare le prestazioni con la presenza di franchigie e/o scoperti il Costo della prestazione sebbene non quantificabile da parte del Fondo (in quanto non a conoscenza dei tariffari adottati dalle strutture presso cui gli iscritti hanno fruito della prestazione) è in parte calmierato dalla presenza dello scoperto e/o dalla franchigia;
- Qualora il Fondo decidesse di rimborsare le prestazioni con la presenza di massimali il Costo della prestazione è quantificabile da parte del Fondo in quanto, sebbene non a conoscenza dei tariffari adottati dalle strutture presso cui gli iscritti hanno fruito della prestazione, è possibile determinare la spesa massima che ciascun iscritto può effettuare per la data prestazione.

Come per i Costi, anche le modalità di Fruizione delle prestazioni variano in base al modello di rimborso.

Nel caso di **Erogazione Diretta** gli iscritti possono fruire delle prestazioni erogate dal Fondo avvalendosi di una Rete di strutture convenzionate (stipulate ad hoc) o mediante una rete di strutture di un Service esterno.

L'iter di Fruizione delle prestazioni per gli iscritti al Fondo è analogo sia nel caso di Strutture Convenzionate sia nel caso di rete di strutture di un service esterno, nello specifico:

- Individuazione della struttura convenzionata più vicina mediante il portale online messo a disposizione dal Fondo o dal Service esterno;
- Verifica della disponibilità dell'eventuale plafond messo a disposizione per fruire della prestazione;
- Prenotazione della prestazione presso la struttura individuata;
- Emissione Voucher e/o apertura del credito presso la struttura selezionata;
- Ricezione Email o SMS di riepilogo della prenotazione;
- Fruizione della prestazione
- Al momento della fruizione della prestazione l'iscritto non dovrà corrispondere alcuna somma di denaro alla struttura presso cui ha effettuato la prestazione salvo nel caso in cui siano previste franchigie e/o scoperti.

Nel caso di **Erogazione Indiretta** gli iscritti possono fruire delle prestazioni erogate dal Fondo presso qualsiasi struttura sanitaria, indipendentemente che sia convenzionata o meno con il Fondo.

L'iter di Fruizione delle prestazione per gli iscritti al Fondo è analogo sia nel caso di Strutture Convenzionate sia nel caso Non Convenzionate, nello specifico:

- Individuazione della struttura più vicina;
- Prenotazione della prestazione presso la struttura individuata;
- Pagamento della prestazione alla struttura il giorno dell'erogazione;
- Fruizione della prestazione;
- Successivamente alla fruizione della prestazione l'iscritto avvia la pratica di rimborso sul portale messo a disposizione dal Fondo
- Il Fondo verifica la validità della pratica di rimborso
- Il Fondo eroga il rimborso all'iscritto
- Al momento della fruizione della prestazione l'iscritto dovrà corrispondere anticipatamente l'intera somma di denaro alla struttura presso cui ha effettuato la prestazione salvo poi ricevere successivamente il rimborso del denaro al netto di franchigie e/o scoperti nel caso in cui siano previste.

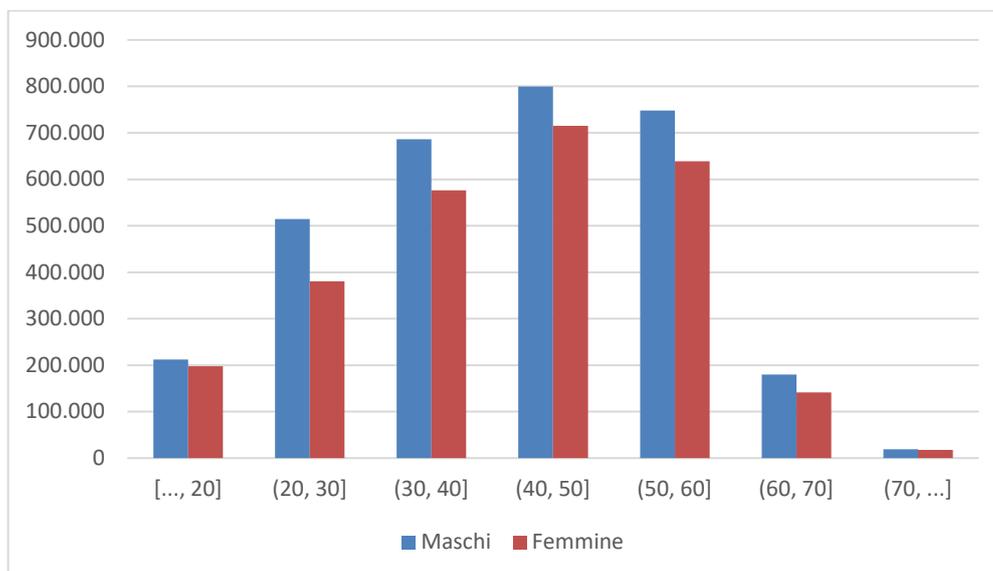
6. I numeri degli iscritti ai FSI e la loro contribuzione

La tabella successiva mostra la distribuzione per classe di età degli iscritti ai fondi facenti parte del campione.

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	212.178	197.380	409.558
(20, 30]	514.571	380.148	894.719
(30, 40]	686.276	576.373	1.262.649
(40, 50]	799.345	714.772	1.514.117
(50, 60]	748.194	638.852	1.387.046
(60, 70]	179.567	141.078	320.645
(70, ...]	19.367	17.352	36.719
Totale	3.159.498	2.665.955	5.825.453
Percentuale	54,2%	45,8%	100,0%

La rappresentazione grafica permette una rapida comprensione dell'apporto delle diverse classi di età.

Figura 12. Iscritti del campione per classe età e sesso



La successiva tabella consente l'apprezzamento dell'apporto percentuale delle diverse classi.

Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	6,7%	7,4%	7,0%
(20, 30]	16,3%	14,3%	15,4%
(30, 40]	21,7%	21,6%	21,7%
(40, 50]	25,3%	26,8%	26,0%
(50, 60]	23,7%	24,0%	23,8%
(60, 70]	5,7%	5,3%	5,5%
(70, ...]	0,6%	0,7%	0,6%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Si evidenzia, al netto della diversa numerosità complessiva di Maschi e Femmine (3,2 vs 2,7 milioni ovvero il 54,2% vs il 45,8%), una distribuzione per classi di età abbastanza omogenea. La prima e l'ultima classe di età includono (con una buona approssimazione) al loro interno anche i figli e i pensionati per quei pochi fondi che coprono anche queste categorie di iscritti. Trasversale alle classi di età è la presenza dei coniugi/conviventi per i quali in alcuni fondi è prevista la copertura.

Come detto, la copertura dei familiari e dei pensionati è una caratteristica rara e residuale nel mondo dei FSI. Per quanto attiene il nostro campione tra i 18 fondi analizzati solo 7 coprono i familiari, 5 i pensionati e solo 4 entrambe le categorie. Tutti i 4 fondi citati sono autogestiti. Per i pochi fondi che coprono i familiari, la copertura è sempre indirizzata ai familiari a carico con l'opzione (su base volontaria, quindi) di poter iscrivere i familiari non a carico in qualità di paganti. In alcuni casi la copertura dei familiari è più limitata di quella dei titolari.

La tabella successiva mostra la distribuzione del campione per regione.

Regione	Maschi	Femmine	Totale	%
LOMBARDIA	869.088	727.493	1.596.581	27,4%
PIEMONTE	301.967	258.274	560.241	9,6%
LIGURIA	80.866	70.032	150.898	2,6%
VALLE D'AOSTA	5.943	5.730	11.673	0,2%
TRENTINO-ALTO ADIGE	43.087	50.155	93.242	1,6%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	83.893	73.727	157.620	2,7%
VENETO	347.658	292.701	640.359	11,0%
EMILIA-ROMAGNA	326.561	284.743	611.304	10,5%
TOSCANA	211.318	193.605	404.923	7,0%
MARCHE	96.447	81.979	178.426	3,1%
LAZIO	218.339	222.174	440.513	7,6%
UMBRIA	49.541	42.809	92.350	1,6%
CAMPANIA	114.262	74.087	188.349	3,2%
PUGLIA	123.221	82.030	205.251	3,5%
ABRUZZO	48.599	35.858	84.457	1,4%
CALABRIA	26.758	19.117	45.875	0,8%

BASILICATA	18.463	12.724	31.187	0,5%
MOLISE	6.847	5.132	11.979	0,2%
SICILIA	91.572	66.083	157.655	2,7%
SARDEGNA	48.515	43.495	92.010	1,6%
N.D.	46.553	24.007	70.560	1,2%
Totale	3.159.498	2.665.955	5.825.453	100,0%

La tabella successiva evidenzia il flusso di contributi associato alle diverse regioni.

CONTRIBUTI Totale			
Regione	Maschi	Femmine	Totale
LOMBARDIA	142,3	126,9	269,2
PIEMONTE	44,1	38,4	82,5
LIGURIA	12,3	10,9	23,2
VALLE D'AOSTA	0,9	0,9	1,8
TRENTINO-ALTO ADIGE	7,3	8,2	15,5
FRIULI-VENEZIA GIULIA	12,6	11,1	23,8
VENETO	52,7	45,0	97,7
EMILIA-ROMAGNA	48,7	43,2	91,9
TOSCANA	30,6	28,0	58,7
MARCHE	14,1	12,3	26,4
LAZIO	50,1	51,8	101,9
UMBRIA	7,2	6,3	13,5
CAMPANIA	17,5	11,8	29,3
PUGLIA	18,1	12,4	30,5
ABRUZZO	7,3	5,4	12,8
CALABRIA	4,3	3,1	7,4
BASILICATA	2,7	1,9	4,6
MOLISE	1,1	0,8	1,8
SICILIA	14,6	10,6	25,2
SARDEGNA	7,4	6,6	14,0
N.D.	6,5	3,5	10,0
Totale	502,5	439,2	941,8

Per quanto riguarda la contribuzione la stessa risulta molto differenziata tra i vari fondi costituenti il campione. In termini di importi oscilla tra importi inferiori ai 100 euro e superiori ai 2.000.

Per quanto attiene le modalità di applicazione del contributo quasi tutti i fondi presentano una cifra fissa che viene pagata mensilmente, alcuni hanno una percentuale che è applicata alla RAL (retribuzione annua lorda) dell'iscritto; c'è qualche forma mista (parte fissa e parte variabile con la RAL) ma la fattispecie largamente più frequente è la prima ovvero l'importo fisso su base annua.

A questo punto introduciamo una suddivisione dei fondi che ritroveremo per tutto il resto del report. In particolare, il gruppo dei fondi analizzati è suddiviso in tre blocchi:

- I fondi prevalentemente autoassicurati/autogestiti;
- I fondi prevalentemente assicurati;
- I fondi ibridi (o misti).

Questa distinzione porta alle tabelle che seguono; esse hanno lo scopo di misurare l'entità dei contributi che affluiscono ai tre gruppi.

CONTRIBUTI - Totale Prev. Autogestite			
Regione	Maschi	Femmine	Totale
LOMBARDIA	47,9	40,6	88,5
PIEMONTE	8,2	7,3	15,5
LIGURIA	2,9	2,6	5,5
VALLE D'AOSTA	0,2	0,2	0,5
TRENTINO-ALTO ADIGE	2,8	2,2	5,0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,8	2,6	5,4
VENETO	12,2	10,3	22,5
EMILIA-ROMAGNA	10,8	9,9	20,7
TOSCANA	5,5	4,9	10,4
MARCHE	2,6	2,6	5,1
LAZIO	28,0	27,8	55,8
UMBRIA	1,3	1,2	2,4
CAMPANIA	4,2	3,3	7,5
PUGLIA	3,6	2,8	6,5
ABRUZZO	1,7	1,4	3,1
CALABRIA	1,4	1,1	2,5
BASILICATA	0,6	0,5	1,0
MOLISE	0,3	0,2	0,5
SICILIA	4,6	3,5	8,1
SARDEGNA	1,7	1,5	3,2
N.D.	1,3	1,0	2,4
Totale	144,6	127,6	272,2

CONTRIBUTI - Totale Gestioni Miste			
Regione	Maschi	Femmine	Totale
LOMBARDIA	34,3	41,9	76,2
PIEMONTE	10,5	14,5	24,9
LIGURIA	3,3	4,4	7,7
VALLE D'AOSTA	0,2	0,4	0,6
TRENTINO-ALTO ADIGE	2,6	3,4	6,0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	2,5	4,0	6,5
VENETO	13,6	17,8	31,5
EMILIA-ROMAGNA	11,6	15,7	27,3
TOSCANA	8,6	11,0	19,7
MARCHE	2,7	3,7	6,5
LAZIO	10,8	13,4	24,2
UMBRIA	1,9	2,5	4,4
CAMPANIA	4,2	3,4	7,7
PUGLIA	4,5	3,9	8,4
ABRUZZO	1,5	1,9	3,4
CALABRIA	1,3	1,2	2,5
BASILICATA	0,5	0,6	1,1
MOLISE	0,2	0,3	0,5
SICILIA	4,2	3,5	7,7
SARDEGNA	2,9	3,1	6,0
N.D.	1,4	1,5	2,9
Totale	123,4	152,1	275,5

CONTRIBUTI - Totale Prev. Assicurate			
Regione	Maschi	Femmine	Totale
LOMBARDIA	60,1	44,4	104,5
PIEMONTE	25,4	16,6	42,0
LIGURIA	6,2	3,9	10,1
VALLE D'AOSTA	0,5	0,3	0,8
TRENTINO-ALTO ADIGE	1,9	2,7	4,6
FRIULI-VENEZIA GIULIA	7,4	4,5	11,9
VENETO	26,8	16,9	43,7
EMILIA-ROMAGNA	26,3	17,6	43,9
TOSCANA	16,5	12,1	28,6
MARCHE	8,8	6,0	14,8
LAZIO	11,2	10,6	21,9
UMBRIA	4,0	2,7	6,7
CAMPANIA	9,0	5,1	14,1
PUGLIA	10,1	5,6	15,7
ABRUZZO	4,1	2,2	6,3
CALABRIA	1,6	0,9	2,5
BASILICATA	1,6	0,8	2,4
MOLISE	0,5	0,3	0,8
SICILIA	5,8	3,6	9,3
SARDEGNA	2,8	1,9	4,7
N.D.	3,8	0,9	4,8
Totale	234,5	159,6	394,1

Con solo riferimento alla seconda e terza tipologia (ovvero quelle dei fondi misti e dei fondi assicurati) si riporta l'incidenza del premio pagato (alla compagnia) rispetto ai contributi affluiti al fondo.

PREMI / CONTRIBUTI - Gestioni Miste	
Regione	Totale
LOMBARDIA	49,9%
PIEMONTE	50,0%
LIGURIA	50,0%
VALLE D'AOSTA	50,1%
TRENTINO-ALTO ADIGE	50,0%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	50,2%
VENETO	49,9%
EMILIA-ROMAGNA	50,0%
TOSCANA	50,1%
MARCHE	49,9%
LAZIO	50,3%
UMBRIA	50,0%
CAMPANIA	50,7%
PUGLIA	50,3%
ABRUZZO	50,4%
CALABRIA	50,5%
BASILICATA	50,7%
MOLISE	50,3%
SICILIA	50,6%
SARDEGNA	50,1%
N.D.	50,1%
Totale	50,1%

PREMI / CONTRIBUTI - Prev. Assicurate	
Regione	Totale
LOMBARDIA	77,9%
PIEMONTE	78,8%
LIGURIA	77,6%
VALLE D'AOSTA	75,3%
TRENTINO-ALTO ADIGE	66,8%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	79,1%
VENETO	79,4%
EMILIA-ROMAGNA	78,4%
TOSCANA	76,8%
MARCHE	78,5%
LAZIO	75,4%
UMBRIA	77,7%
CAMPANIA	79,0%
PUGLIA	79,7%
ABRUZZO	79,6%
CALABRIA	77,1%

BASILICATA	79,7%
MOLISE	79,0%
SICILIA	76,5%
SARDEGNA	73,9%
N.D.	79,8%
Totale	78,0%

Il dato medio del rapporto tra premi e contributi è ovviamente più basso nel caso dei fondi misti in quanto essi gestiscono con la parte di contributo non indirizzata al pagamento dei premi le restanti prestazioni (quelle erogate in autoassicurazione/autogestione).

6.1. Pensionati e familiari, alcune considerazioni

Come detto, la copertura dei familiari e dei pensionati è una caratteristica non frequente nel mondo dei FSI. La tabella successiva mostra alcune informazioni in proposito mostrando la percentuale delle prestazioni indirizzate alle varie tipologie di iscritto nel campione analizzato.

Tipo di iscritto	Percentuale di prestazioni
Titolari	77,1%
Familiari	12,7%
Pensionati	10,2%
Totale	100,0%

Alla base della difficoltà di inserire i pensionati nelle coperture dei fondi c'è il tema dell'antiselezione³ dei rischi.

In sostanza mentre un lavoratore attivo viene iscritto al proprio fondo di categoria a seguito di un accordo previsto dal CCNL di riferimento (quindi in modo collettivo e perfettamente diversificato e mutualistico), i pensionati non rimangono automaticamente iscritti ai fondi al momento del pensionamento.

Ciò significa che anche nei fondi dove è prevista la possibilità di permanenza da parte del pensionato, quest'ultima si lega ad una scelta volontaria del soggetto con tutti i rischi di antiselezione (appunto) del caso.

Potremo, invece, definire dicotomico il caso dei familiari: se inclusi in automatico nella copertura collettiva (p.e. il fondo copre "tutti i familiari a carico") non provocano antiselezione; se iscritti su base volontaria (ancorché a pagamento) presentano anch'essi i medesimi rischi dei pensionati (ovvero i rischi di selezione avversa).

³ L'antiselezione del rischio (o selezione avversa) in ambito sanitario si verifica quando individui con un rischio più elevato rispetto alla media della popolazione tendono a sottoscrivere coperture più frequentemente o a ottenerne di più estese rispetto a individui a basso rischio. Questo fenomeno può compromettere l'equilibrio tecnico - finanziario del fondo, poiché i contributi raccolti potrebbero non essere sufficienti a coprire le maggiori richieste di prestazioni.

7. Iscritti, fruitori e tassi di utilizzo nei FSI

Le tabelle successive mostrano i tassi di utilizzo degli iscritti per classe di età e sesso. Le prime tre espongono i risultati per il collettivo nel suo complesso. Quelle successive si concentrano sui cluster analizzati in precedenza ovvero sui fondi autoassicurati, su quelli misti e su quelli prevalentemente assicurati.

Iscritti Totali			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	212.176	197.377	409.553
(20, 30]	514.571	380.149	894.719
(30, 40]	686.276	576.373	1.262.649
(40, 50]	799.345	714.772	1.514.117
(50, 60]	748.194	638.852	1.387.046
(60, 70]	179.567	141.078	320.646
(70, ...]	19.368	17.354	36.722
Totale	3.159.498	2.665.955	5.825.453

Fruitori Totali			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	89.922	88.454	178.376
(20, 30]	68.065	63.337	131.402
(30, 40]	123.828	135.768	259.596
(40, 50]	186.094	227.012	413.106
(50, 60]	202.893	284.709	487.602
(60, 70]	64.078	91.930	156.008
(70, ...]	16.233	15.065	31.298
Totale	751.113	906.275	1.657.388

Il tasso di utilizzo rappresentato sotto mostra la percentuale di iscritti che hanno fruito nell'esercizio di almeno una prestazione sanitaria ("almeno una" significa da 1 a n prestazioni erogate nell'anno dal fondo all'iscritto).

Si osservano alcune caratteristiche comuni e strutturali di tutti i FSI: in primis le donne consumano più degli uomini (con differenze molto importanti); inoltre, al crescere dell'età aumenta il consumo da parte degli iscritti (salvo per i figli piccoli che mostrano un picco dovuto alle cure pediatriche).

Tasso Utilizzo			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	42,4%	44,8%	43,6%
(20, 30]	13,2%	16,7%	14,7%
(30, 40]	18,0%	23,6%	20,6%
(40, 50]	23,3%	31,8%	27,3%
(50, 60]	27,1%	44,6%	35,2%
(60, 70]	35,7%	65,2%	48,7%
(70, ...]	83,8%	86,8%	85,2%
Totale	23,8%	34,0%	28,5%

I tassi di fruizione sono senz'altro funzione dell'età e del sesso ma possono essere anche considerati una funzione della consapevolezza dell'iscritto; più sono elevati e maggiore è la conoscenza del fondo da parte del lavoratore, più sono bassi e minore è detta informazione.

Inoltre, sulla consapevolezza (e, quindi, sui tassi di fruizione) impattano altre variabili quali ad esempio la polverizzazione delle aziende datrici di lavoro, la sindacalizzazione, le campagne informative ed altre variabili che possono o meno favorire la diffusione dell'informazione tra gli iscritti. Questo tema lo ritroveremo in altre misurazioni che saranno in seguito esposte.

Iscritti Totali Prev. Autogestite			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	35.019	33.235	68.254
(20, 30]	15.743	13.177	28.919
(30, 40]	28.679	20.859	49.538
(40, 50]	54.831	40.591	95.422
(50, 60]	59.501	39.470	98.971
(60, 70]	24.819	17.182	42.001
(70, ...]	14.068	13.834	27.902
Totale	232.659	178.348	411.007

Fruitori totali Prev. Autogestite			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	18.823	18.544	37.367
(20, 30]	6.168	7.420	13.588
(30, 40]	10.990	12.430	23.420
(40, 50]	25.633	25.453	51.086
(50, 60]	32.708	27.134	59.842
(60, 70]	17.816	13.601	31.417
(70, ...]	13.267	11.547	24.814
Totale	125.405	116.129	241.534

Tasso Utilizzo Prev. Autogestite			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	53,8%	55,8%	54,7%
(20, 30]	39,2%	56,3%	47,0%
(30, 40]	38,3%	59,6%	47,3%
(40, 50]	46,7%	62,7%	53,5%
(50, 60]	55,0%	68,7%	60,5%
(60, 70]	71,8%	79,2%	74,8%
(70, ...]	94,3%	83,5%	88,9%
Totale	53,9%	65,1%	58,8%

Si evidenzia immediatamente una ampia differenza tra fondi autogestiti e i casi di gestioni miste o assicurate rappresentati nelle successive tabelle.

Per quanto attiene le gestioni miste abbiamo un tasso di fruizione media del 25% circa.

Iscritti Totali Gestioni Miste			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	4.707	3.895	8.602
(20, 30]	181.927	183.811	365.738
(30, 40]	264.777	306.684	571.461
(40, 50]	261.865	344.842	606.707
(50, 60]	215.725	299.112	514.837
(60, 70]	50.320	67.987	118.307
(70, ...]	2.895	1.988	4.883
Totale	982.217	1.208.318	2.190.535

Fruitori totali Gestioni Miste			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	33	16	49
(20, 30]	8.272	15.367	23.639
(30, 40]	25.057	54.467	79.524
(40, 50]	37.553	104.871	142.424
(50, 60]	49.679	163.547	213.226
(60, 70]	19.220	59.965	79.185
(70, ...]	177	419	596
Totale	139.991	398.652	538.643

Tasso Utilizzo Gestioni Miste			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	0,7%	0,4%	0,6%
(20, 30]	4,5%	8,4%	6,5%
(30, 40]	9,5%	17,8%	13,9%
(40, 50]	14,3%	30,4%	23,5%
(50, 60]	23,0%	54,7%	41,4%
(60, 70]	38,2%	88,2%	66,9%
(70, ...]	6,1%	21,1%	12,2%
Totale	14,3%	33,0%	24,6%

Per quanto attiene le gestioni assicurate abbiamo un tasso di fruizione media del 27% circa (quindi sostanzialmente allineato a quello delle miste).

Iscritti Totali Prev. Assicurate			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	172.450	160.246	332.697
(20, 30]	316.901	183.161	500.063
(30, 40]	392.820	248.830	641.650
(40, 50]	482.649	329.339	811.988
(50, 60]	472.968	300.270	773.239
(60, 70]	104.428	55.910	160.338
(70, ...]	2.405	1.532	3.937
Totale	1.944.622	1.279.289	3.223.911

Fruitori totali Prev. Assicurate			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	67.969	66.910	134.879
(20, 30]	54.670	42.292	96.962
(30, 40]	89.993	72.316	162.309
(40, 50]	124.291	100.345	224.635
(50, 60]	120.425	96.541	216.966
(60, 70]	25.218	17.246	42.464
(70, ...]	238	226	466
Totale	482.804	395.876	878.680

Tasso Utilizzo Prev. Assicurate			
Classe d'età	Maschi	Femmine	Totale
[..., 20]	39,4%	41,8%	40,5%
(20, 30]	17,3%	23,1%	19,4%
(30, 40]	22,9%	29,1%	25,3%
(40, 50]	25,8%	30,5%	27,7%
(50, 60]	25,5%	32,2%	28,1%
(60, 70]	24,1%	30,8%	26,5%
(70, ...]	9,9%	14,8%	11,8%
Totale	24,8%	30,9%	27,3%

Come si evidenzia chiaramente nelle tabelle precedenti il picco della fruizione viene raggiunto nei fondi autoassicurati/autogestiti. La motivazione risiede nel fatto che oltre ad una diversa consapevolezza degli iscritti a tali forme le età medie sono diverse e portano con esse diverse necessità sanitarie.

E' anche doveroso sottolineare che le frequenze (in particolare nelle gestioni miste e in quelle assicurate) sono medie che scaturiscono dall'aggregazione di fondi che esibiscono comportamenti diversi da parte degli iscritti (ovvero alcuni fondi hanno tassi di fruizione più elevati della media e altri fondi invece hanno tassi più contenuti).

8. Le prestazioni erogate dai FSI

La sezione descrive le prestazioni erogate dai fondi analizzati. L'analisi mira a porre in evidenza la distinzione tra prestazioni dirette e prestazioni indirette (o rimborsuali) nonché tra prestazioni erogate in forma autogestita o in forma assicurativa; inoltre, le tabelle consentono di focalizzare la composizione media dei piani sanitari dei FSI. Difatti, nonostante le profonde differenze in termini contributivi e di consapevolezza/fruizione tra di essi, i FSI esibiscono alcune parziali caratteristiche comuni.

La prima tabella espone il valore delle prestazioni distinte tra autogestite e assicurate. Nella tabella si ritrovano sia il numero delle prestazioni che il valore (colonna "importo") delle medesime.

PRESTAZIONI	IMPORTO	NUMERO	% Importo	% numeri
ASSICURATE	336.125.374	3.883.519	52,6%	53,8%
AUTOGESTITE	303.383.338	3.336.319	47,4%	46,2%
TOTALE	639.508.711	7.219.838	100,0%	100,0%

Si nota un sostanziale allineamento tra i due totali in termini di valori; lievemente più sbilanciata la numerosità.

Più interessante l'informazione che emerge nella tabella successiva. In particolare, si nota che mentre i fondi ricorrono più frequentemente alle polizze per coprire i rischi relativi all'odontoiatria, agli interventi e alla prevenzione (i cosiddetti "pacchetti"), nel caso delle visite specialistiche, degli accertamenti diagnostici e delle prestazioni altre (lenti, terapie, ecc.) la situazione si inverte e esse sono maggiormente coperte in regime di autogestione.

TIPOLOGIA	PRESTAZIONI - IMPORTI (€)			PRESTAZIONI - IMPORTI (COMPOSIZIONE %)		
	ASSICURATA	AUTOGESTITA	TOTALE	ASSICURATA	AUTOGESTITA	TOTALE
ODONTOIATRIA	138.865.638	45.095.469	183.961.107	41,3%	14,9%	28,8%
VISITE E ACCERTAMENTI	29.924.937	49.538.064	79.463.001	8,9%	16,3%	12,4%
RIC. CON INTERVENTO	50.150.590	26.191.508	76.342.098	14,9%	8,6%	11,9%
RIC. SENZA INTERVENTO	2.564.189	6.188.722	8.752.911	0,8%	2,0%	1,4%
PREVENZIONE	23.821.035	3.131.336	26.952.371	7,1%	1,0%	4,2%
MATERNITÀ	108.632	25.863.451	25.972.084	0,0%	8,5%	4,1%
ALTADIAGNOSTICA	32.615.283	44.766.247	77.381.530	9,7%	14,8%	12,1%
TICKET	10.571.697	12.279.461	22.851.157	3,1%	4,0%	3,6%
ALTRO (fisioterapie, lenti, ...)	47.503.373	90.329.079	137.832.452	14,1%	29,8%	21,6%
TOTALE	336.125.374	303.383.338	639.508.711	100,0%	100,0%	100,0%

Situazione analoga per quanto riguarda i numeri delle prestazioni, come chiarito nella seguente tabella.

TIPOLOGIA	PRESTAZIONI - NUMERI (€)			PRESTAZIONI - NUMERI (COMPOSIZIONE %)		
	ASSICURATA	AUTOGESTITA	TOTALE	ASSICURATA	AUTOGESTITA	TOTALE
ODONTOIATRIA	1.220.238	242.613	1.462.851	31,4%	7,3%	20,3%
VISITE E ACCERTAMENTI	516.736	853.217	1.369.953	13,3%	25,6%	19,0%
RIC. CON INTERVENTO	42.781	34.831	77.612	1,1%	1,0%	1,1%
RIC. SENZA INTERVENTO	3.734	27.661	31.395	0,1%	0,8%	0,4%
PREVENZIONE	287.863	28.180	316.043	7,4%	0,8%	4,4%
MATERNITÀ	785	189.113	189.898	0,0%	5,7%	2,6%
ALTADIAGNOSTICA	484.937	797.652	1.282.589	12,5%	23,9%	17,8%
TICKET	1.011.160	367.768	1.378.928	26,0%	11,0%	19,1%
ALTRO (fisioterapie, lenti, ...)	315.285	795.284	1.110.569	8,1%	23,8%	15,4%
TOTALE	3.883.519	3.336.319	7.219.838	100,0%	100,0%	100,0%

Le tabelle successive esplorano le modalità di rimborso; si ricorda che la forma diretta è quella dove l'iscritto accede ad una convenzione e paga solo la quota a suo carico (mentre il restante importo viene liquidato dal fondo alla struttura sanitaria); nella forma indiretta vige il principio rimborsuale (quindi l'iscritto paga per intero e successivamente viene rimborsato dal fondo).

Si nota come la componente diretta è maggioritaria; a tale proposito è utile ricordare alcune caratteristiche del nostro mercato. Le compagnie di assicurazione operanti nel mercato della sanità integrativa contrattuale, di norma, prevedono la sola erogazione diretta delle prestazioni, lasciando la possibilità della forma indiretta solo a situazioni "speciali" (normalmente ci si riferisce a prestazioni non presenti nella provincia di residenza del lavoratore). Usualmente le polizze, dunque, prevedono la forma diretta come la sola praticabile e quella indiretta solo in casi eccezionali.

Invece i fondi autogestiti prevedono spesso la scelta da parte dell'iscritto tra l'una e l'altra forma; ovvero l'iscritto può scegliere di recarsi presso strutture convenzionate (in forma diretta) oppure di andare dal proprio medico di fiducia secondo il canale indiretto.

PRESTAZIONI	IMPORTO	NUMERO	% Importo	% numeri
DIRETTA	395.750.458	4.483.922	61,9%	62,1%
INDIRETTA	243.758.253	2.735.916	38,1%	37,9%
TOTALE	639.508.711	7.219.838	100,0%	100,0%

Le due tabelle successive analizzano le singole categorie di prestazioni focalizzando l'incidenza di diretta e indiretta su ciascuna di esse sia in termini di importi che in termini di numeri.

TIPOLOGIA	PRESTAZIONI - IMPORTI (€)			PRESTAZIONI - IMPORTI (COMPOSIZIONE %)		
	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
ODONTOIATRIA	148.450.436	35.510.792	183.961.228	37,5%	14,6%	28,8%
VISITE E ACCERTAMENTI	47.508.319	31.954.681	79.463.001	12,0%	13,1%	12,4%
RIC. CON INTERVENTO	57.925.059	18.417.039	76.342.098	14,6%	7,6%	11,9%
RIC. SENZA INTERVENTO	1.073.613	7.679.177	8.752.790	0,3%	3,2%	1,4%
PREVENZIONE	23.740.977	3.211.394	26.952.371	6,0%	1,3%	4,2%
MATERNITÀ	544.587	25.427.497	25.972.084	0,1%	10,4%	4,1%
ALTA DIAGNOSTICA	61.769.772	15.611.758	77.381.530	15,6%	6,4%	12,1%
TICKET	6.636.266	16.214.891	22.851.157	1,7%	6,7%	3,6%
ALTRO (fisioterapie, lenti, ...)	48.101.428	89.731.024	137.832.452	12,2%	36,8%	21,6%
TOTALE	395.750.458	243.758.253	639.508.711	100,0%	100,0%	100,0%

TIPOLOGIA	PRESTAZIONI - NUMERI (€)			PRESTAZIONI - NUMERI (COMPOSIZIONE %)		
	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE	DIRETTA	INDIRETTA	TOTALE
ODONTOIATRIA	1.187.643	275.208	1.462.851	26,5%	10,1%	20,3%
VISITE E ACCERTAMENTI	806.263	563.690	1.369.953	18,0%	20,6%	19,0%
RIC. CON INTERVENTO	46.297	31.315	77.612	1,0%	1,1%	1,1%
RIC. SENZA INTERVENTO	1.610	29.785	31.395	0,0%	1,1%	0,4%
PREVENZIONE	279.157	36.886	316.043	6,2%	1,3%	4,4%
MATERNITÀ	3.096	186.802	189.898	0,1%	6,8%	2,6%
ALTA DIAGNOSTICA	939.592	342.997	1.282.589	21,0%	12,5%	17,8%
TICKET	868.777	510.151	1.378.928	19,4%	18,6%	19,1%
ALTRO (fisioterapie, lenti, ...)	351.487	759.082	1.110.569	7,8%	27,7%	15,4%
TOTALE	4.483.922	2.735.916	7.219.838	100,0%	100,0%	100,0%

Tra i vari fondi sanitari il modello di gestione è quindi influenzato da diverse variabili:

- La forma diretta è pressoché dominante nei fondi che usano polizze;
- I fondi autogestiti diversificano le due forme (diretta e indiretta) governando il rischio di tale impostazione;
- I fondi misti si trovano in una situazione intermedia e, anche per le prestazioni autogestite, utilizzano le reti convenzionate per fruire delle tariffe "calmierate" che dette reti spesso realizzano.

In ogni caso, sia nelle forme dirette che indirette, sono applicati dai diversi operatori strumenti di contenimento del rischio tecnico a presidio della sostenibilità dei piani sanitari: a titolo di esempio si citano tariffari, massimali, scoperti e franchigie, numero massimo di prestazioni fruibili, ecc.

Chiudiamo questa sezione ribadendo un concetto già declinato in precedenza: la copertura dei familiari e dei pensionati è una caratteristica non frequente nel mondo dei FSI. La tabella successiva mostra alcune informazioni in proposito mostrando le prestazioni indirizzate alle varie tipologie di iscritto nel campione analizzato.

Tipo di iscritto	Valore Prestazioni	Percentuale
Titolari	493,2	77,1%
Familiari	81,1	12,7%
Pensionati	65,2	10,2%
Totale	639,5	100,0%

9. Il rapporto tra Prestazioni/Contributi e Sinistri/Premi nei FSI

Le tabelle successive mostrano alcune elaborazioni e calcoli in merito al rapporto tra entrate e uscite nei FSI.

Le tabelle vanno lette con i dovuti distinguo e con molta attenzione.

Partendo dalle prestazioni gestite mediante contratti di assicurazione (tabella successiva) si evidenzia un indice Sinistri a Premi (SP) di circa il 75% con forti differenze regionali. La tabella seguente mostra – tra le altre informazioni – anche gli elevati indici SP di Lombardia e Lazio che contribuiscono ad un incremento della media generale di oltre 6 punti percentuali (ovvero senza le due regioni citate la media dell'SP sarebbe più bassa di oltre il 6%).

REGIONE	CONTRIBUTI	PREMI	PREST. ASS. TE	S/P ASSICURATIVO
LOMBARDIA	269,2	119,4	101,4	84,9%
PIEMONTE	82,5	45,6	40,1	88,0%
LIGURIA	23,2	11,7	7,6	65,5%
VALLE D'AOSTA	1,8	0,9	0,5	57,0%
TRENTINO ALTO ADIGE	15,5	6,0	2,7	44,4%
FRIULI V. GIULIA	23,8	12,7	7,5	59,2%
VENETO	97,7	50,4	31,9	63,2%
EMILIAROMAGNA	91,9	48,1	33,2	69,0%
TOSCANA	58,7	31,8	23,6	74,1%
MARCHE	26,4	14,9	8,6	58,0%
LAZIO	101,9	28,7	30,1	105,1%
UMBRIA	13,5	7,4	5,4	72,6%
CAMPANIA	29,3	15,0	10,3	68,3%
PUGLIA	30,5	16,7	10,6	63,3%
ABRUZZO	12,8	6,7	4,1	60,6%
CALABRIA	7,4	3,1	1,5	48,3%
BASILICATA	4,6	2,5	1,5	61,3%
MOLISE	1,8	0,9	0,5	57,0%
SICILIA	25,2	11,1	7,3	66,1%
SARDEGNA	14,0	6,5	3,1	48,0%
ND/STATO ESTERO	10,0	5,2	4,7	89,1%
TOTALE	941,8	445,2	336,1	75,5%

La tabella seguente mostra l'indice SP (che meglio sarebbe chiamare PC ovvero Prestazioni su Contributi) relativo alle prestazioni autogestite (sia dai fondi prevalentemente autogestiti che da quelli misti). La media complessiva è di poco superiore al 61%. Essa ovviamente non comprende i costi di gestione che i fondi affrontano per gestire autonomamente le proprie prestazioni.

REGIONE	CONTR. AUTOGEST.	PREST. AUTOGEST.	S/P AUTOGESTIONE
LOMBARDIA	149,8	108,3	72,3%
PIEMONTE	36,9	20,6	55,7%
LIGURIA	11,6	5,6	48,8%
VALLE D'AOSTA	1,0	0,4	39,2%
TRENTINO ALTO ADIGE	9,5	3,1	32,9%
FRIULI V. GIULIA	11,1	5,0	44,9%
VENETO	47,3	20,0	42,2%
EMILIAROMAGNA	43,8	21,5	49,1%
TOSCANA	26,9	12,6	47,0%
MARCHE	11,5	4,9	42,3%
LAZIO	73,3	68,8	93,9%
UMBRIA	6,1	2,8	46,3%
CAMPANIA	14,3	6,5	45,7%
PUGLIA	13,8	5,8	42,3%
ABRUZZO	6,1	2,5	41,2%
CALABRIA	4,3	2,0	46,2%
BASILICATA	2,1	0,8	39,0%
MOLISE	0,9	0,4	40,5%
SICILIA	14,1	7,3	51,5%
SARDEGNA	7,5	2,9	38,4%
ND/STATO ESTERO	4,8	1,6	33,4%
TOTALE	496,5	303,4	61,1%

La tabella successiva ha, invece, lo scopo di unificare i risultati precedenti; la colonna Saldo di Gestione (SdG) è quantificata nel modo seguente:

$$SdG = \text{Contributi complessivi} - (\text{Prestazioni Autogestite} + \text{Premi Pagati})$$

mentre i due indici SP complessivo (SPC) e SP Gestionale (SPG) sono quantificati come segue:

$$SPC = \frac{\text{Prestazioni Autogestite} + \text{Prestazioni Assicurate}}{\text{Contributi complessivi}}$$

$$SPG = \frac{\text{Prestazioni Autogestite} + \text{Premi Pagati}}{\text{Contributi complessivi}}$$

REGIONE	SALDO DI GESTIONE	S/P COMPLESSIVO	SP Gestionale
LOMBARDIA	41,5	77,9%	84,6%
PIEMONTE	16,4	73,5%	80,2%
LIGURIA	5,9	57,2%	74,5%
VALLE D'AOSTA	0,6	47,8%	68,4%
TRENTINO ALTO ADIGE	6,3	37,4%	59,1%
FRIULI V. GIULIA	6,1	52,5%	74,3%
VENETO	27,3	53,0%	72,0%
EMILIA ROMAGNA	22,3	59,5%	75,7%
TOSCANA	14,3	61,7%	75,7%
MARCHE	6,7	51,1%	74,8%
LAZIO	4,5	97,0%	95,6%
UMBRIA	3,3	60,7%	75,7%
CAMPANIA	7,8	57,3%	73,5%
PUGLIA	8,0	53,8%	73,9%
ABRUZZO	3,6	51,3%	72,0%
CALABRIA	2,3	47,1%	69,0%
BASILICATA	1,3	51,2%	72,3%
MOLISE	0,5	48,8%	70,4%
SICILIA	6,9	57,9%	72,8%
SARDEGNA	4,6	42,9%	67,1%
ND/STATO ESTERO	3,2	62,6%	68,3%
TOTALE	193,1	67,9%	79,5%

Complessivamente, quindi, il valore di SPG è superiore a quello di SPC di circa 12 punti percentuali. Questo indice può essere interpretato in vari modi il più intuitivo dei quali è il seguente: a parità di risorse destinate, i FSI potrebbero riversare gli importi corrispondenti ai 12 punti percentuali citati prima (oltre 110 milioni di euro) aumentando le proprie prestazioni (a patto di sostenere direttamente il rischio della gestione).

10. Il posizionamento di Sanimpresa

Sanimpresa può essere identificato, da alcuni anni, come un esempio di Fondo che adotta un modello gestionale misto.

A seguito delle innovazioni varate dal CdA nel 2022, il Fondo eroga alcune prestazioni in forma diretta (principalmente visite specialistiche), affiancandosi alla Compagnia nella tutela degli iscritti. Le prestazioni erogate (mediante il Poliambulatorio) sono erogate in forma esclusiva dal Fondo, sottraendole alla competenza dell'Assicurazione. Questa internalizzazione ha portato ad un risparmio sui premi.

Il Fondo continua a erogare garanzie di tutto rispetto ed è finalmente diventato un fondo "ibrido" ovvero che eroga le proprie prestazioni in parte in forma assicurativa e in parte in forma autogestita, valorizzando definitivamente gli investimenti realizzati negli anni scorsi con l'avvio del Poliambulatorio. Sul versante assicurativo non solo è diminuito l'esborso di premi da parte del fondo ma anche la sinistrosità che nel 2024 è rientrata in una fascia di sostenibilità.

Facendo riferimento alla sola componente assicurata del Fondo, che è composta da tre gestioni (Sanimpresa, Sanimpresa Integrativa Fondi e Sanimpresa fuori Roma e provincia) si può osservare come il rapporto Sinistri/Premi si attesta complessivamente attorno al 60%.

Prodotto	30/06/2023-30/06/2024		
	Sinistri	Premi	S/P
3861 Sanimpresa	2.509.099	2.946.410	85%
8777 Sanimpresa integrativa fondi	1.204.219	3.541.831	34%
4079 Sanimpresa fuori Roma e provincia	59.787	69.185	86%
Totale	3.773.105	6.557.425	58%

Considerando che l'attività di Sanimpresa è principalmente concentrata a Roma e nella regione Lazio, si può paragonare l'indicatore di cui sopra al rapporto S/P assicurativo del Lazio per il campione di Fondi oggetto dell'analisi del Report appena presentato. Si osserva come il rapporto S/P della gestione assicurativa di Sanimpresa è molto più contenuto di quello del campione (60% vs 105%).

Come di seguito rappresentato in tabella, si può evidenziare come, sulla base della modalità di erogazione, Sanimpresa fornisca quasi l'88% delle prestazioni ai propri iscritti tramite la Rete (forma di erogazione Diretta) a fronte di una percentuale di erogazione nella stessa forma da parte dei Fondi del Campione del 62% circa.

EROGAZIONE	CAMPIONE	SANIMPRESA	Comp. % CAMPIONE	Comp% SANIMPRESA
DIRETTA	395,75	3,32	61,9%	87,9%
INDIRETTA	243,76	0,46	38,1%	12,1%
TOTALE	639,51	3,77	100,0%	100,0%

Per quanto riguarda, invece, la tipologia di prestazioni rimborsate, si nota una maggiore propensione di Sanimpresa rispetto al Campione di rimborsare prestazioni in ambito di ricovero con o senza intervento. Le percentuali per la categoria relativa all'alta diagnostica sono piuttosto allineate, mentre le visite specialistiche scontano il fatto che gran parte dei relativi rimborsi è gestita internamente dal Fondo e non intercettati in questa analisi.

TIPOLOGIA	CAMPIONE	SANIMPRESA	Comp. % CAMPIONE	Comp% SANIMPRESA
ODONTOIATRIA	183,96	0,33	28,8%	8,7%
VISITE E ACCERTAMENTI	79,46	0,12(*)	12,4%	3,3%(*)
RIC. CON INTERVENTO	76,34	1,26	11,9%	33,5%
RIC. SENZA INTERVENTO	8,75	0,70	1,4%	18,5%
PREVENZIONE	26,95	0,00	4,2%	0,1%
MATERNITÀ	25,97	0,08	4,1%	2,0%
ALTA DIAGNOSTICA	77,38	0,42	12,1%	11,1%
TICKET	22,85	0,04	3,6%	1,0%
ALTRO	137,83	0,82	21,6%	21,8%
TOTALE	639,51	3,77 (*)	100,0%	100,0%

(*) Senza considerare il Poliambulatorio le cui prestazioni possono essere stimate nell'ordine di 1,2 milioni per il 2024.

Va sottolineato che gran parte dell'aggregato residuale, denominato "ALTRO", in Sanimpresa è dedicato ai rimborsi relativi a cure oncologiche, anche extra ricovero.

Un ultimo aspetto riguarda il tema dell'inclusione dei pensionati che per il profilo di Sanimpresa "pura" è una realtà ormai consolidata.

In confronto alle distribuzioni del campione di FSI analizzato, Sanimpresa pura mostra una copertura dei pensionati allineata a quella del campione come si vede chiaramente nella successiva tabella.

Tipo di iscritto	Prestazioni Campione	Prestazioni Sanimpresa	% Campione	% Sanimpresa
Titolari	493,2	3,43	77,1%	90,1%
Familiari	81,1		12,7%	
Pensionati	65,2	0,37	10,2%	9,9%
Totale	639,5	3,77	100,0%	100,0%

11. Riflessioni finali

La descrizione delle prospettive del SSN, nonché dell'evoluzione della spesa privata, *out of pocket* e intermediata, oggetto dei paragrafi precedenti, rende evidenti le difficoltà in cui si muove il servizio pubblico e le complessità delle scelte da fare in prospettiva.

Il contesto elaborato evidenzia, altresì, l'urgenza di ripensare il ruolo dei Fondi sanitari integrativi, riconoscendone il valore e l'opportunità che offrono di agire sinergicamente con il servizio pubblico per rendere più efficaci e sostenibili i livelli di tutela della salute della popolazione italiana.

Infatti, sebbene il SSN italiano, con i suoi principi di universalismo e globalità, rappresenti una essenziale conquista in termini di civiltà e coesione sociale, rimanendo un caposaldo del *welfare* nazionale (sul cui mantenimento si registra una ampia condivisione di intenti), è però indubbio che faccia ormai fatica a mantenere le sue promesse di tutela della salute, e principalmente non lo faccia in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Peraltro, crescenti evidenze indicano che sopra ogni altra considerazione, l'organizzazione attuale del servizio, e quindi le modalità di accesso ai servizi, non soddisfano in larga misura le aspettative dei cittadini.

Peraltro, la prolungata stagnazione dell'economia italiana e il forte debito accumulato negli anni, precludono rifinanziamenti significativi del SSN: i tassi di crescita registrati negli ultimi due decenni hanno generato un continuo arretramento della quota di copertura pubblica rispetto alle tutele mediamente offerte in Europa.

A riprova di ciò, possiamo osservare come sia rilevante l'onere per l'assistenza sanitaria che rimane a carico delle famiglie: con una spesa privata che ha superato i € 42 mld annui.

In queste condizioni, sembra davvero essenziale definire una nuova *governance* del sistema sanitario, per riconoscere il ruolo e le opportunità offerte dalla spesa privata e, in particolare, da quella intermediata. Certamente va evitato che la spesa privata venga considerata come un mero "residuo", o addirittura come foriera di fenomeni di inefficienza e inefficacia (in particolare in appropriatezza).

In questo ambito, un aspetto essenziale è quello della *governance* dei Fondi sanitari integrativi: purtroppo, nonostante un progressivo incremento della spesa privata intermediata, per lo più gestita dai Fondi integrativi di origine contrattuale, allo stato attuale, sul tema sembra prevalere un certo "disinteresse", con il risultato del permanere di una spesa privata che rimane prevalentemente a carico diretto dei cittadini (*out of pocket*) e su livelli superiori alla media europea. Sembra, in altri termini, mancare una consapevolezza sull'importanza dell'intermediazione della spesa privata per garantire maggiore equità nell'accesso alle cure.

In definitiva la regolamentazione del settore e, in particolare, l'integrazione con il SSN, restano insoddisfacenti.

Sebbene la materia sia complessa, l'irrisolto *trade-off* tra il principio di Sussidiarietà, su cui si basa l'assistenza integrativa, e il principio della non onerosità per il SSN citato nella normativa istitutiva dello stesso, rappresenta

certamente un cardine delle incapacità di far fare un salto di qualità alla regolamentazione del settore: pur essendo con tutta evidenza un falso problema, il citato *trade-off* impedisce un confronto costruttivo e, dopo tentativi di regolamentazione risalenti a oltre dieci anni fa, ha congelato il dibattito per lungo tempo.

A prescindere dagli aspetti ideologici, che portano a visioni spesso contrapposte sulla meritorietà della intermediazione effettuata dal terzo settore, la questione dirimente e fondamentale resta la natura delle prestazioni erogate, ovvero la contrapposizione fra prestazioni integrative o sostitutive dei Fondi.

Peraltro, limitare l'attività integrativa alle sole prestazioni non incluse nei LEA svuoterebbe di significato il ruolo dei Fondi. Una visione più "illuminata", che riconosca il valore delle prestazioni integrative basandosi sulle modalità di accesso alle prestazioni, conferirebbe maggiore valore a un secondo pilastro di tutela della Salute.

L'assetto gestionale dei Fondi Sanitari è un altro tema cruciale: i dati sulla fruizione suggeriscono che i fondi autogestiti raggiungono una percentuale maggiore dei propri iscritti e presentano meno vincoli nello strutturare la loro offerta sanitaria.

In conclusione, sembra confermarsi l'esigenza di una maggiore valorizzazione dell'attività dei Fondi, mediante l'implementazione di un sistema di *governance* del settore che sfrutti le sinergie derivanti da una integrazione dei livelli di tutela pubblica e privata intermediata, superando la questione della natura integrativa delle prestazioni erogate; ciò anche per la difficoltà a considerare integrative (ovvero non offerte dal SSN) prestazioni ordinarie per le quali i tempi di attesa sono talmente lunghi da renderle praticamente irraggiungibili.

Il gruppo di lavoro che si è occupato della ricerca è così composto:

Daniela **d'Angela**, Ingegnere biomedico, Prof. a contratto Università di Roma Tor Vergata – Presidente C.R.E.A. Sanità

Giordano **Magnoni**, Attuario, Partner Studio Micocci & Partners.

Marco **Micocci**, Attuario e Dottore Commercialista, Prof. Ordinario di Matematica Finanziaria e Attuariale Università di Cagliari e Sapienza di Roma, Fondatore Studio Micocci & Partners.

Barbara **Polistena**, Statistica, Prof. a contratto Università di Roma Tor Vergata Direttore Scientifico C.R.E.A.

Federico **Spandonaro**, Economista, Prof. Aggregato a Università di Roma Tor Vergata e Presidente Comitato Scientifico di C.R.E.A.

C.R.E.A. Sanità (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità) nasce nel 2013 come Consorzio promosso dall'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (F.I.M.M.G.), raccogliendo l'esperienza trentennale di un gruppo di ricercatori attivi nell'Ateneo nel campo dell'economia e management della Sanità.

Il Centro è iscritto all'anagrafe nazionale delle ricerche, nonché riconosciuto come centro di ricerca da Eurostat, Istat e Ministero della Salute.

C.R.E.A. Sanità svolge ricerche a supporto di Enti pubblici (fra cui il Ministero della Salute) e Aziende private del settore sanitario, avvalendosi di un team multidisciplinare di ricercatori composto da economisti, epidemiologi, ingegneri biomedici, giuristi, statistici.

direzione@creasanita.it - segreteria@creasanita.it

Lo **Studio Micocci & Partners - Attuariato e Finanza** nasce nel 2004 dietro iniziativa del Prof. Marco Micocci, come felice mix di esperienze e formazioni di un gruppo di professionisti, docenti e ricercatori universitari specializzati nel settore Attuariale, Finanziario e Sanitario - Previdenziale.

La formazione di elevato livello dei partners e la loro interdisciplinarietà consente a Micocci & Partners di affrontare tutti i temi dell'attuariato con particolare attenzione alle sfide del moderno Welfare (Previdenza, Fondi Pensione e Fondi Sanitari) e del risk management.

Lo Studio è di gran lunga la struttura di consulenza italiana con maggior esperienza sul tema della Sanità integrativa e dei Fondi Sanitari contrattuali con oltre 6 milioni di lavoratori che rientrano nel perimetro di valutazione delle attività svolte dallo Studio.

info@studiomicocci.it